

# “Up To Date”

Use of psychoactive substances in adults: Prevention and Treatment by general practitioners and Occupational physicians; DATa retriEval

Eindrapport

April 2015



# “Up To Date”

Use of psychoactive substances in adults: Prevention and Treatment by general practitioners and Occupational physicians; DATA retriEval

## **UNIVERSITE DE LIEGE**

Marc VANMEERBEEK

Philippe MAIRIAUX

André LEMAÎTRE

Marc ANSSEAU

Frédéric KETTERER

Danièle PIRENNE

Isabelle DEMARET

## **INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTE PUBLIQUE**

Viviane VAN CASTEREN

Nicole BOFFIN

Jérôme ANTOINE

## **UNIVERSITEIT ANTWERPEN**

Roy REMMEN

Lieve PEREMANS

Geert DOM

Kathleen VAN ROYEN

Linda SYMONS

## **KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN**

Lode GODDERIS

Marie-Claire LAMBRECHTS

## **VERENIGING VOOR ALCOHOL- EN ANDERE DRUGPROBLEMEN vzw**

Marie-Claire LAMBRECHTS

## 1 Situering

In 2013 drinkt 6% van de totale bevolking in België (ouder dan 15 jaar) overmatig alcohol gebaseerd op de normen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO). Bij de wekelijkse alcoholgebruikers loopt dit op tot 13%. Hierbij wordt een alcoholconsumptie van meer dan 14 glazen alcohol per week bij vrouwen en meer dan 21 glazen per week bij mannen als schadelijk voor de gezondheid beschouwd [1]. 10,5% van de bevolking ouder dan 15 jaar (14,6% mannen, 6,3% vrouwen) drinkt problematisch volgens de CAGE<sup>1</sup>-vragenlijst, een screeningsinstrument voor chronisch overmatig alcoholgebruik [1]. Verder gaf 15% van de respondenten aan al eens cannabis te hebben gebruikt, en 5% al eens andere illegale drugs [1]. Ongeveer 15% van de respondenten had in de twee weken voorafgaand aan het onderzoek psychoactieve stoffen gebruikt, meer bepaald slaapmiddelen (9%), kalmeermiddelen (7%) en antidepressiva (6%); bij vrouwen lag het gebruik hoger dan bij mannen (20% tegenover 10%) [2].

Internationale gegevens wijzen op frequent middelengebruik gerelateerd aan de arbeidscontext, wat leidt tot een verhoogd risico op ongevallen en een lagere productiviteit [3]. In België drinkt 15% van de werknemers te veel volgens de normen van de WGO [4]. Hoewel er gegevens ontbreken voor de andere drugs, kan de mate van consumptie bij de algemene bevolking wellicht geëxtrapoleerd worden naar de werkende bevolking.

Binnen het gediversifieerde aanbod van ambulante zorg zijn huisartsen (HA) zowel bij de detectie als bij de behandeling van problemen belangrijke spelers, omdat zij immers vaak de eerste schakel zijn in de gezondheidszorg. Zo ook wordt van arbeidsgeneesheren (AG) verwacht dat ze een rol spelen in de bevordering van gezondheid en veiligheid op de werkplek, ook met betrekking tot problematisch middelengebruik (CAO nr. 100) [5].

Gegevens omtrent de houding, het gedrag en de kennis bij beide actoren met betrekking tot problematisch gebruik ontbreken echter. Er is weinig bekend over hun middelen en strategieën om deze problemen aan te pakken, alsook over hoe zij er zelf tegenover staan.

### 1.1 Doelstellingen

Het UP TO DATE-consortium wilde deze artsen aan het woord laten om inzicht te krijgen in hun kijk op dit onderwerp. Daarnaast werd aan andere deskundigen uit de sector gevraagd of zij HA en AG beschouwden als nuttige en betrouwbare partners. Dit onderzoek werd zowel in Vlaanderen als in Wallonië uitgevoerd.

Met deze studie zocht men een antwoord op volgende vragen: 1) Wat is de vraag naar behandeling in de eerstelijnszorg? 2) Wat is de mate van betrokkenheid van HA en AG op het vlak van middelenmisbruik? 3) Welke methoden gebruiken ze om een passend antwoord te geven op de verschillende vragen waarmee zij worden geconfronteerd?

Om de vooropgestelde doelstellingen te bereiken heeft het onderzoeksconsortium zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden gebruikt.

### 1.2 Precisering

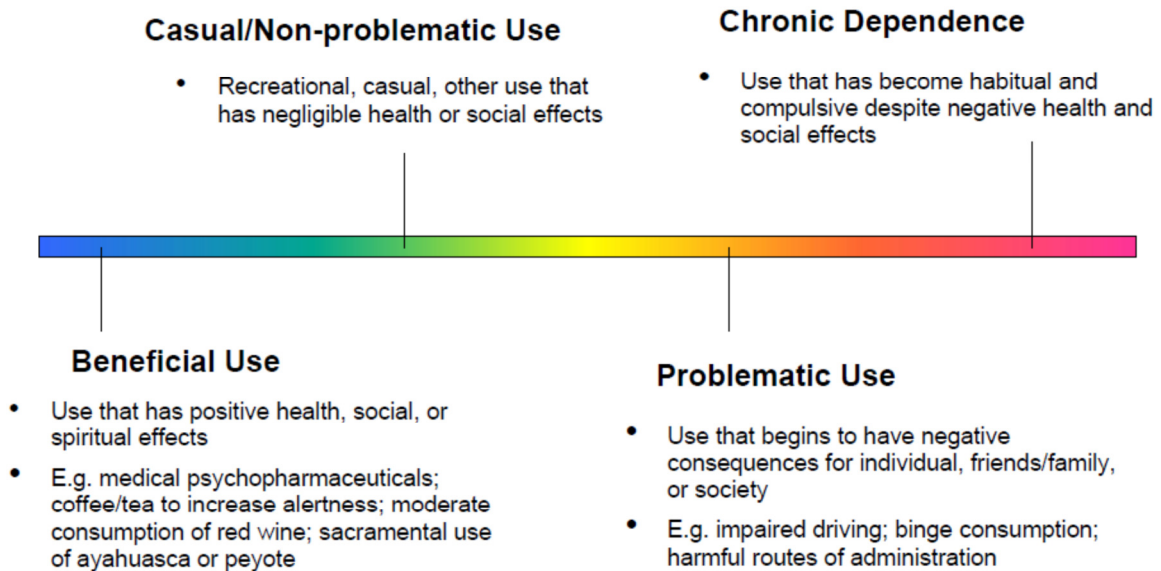
Voor beide beroepsgroepen (HA en AG) is het onderzoek toegespitst op de volwassen actieve bevolking, meer bepaald tussen de 18 en 65 jaar. Zodoende is het onderzoek bij beide medische beroepsgroepen op dezelfde manier uitgevoerd. De onderzochte drugs waren alcohol,

---

<sup>1</sup> CAGE is een acroniem voor Cutdown, Annoyed, Guilty and Eye-opener. Twee positieve antwoorden zijn een indicatie voor een alcoholprobleem.

slaapmiddelen, kalmeermiddelen en illegale drugs. Omtrent de illegale drugs werd al snel duidelijk dat cannabis afzonderlijk moest worden bestudeerd.

Het begrip "problematisch gebruik" verwijst naar de definitie van de *Public Health Association* van British Columbia (Canada), die het middelengebruik op een continuüm plaatst (figuur 1) [6].



Figuur 1: Spectrum of psychoactive substance use [6]

Concreet worden de volgende definities gehanteerd in dit document:

- In de algemene bevolking wordt de alcoholconsumptie als problematisch beschouwd indien die hoger ligt dan de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO): gemiddeld minder dan veertien eenheden alcohol per week voor vrouwen, minder dan eenentwintig voor mannen; geen *binge drinking*; twee dagen of meer zonder alcohol per week.
- Voor slaap- en kalmeermiddelen wordt de consumptie als problematisch beschouwd indien de inname niet is voorgeschreven door een arts, of de voorgeschreven dosis overschrijdt.
- Ten slotte wordt het gebruik van illegale drugs beschouwd als drugsmisbruik indien er een hulpaanvraag wordt geformuleerd door de patiënt/werknemer of diens entourage, door een arts of door het gerecht.

### 1.3 Methoden

Het werk werd onderverdeeld in zeven delen.

#### 1.3.1 Literatuurstudie

Er werd een systematisch review uitgevoerd van de internationale aanbevelingen voor detectie en interventie door HA en AG. De referentie- en samenwerkingsmodellen werden eveneens onderzocht, enerzijds tussen HA en AG, en anderzijds tussen deze artsen en gespecialiseerde centra.

1.3.2 Kenmerken van de populatie die op consult bij de huisarts middelenmisbruik vertoont  
Gegevens over het problematisch middelengebruik en de arbeidssituatie van de geïdentificeerde personen werden verzameld in samenwerking met de HA uit het netwerk van peilartsen, gecoördineerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV).

### 1.3.3 Attitudes en ervaringen van HA (deel 3) en AG (deel 4) op het vlak van detectie, aanpak en behandeling van middelenmisbruik

Deze twee delen, die voor beide beroepsgroepen op dezelfde manier werden opgebouwd, hadden als doel om de attitudes en de ervaringen van de artsen in de praktijk te beschrijven, en dat in verschillende arbeidscontexten.

#### 1.3.3.1 Kwalitatieve studie

De kwalitatieve studie vormde een verkennende benadering, om een gedetailleerd zicht te krijgen op de visie van artsen, ongeacht of zij ervoor kozen om het problematisch middelengebruik van patiënten/werknemers aan te pakken. Om een volledig en nauwkeurig overzicht van hun standpunten te krijgen, werd het geïntegreerd veranderingsmodel van Hein De Vries (*I-Change Model*) gebruikt bij de samenstelling van de interviewgids en bij de thematische analyse van de transcripties van de interviews [7].

#### 1.3.3.2 Kwantitatieve studie

Er werd een vragenlijst gestuurd naar een representatieve steekproef van HA en naar alle AG om de resultaten van de kwalitatieve analyse te trianguleren en om bepaalde artsenprofielen vast te stellen. Met het oog op coherentie werd hetzelfde theoretische model gebruikt bij zowel het kwalitatieve als het kwantitatieve deel van de studie.

### 1.3.4 Ander perspectief

Versillende andere deskundigen die eveneens betrokken zijn bij de behandeling van middelenmisbruik werden ondervraagd over hun (bestaande of gewenste) samenwerking met HA en AG. Voorstellen tot verbetering werden verzameld volgens de methode van nominale groepen, die per discipline werden samengesteld. De ondervraagde deskundigen kwamen uit de zorgsector (psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers), de bedrijfswereld (vertegenwoordigers van werkgevers en vakbonden, interne en externe preventieadviseurs) of uit de juridische sector (justitiële diensten, jeugdbescherming).

### 1.3.5 Internationale vergelijking

Dit onderdeel was erop gericht om in de gepubliceerde wetenschappelijke literatuur ervaringen te vinden die in het buitenland hun nut hebben bewezen voor een sterkere betrokkenheid van HA en AG bij de aanpak van middelenmisbruik.

### 1.3.6 Valorisatie

Tot slot organiseerden de onderzoekers lokale bijeenkomsten om de resultaten van de verschillende onderzoeksluiken te verspreiden onder de artsen op het terrein en onder de beleidsmakers. Door middel van de LSI-methode (*Large Scale Interventions*) werden op die manier de resultaten getoetst aan hun praktijkervaring [8]. Op 23 januari 2015 werd in Brussel op de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg een slotconferentie gehouden met alle betrokken stakeholders.

## 1.4 Bibliografie

1. Gisle L, & Demarest S, (ed.). **Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en Leefstijl**. Brussel. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2015.
2. Van der Heyden J, Charafeddine R, (ed.). **Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn**. Brussel. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2014.
3. Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Rehm, Gmel G, et al. **Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence**. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health 2012.
4. Securex. Jaarlijkse barometer omtrent alcoholgebruik. Persbericht, 18/12/2013.
5. **Collectieve arbeidsovereenkomst NR. 100 van 1 April 2009 betreffende het voeren van een preventief alcohol- en drugbeleid in de onderneming**. <http://www.cnt-nar.be/CAO-COORD/cao-100.pdf>
6. **A Public Health Approach to Drug Control in Canada. Discussion Paper**. In. Victoria, BC: Health Officers Council of British Columbia; 2005.
7. **The I-Change Model** [<http://www.maastricht-university.eu/hein.devries/interests/i-change-model>]
8. Van der Zouwen T. **Building an evidence-based practical guide to Large Scale Interventions: towards sustainable organisational changes with the whole system**. Dellft: Eburon; 2011.

## 2 Literatuurstudie

Kathleen Van Royen<sup>1</sup> Lieve Peremans<sup>1</sup> Roy Remmen<sup>1</sup> Marc Vanmeerbeek<sup>2</sup> Lode Godderis<sup>3</sup> Philippe Mairiaux<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Eerstelijns - en interdisciplinaire zorg Antwerpen, Universiteit Antwerpen

<sup>2</sup> Departement Algemene Geneeskunde, Universiteit van Luik

<sup>3</sup> Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg, KU Leuven

<sup>4</sup> Santé au Travail et Education pour la Santé (STES), Universiteit van Luik

Er werd een systematische literatuurstudie uitgevoerd van de aanbevelingen voor beste praktijken gepubliceerd tussen 2002 en 2012, enerzijds over de methoden voor de diagnose en de aanpak van middelenmisbruik (alcohol, slaap- en kalmeermiddelen, illegale drugs) en anderzijds over de samenwerking tussen huisartsen (HA) en arbeidsgeneesheren (AG).

### 2.1 Werkwijze

Er werden negen vragen opgesteld, volgens de PICO-methode. De ADAPTE-kwaliteitscriteria [8] werden gebruikt om aanbevelingen te selecteren uit o.a. *Guidelines International Network (GIN)*, *US National Guidelines Clearinghouse (NGC)* en bepaalde professionele websites die aanbevelingen voor HA of AG publiceren. Er werd alleen rekening gehouden met de aanbevelingen die van toepassing zijn op de volwassen bevolking (18-65 jaar) en die opgesteld zijn in het Frans, Nederlands, Engels, Duits en Spaans. De kwaliteit ervan is onafhankelijk getoetst door twee onderzoekers met de AGREE II-methode (*Appraisal of Guidelines for Research and Education*) [9]. In een tweede fase werden de databanken Medline, The Cochrane Library en PsycINFO doorzocht om de recentste aanbevelingen te vinden die tussen 2009 en 2012 werden gepubliceerd. De kwaliteit ervan werd geëvalueerd via de SIGN-checklist voor systematische reviews [10]. De aanbevelingen gebruikt in deze tekst worden onderverdeeld volgens de criteria vermeld in Tabel 1, waar het cijfer de graad van de aanbeveling aangeeft en de letter het niveau van bewijskracht, ook graad van evidentie genoemd.

Tabel 1: Classificatie van de aanbevelingen

	Graden van aanbeveling	Voordelen / nadelen en risico's	Methodologische kwaliteit van studies	Implicaties
<b>1 A</b>	Sterke aanbeveling Hoog niveau van bewijskracht	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	<i>Randomized Controlled Trials</i> (RCT's) zonder beperkingen, of sterke bewijskracht van observationele studies	Sterke aanbeveling, kan worden toegepast bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden
<b>1 B</b>	Sterke aanbeveling Matig niveau van bewijskracht	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	RCT's met beperkingen, of sterke bewijskracht van observationele studies	Sterke aanbeveling, kan worden toegepast bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden
<b>1 C</b>	Sterke aanbeveling Laag of zeer laag niveau van bewijskracht	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	Observationele studies of casestudy's	Sterke aanbeveling, maar dit kan veranderen als er hogere bewijskracht beschikbaar wordt

<b>2 A</b>	Zwakke aanbeveling Hoog niveau van bewijskracht	Voordelen en nadelen/risico's in balans	RCT's zonder beperkingen, of sterke bewijskracht van observationele studies	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen naargelang de omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden
<b>2 B</b>	Zwakke aanbeveling Matig niveau van bewijskracht	Voordelen en nadelen/risico's in balans	RCT's zonder beperkingen, of sterke bewijskracht van observationele studies	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen naargelang de omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden
<b>2 C</b>	Zwakke aanbeveling Laag of zeer laag niveau van bewijskracht	Onzekerheid over het evenwicht tussen voordelen en nadelen/risico's	Observationele studies of casestudy's	Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen evengoed te verantwoorden zijn

## 2.2 Resultaten

Er werden 20 aanbevelingen en 43 systematische reviews geselecteerd. Hoewel ook de arbeidsgeneeskunde binnen het bestek van dit onderzoek viel, was er geen enkele praktijkgids terug te vinden voor arbeidsgeneesheren om met middelenmisbruik om te gaan; er werden alleen enkele aanbevelingen gevonden over de opsporing van alcoholgebruik op de werkplek.

### 2.2.1 Vraag 1: Wat zijn de methoden om alcoholmisbruik op te sporen in de huisartsenpraktijk en in de arbeidsgeneeskunde?

#### 2.2.1.1 Bij wie opsporen?

In de eerstelijnszorg is algemene opsporing niet haalbaar en niet wenselijk. De aandacht moet in de eerste plaats uitgaan naar personen met een verhoogd risico op problematisch gebruik. Gerichtte opsporing is aangewezen in geval van rechtstreekse tekenen (bv. alcoholgeur) of onrechtstreekse tekenen (bv. slaapproblemen, angst) van gebruik. Graad 2C.

Algemene periodieke opsporing is echter wel aangewezen bij zwangere vrouwen en vrouwen van vruchtbare leeftijd. Eventueel misbruik wordt idealiter vastgesteld vóór de zwangerschap, zodat het gedrag nog op tijd bijgestuurd kan worden. Graad 1B.

Systematische opsporing en geschikte interventie maatregelen dienen op grotere schaal ingevoerd te worden op werkplekken met een hoog risico. Graad 2C.

#### 2.2.1.2 Welke hulpmiddelen gebruiken?

In de eerstelijnszorg raadt men de korte versie van de AUDIT-vragenlijst aan (AUDIT-C, te weten de eerste drie vragen van de AUDIT-vragenlijst) voor opsporing bij volwassenen. Graad 2C.

Tabel 2: AUDIT-C-vragenlijst

<p>Hoe vaak drinkt u alcohol?  Hoeveel glazen alcohol drinkt u gemiddeld op een dag dat u drinkt?  Hoe vaak drinkt u zes glazen (eenheden) alcohol of meer tijdens één gelegenheid?</p>
---



Tests als TWEAK en T-ACE (of AUDIT-C) kunnen worden gebruikt bij prenatale consultaties. Graad 2B.

Tabel 3: T-ACE-vragenlijst

<p><b>Tolerance</b> (tolerantie): “Na hoeveel glazen begint u een effect te voelen?” (meer dan 2 glazen = 2 punten; anders 0 punten)</p> <p><b>Annoyance</b> (ergernis): “Maken andere mensen ergerlijke opmerkingen over uw alcoholgebruik?” (ja = 1 punt)</p> <p><b>Cut Down</b> (minderen): “Hebt u al eens gedacht dat u uw alcoholgebruik beter wat zou minderen?” (ja = 1 punt)</p> <p><b>Eye Opener</b> (ontwaken): “Hebt u al eens de reflex gehad om bij het ontwaken al een glas te drinken om uw zenuwen te kalmeren of tegen een houten kop?” (ja = 1 punt)</p>
---

Tabel 4: TWEAK-vragenlijst

<p><b>Tolerance</b> (tolerantie): “Na hoeveel glazen begint u een effect te voelen?” (meer dan 2 glazen = 2 punten) of: “Hoeveel glazen tolereert u?” (zes of meer = 2 punten)</p> <p><b>Worry</b> (bezorgdheid): “Hebben vrienden van u het afgelopen jaar hun bezorgdheid geuit of geklaagd over uw alcoholgebruik?” (ja = 1 punt)</p> <p><b>Eye Opener</b> (ontwaken): “Hebt u al eens een glas gedronken bij het ontwaken?” (ja = 1 punt)</p> <p><b>Amnesia</b> (geheugenverlies): “Heeft men u al eens verteld over dingen die u gezegd of gedaan hebt toen u gedronken had, maar die u zich niet meer kunt herinneren?” (ja = 1 punt)</p> <p><b>Cut Down</b> (minderen): “Hebt u soms het gevoel dat u uw alcoholgebruik beter wat zou minderen?” (ja = 1 punt)</p>
---

Laboratoriumtests worden niet aangeraden bij de opsporing van alcoholmisbruik (Graad 2C).

Rechtstreekse metingen van de alcoholconcentratie in de uitgeademde lucht of in het bloed zijn nuttige markers voor recent gebruik en alcoholintoxicatie. Ze kunnen nuttig zijn bij de opsporing op de werkplek.

## 2.2.2 Vraag 2: Wat zijn de modellen voor doorverwijzing en samenwerking tussen HA, AG en centra gespecialiseerd in de behandeling van alcoholmisbruik?

### 2.2.2.1 Wie doorverwijzen?

Huisartsen moeten patiënten doorverwijzen naar de gespecialiseerde zorg in de volgende gevallen:

- Ernstige ontweningsverschijnselen, zoals het syndroom van Wernicke-Korsakov [11, 12];
- Onverklaarde neurologische symptomen tijdens de ontweningsperiode [11];
- AUDIT-score  $\geq 20$ , of in geval van vastgestelde alcoholverslaving (matig of ernstig) (of AUDIT-C-score  $> 8$ ). *Graad 2C* [12-15];
- Psychiatrische comorbiditeit die een complexe behandeling vereist (bv. mentale problemen ten gevolge van alcoholmisbruik). *Graad 2C* [12-14];
- Lichamelijke comorbiditeit die niet in de eerstelijnszorg kan worden behandeld (bv. leveraandoeningen, cardiomyopathie, neuropathie). *Graad 1B* [13, 14];
- Keuze van de huisarts of verzoek van de patiënt. *Graad 2C* [12, 13];
- Verscheidene korte interventies hebben geen resultaat opgeleverd. *Graad 2C* [13-16];
- De aangewezen korte interventie wordt niet uitgevoerd door de huisarts [13];
- De patiënt zou gebaat zijn bij een diepgaander analyse van zijn verbruik en de problemen die ermee gepaard gaan, of bij een “motivationale interview” (motiverende gespreksvoering). *Graad 2A* [15];
- Eerdere behandeling voor een alcoholgerelateerd probleem. *Graad 2A* [15];
- Zwangerschap (doorverwijzing naar een gespecialiseerde ziekenhuisafdeling). [17].

### 2.2.2.2 Naar wie doorverwijzen?

In het algemeen dient men patiënten door te verwijzen naar een gespecialiseerde instelling die verslavingen behandelt, of een zelfhulporganisatie zoals de Anonieme Alcoholisten (AA). [12, 13] ;

Patiënten die psychiatrische comorbiditeit vertonen (depressie, angst, relatieproblemen, psychose ...) dient men naar een maatschappelijk werker, eerstelijnspsycholoog of psychiatrische instelling door te verwijzen. *Geen graad* [12];

In geval van acute intoxicatie of ernstige ontweningsverschijnselen is opname in een ziekenhuis aangewezen. *Geen graad* [12];

Verslaafde patiënten moet men aanmoedigen om naar AA-bijeenkomsten te gaan. *Graad C* [11];

Arbeidsgeneesheren moeten personen met tekenen van middelenmisbruik doorverwijzen naar specialisten inzake alcoholverslaving. *Graad 2* [18].

### 2.2.3 Vraag 3: Welke methoden kunnen HA en AG gebruiken om volwassen alcoholverslaafde patiënten te behandelen?

#### 2.2.3.1 Evaluatie van de alcoholconsumptie

Als er gebruik wordt gedetecteerd, moet de huisarts een evaluatie op maat uitvoeren om de gepaste behandeling of doorverwijzing te bepalen [13, 19, 20].

Als de AG gebruik vaststelt tijdens een ademtest, dient de patiënt doorverwezen te worden naar een clinicus gespecialiseerd in de diagnose en behandeling van alcoholgerelateerde problemen [11, 18].

#### 2.2.3.2 Niet-farmacologische behandeling

Een stapsgewijze aanpak is raadzaam bij de keuze voor psychosociale interventies, met inbegrip van de evaluatie, de opvolging, het uitwerken van een behandelingsplan en de versterking ervan als een positieve respons uitblijft [11, 17].

Huisartsen kunnen een korte interventie uit te voeren bij personen die risicogedrag vertonen m.b.t. alcohol, en bij niet-verslaafde personen die problemen ervaren als gevolg van hun alcoholgebruik (schadelijke of gevaarlijke consumptie). *Graad 1A* [11, 13, 15, 17]. Dit type interventie is niet raadzaam in geval van ernstige problemen of verslaving.

De korte interventie dient men ook te gebruiken tijdens routinematige prenatale consultaties, om de alcoholconsumptie bij zwangere vrouwen te beperken. *Graad 1B* [11, 17, 21].

De korte interventie kan in risicosituaties worden gebruikt in werkomgevingen, maar niet als enige maatregel [17].

De korte interventie moet gebaseerd zijn op een kader met bewezen deugdelijkheid (FRAMES of FLAGS) [11, 13, 14, 17].

Tabel 5: Werkwijze FRAMES

<p><b>Feedback:</b> informeren naar de problemen die het alcoholverbruik teweegbrengt;</p> <p><b>Responsibility:</b> erop wijzen dat er niets kan gebeuren zonder een beslissing waar men persoonlijk achter staat;</p> <p><b>Advice:</b> persoonlijk advies verstrekken als arts;</p> <p><b>Menu of change:</b> keuze bieden uit verschillende strategieën voor beperking van de consumptie en voor opvolging;</p> <p><b>Empathy:</b> zich vriendelijk en ruimdenkend opstellen, en niet autoritair of culpabiliserend;</p> <p><b>Self-efficacy:</b> de klemtoon leggen op het vermogen van de patiënt om zichzelf extra te motiveren.</p>
---

### 2.2.3.3 Farmacologische behandeling

Ambulante ontwenning is aangewezen wanneer men een vrij vlotte inperking van het gebruik verwacht: mensen met een goed sociaal vangnet, geen voorgeschiedenis van ernstige complicaties bij de ontwenning, geen medische of psychiatrische comorbiditeit, noch andere moeilijkheden die het gevolg zijn van middelenmisbruik. *Graad 2A* [17].

Ambulante ontwenning moet dagelijks van nabij opgevolgd worden via een gestandaardiseerde evaluatie (urinetest of ademtest) door een arts of verpleegkundige. *Graad 2A* [15].

Voor huisartsen is een behandeling met benzodiazepines gedurende 7 dagen de beste manier om ontwenningverschijnselen aan te pakken. *Graad 1A* [11, 12, 15, 17, 18, 22].

Ontwennen op zich voorkomt geen terugval, dus is een complementaire behandeling nodig. *Graad 2A* [17].

Huisartsen begeleiden beter geen zwangere vrouwen bij hun ontwenning, maar verwijzen hen bij voorkeur door naar een algemeen ziekenhuis [17].

### 2.2.3.4 Onderhoudsbehandeling

Sommige patiënten hebben veel baat bij deelname aan zelfhulpgroepen (bv. AA) over een lange periode (*Graad 2C*) [17, 18, 20].

In de opvolgingsfase na de ontwenning wordt acamprosaat aangeraden, in combinatie met psychosociale interventies. *Graad 2C* [11, 12, 18]. Doorgaans wordt dit type behandeling opgestart door een specialist, maar vaak is het de huisarts die gedurende een jaar de opvolging doet; de huisarts kan eventueel ook de behandeling opstarten [11, 20].

Orale inname van disulfiram kan terugvallen helpen voorkomen, op voorwaarde dat de patiënt ingelicht wordt over de absolute noodzaak van geheelonthouding en over het gevaar van occasioneel alcoholgebruik (*Graad 2C*) [11, 12, 18].

Eerstelijnszorgcentra houden bij voorkeur op lange termijn contact met patiënten die in het verleden behandeld zijn door diensten gespecialiseerd in alcoholverslaving [11, 17, 20].

## 2.2.4 Vraag 4: Welke methoden kunnen HA en AG gebruiken om drugsgebruik op te sporen?

### 2.2.4.1 Bij wie opsporen?

De vraag naar recent drugsgebruik dient men te stellen in geval van symptomen die op gebruik wijzen: acute pijn in de hartstreek bij een jonge persoon, acute psychose, humeur- of slaapstoornissen [23-25].

Periodieke opsporing is aangewezen bij zwangere vrouwen en vrouwen van vruchtbare leeftijd (*Graad 1A*) [26].

### 2.2.4.2 Welke hulpmiddelen gebruiken?

Biologische tests (van urine of speeksel) kunnen drugsgebruik bevestigen; ze moeten gebruikt worden in het kader van een ruimere evaluatie van de problematiek. Regelmatige gebruikers kan men er niet mee onderscheiden van occasionele gebruikers [23-25].

Psychometrische hulpmiddelen zijn nuttig als aanvulling op de evaluatie, maar mogen niet gebruikt worden om de diagnose van drugsgebruik te stellen [27].

Als opsporing aangewezen is bij een zwangere vrouw, geniet een urinetest de voorkeur (*Graad 1A*) [26].

2.2.5 Vraag 5: Wat zijn de modellen voor doorverwijzing en samenwerking tussen HA, AG en centra gespecialiseerd in de behandeling van het gebruik van illegale drugs?

#### 2.2.5.1 *Wie doorverwijzen naar waar?*

Voordat men gaat ontwennen van opioïden is het raadzaam om eerst de graad en de ernst van de verslaving vast te stellen, evenals eventueel concomitant gebruik van andere middelen (alcohol, benzodiazepines, stimulerende middelen) [28]. Er wordt aangeraden om door te verwijzen naar een gespecialiseerde behandeling in geval van [27]:

- geen resultaat bij ambulante ontwenning in het verleden;
- lichamelijke of geestelijke comorbiditeit die medische zorg of verpleging vereist;
- gelijktijdige ontwenning van verschillende middelen (bv. alcohol en benzodiazepines);
- sociale problemen die het nut van ambulante ontwenning ondergraven.

De farmacologische behandeling moet ruim toegankelijk zijn, en dus ook in de eerstelijnszorg.

Zwangere vrouwen moeten worden verwezen naar verloskundigen en/of vroedvrouwen die gespecialiseerd zijn in verslavingen, of die samenwerken met gespecialiseerde diensten [23].

2.2.6 Vraag 6: Welke methoden kunnen HA en AG gebruiken om patiënten te behandelen die illegale drugs misbruiken?

#### 2.2.6.1 *Individuele evaluatie*

Opname in de eerstelijnszorg is aangewezen als de patiënt [15]:

- weigert een gespecialiseerde dienst te consulteren;
- ernstige comorbiditeiten vertoont;
- al verschillende keren gespecialiseerde zorg heeft gekregen zonder merkbare vooruitgang.

Voordat men een behandeling kiest, is een algehele evaluatie nodig; de verslaving aan opioïden moet via anamnese en klinisch onderzoek vastgesteld worden, en via biologische tests opgespoord worden [15, 22, 23, 27, 29].

Er bestaat geen farmacologisch middel voor de behandeling van verslaving aan cocaïne of amfetamines [30]. Men kan inwerken op de psychosociale omstandigheden, vooral in noodgevallen, of werken met cognitieve gedragstherapie, relatietherapie, enzovoort [25].

Voor cannabis lijkt het erop dat alle soorten psychotherapie, zowel individueel als in groep, een interessant effect hebben, maar de conclusies zijn niet eenduidig [31].

#### 2.2.6.2 *Farmacologische behandeling*

Aangezien men slechts zelden volledige ontwenning van opioïden bereikt, draagt een substitutiebehandeling met een agonist de voorkeur weg. *Graad 2A* [15, 27, 29]. Methadon is daarvoor het product bij uitstek (*Graad 1A* [15, 29]), ook tijdens de zwangerschap. In dat laatste geval kan buprenorfine een alternatief zijn, maar de onschadelijkheid ervan is minder goed bewezen (*Graad 1A*) [26, 29].

Zulke substitutiebehandelingen moeten wel vergezeld gaan van gepaste psychosociale interventies (*Graad 2A*) [15, 27, 29].

Voor patiënten die geen substitutiebehandeling volgen, kan een behandeling met een antagonist als naltrexon worden overwogen na de ontwenning [29].

## 2.2.7 Vraag 7: Welke methoden kunnen HA en AG gebruiken om misbruik van slaap- en kalmeermiddelen op te sporen?

### 2.2.7.1 Bij wie opsporen?

Om misbruik op het spoor te komen, moeten huisartsen oog hebben voor: [32]

- het risico op misbruik van potentieel verslavende medicatie, vooral bij risicopatiënten; In zulke situaties moet de huisarts het verslavingsrisico regelmatig evalueren;
- specifiek gedrag bij de patiënt dat kan wijzen op mogelijk middelenmisbruik.

Regelmatige opsporing is aangewezen bij alle zwangere vrouwen en vrouwen van vruchtbare leeftijd. *Graad 1A* [26].

### 2.2.7.2 Hulpmiddelen om gebruik te detecteren

Risicopatiënten identificeren via de TICS-test (*Two-Item Conjoint Screen*). *Graad 1C* [32]. Als opsporing klinisch aangewezen is bij een zwangere vrouw, is een urinetest de beste methode (*Graad 2A*) [26].

Tabel 6: TICS-test

Hebt u in de loop van het voorbije jaar meer alcohol gedronken of meer geneesmiddelen ingenomen dan u eigenlijk had vooropgesteld?
Hebt u in de loop van het voorbije jaar het gevoel gehad dat u wilde of moest stoppen met drinken of met het innemen van medicatie?

## 2.2.8 Vraag 8: Wat zijn de modellen voor doorverwijzing en samenwerking tussen HA, AG en centra gespecialiseerd in de behandeling van het gebruik van psychofarmaca?

Afhankelijk van hun eigen competenties dienen huisartsen de hulp in te roepen van klinici gespecialiseerd in de behandeling van middelenmisbruik, en van psychosociale hulpverleners. Als het gebruik te wijten is aan pijn, moet men doorverwijzen naar een pijnkliniek [32]. Advies van een specialist is vereist als de patiënt [33]:

- een voorgeschiedenis heeft van verslaving aan alcohol of andere drugs;
- concomitante psychiatrische of medische stoornissen heeft;
- een voorgeschiedenis heeft van epileptische toevallen tijdens de ontwenning.

Samenwerken met apothekers is in zulke gevallen nuttig (*Graad 1C*) [32].

## 2.2.9 Vraag 9: Welke methoden kunnen HA en AG gebruiken om patiënten te behandelen die psychofarmaca misbruiken?

Voordat men enige behandeling kiest, is een evaluatie aangewezen.

Ontwennen van benzodiazepines of zogenaamde Z-drugs (zolpidem, zopiclon) kan in de eerstelijnszorg gebeuren indien (Geen bewijskracht)[33].

- er voldoende bereidheid, vertrouwen en sociale ondersteuning is;
- er geen voorgeschiedenis van ontwenning met complicaties is;
- de patiënt instemt met regelmatige opvolging.

Interventies

- Optie 1: minimale interventie. Beginnen met algemene minimale voorlichting en advies (Geen bewijskracht) [34] en *Graad B*) [35].
- Optie 2: geleidelijk afbouwen van de dosis. Eerst evalueren of de patiënt zijn gebruik kan stopzetten zonder substitutie met diazepam. De ontwenning moet geleidelijk gebeuren: om de 1 à 2 weken de dosis met 5 à 10% afbouwen, naargelang de ernst van de

ontwenningsverschijnselen (*Graad 1A*) [15, 22, 32, 35]. Angst, depressie en slapeloosheid moeten aangepakt worden.

### 2.3 Bespreking

In deze studie wordt uitsluitend rekening gehouden met klinische praktijkgidsen en met systematische reviews van de literatuur, en niet met andere bewijsniveaus of de 'grijze literatuur'. Door de band genomen was de kwaliteit van de praktijkgidsen laag, vooral op het vlak van ontwikkelingsmethodologie, toepasbaarheid en de actieve betrekking van de beslissers; deze opmerking geldt voor tal van klinische praktijkgidsen [36].

Het belang van de rol van de arbeidsgeneesheren is mogelijk deels overschaduwd door de focus op het opsporen en aanpakken van middelenmisbruik. De geselecteerde studies daaromtrent vertoonden echter vaak een gebrek aan methodologische nauwkeurigheid [37].

Enkele aanbevelingen zijn gebaseerd op talrijke bewijzen in verschillende omgevingen, zoals het gebruik van de AUDIT-test in de eerstelijnszorg. Tal van andere aanbevelingen zijn gebaseerd op consensusvergaderingen en hebben dus een lager niveau van bewijskracht. In het bijzonder ontbreken er nog studies naar de doeltreffendheid van instrumenten voor de opsporing van middelenmisbruik in de huisartsenpraktijk of in de arbeidsgeneeskunde.

Voor zover wij weten is dit de eerste studie die specifiek de hulpmiddelen en strategieën onderzoekt voor samenwerking tussen de eerstelijnszorg en de arbeidsgeneeskunde in geval van middelenmisbruik, en tussen de arbeidsgeneeskunde en diensten gespecialiseerd in de behandeling van middelenmisbruik. Helaas stellen we in dit domein een gebrek aan normen en aanbevelingen vast. Enkele studies maken gewag van een verbeterde samenwerking tussen HA en AG [38]. Beide zijden zijn vragende partij, maar die verbetering kan er pas komen als men een zeer grondig inzicht krijgt in de respectieve rollen, beperkingen en niveaus van beïnvloeding [39, 40]. AG staan centraal in het ethische debat over de opsporing van middelengebruik, waarbij de standpunten van werknemers en werkgevers lijnrecht tegenover elkaar staan [41].

Meer onderzoek naar het beste type interventies en de plaats ervan op de werkplek, in het kader van de arbeidsgeneeskunde, en in samenwerking met bestaande behandelingsstructuren, zou bijzonder wenselijk zijn. Gelet op het aantal momenteel niet behandelde patiënten moeten alle mogelijkheden om deze situatie te verbeteren onderzocht worden. Andere delen van dit rapport wijzen er immers op dat tal van patiënten die kampen met middelenmisbruik nog aan het werk zijn, waar ze een gevaar kunnen vormen voor zichzelf en voor hun collega's.

### 2.4 Bibliografie

1. Gisle L, Hesse E, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J, Tafforeau J: **Health Interview survey, 2008**. In. Brussels: Scientific Institute of Public Health; 2010.
2. **Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings**. In: *NSDUH Series H-41*. Rockville, MD; 2011.
3. Shahandeh B: **Alcohol and drug problems at work. The shift to prevention**. Geneva: International Labour Organization; 2003.
4. **Het alcoholgebruik van de Belgische werknemer**. In. Brussel: Securex; 2008.
5. **A New Approach to Managing Illegal Psychoactive Substances in Canada**. In. Ottawa: Canadian Public Health Association; 2014.
6. **The I-Change Model** [<http://www.maastricht-university.eu/hein.devries/interests/i-change-model>]

7. **What is LSI**  
[<http://www.largescaleinterventions.com/english%20version/intro%20What%20is%20LSI.htm>]
8. **Manual for Guideline Adaptation. Version 1.0**  
[<http://www.adapte.org/www/upload/actualite/pdf/Manual%20&%20Toolkit.pdf>]
9. The AGREE Collaboration: **Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II**. 2009.
10. **Methodology checklist 1: systematic reviews and meta-analyses**  
[<http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/checklist1.html>]
11. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): **The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. A national clinical guideline**. In. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2003.
12. Meerkerk GJ, Aarns T, Dijkstra RH, Weisscher P, Njoo K, Boomsma LJ: **Problematisch alcoholgebruik (M10)**. *Huisarts Wet* 2005, **48**(6):284-285.
13. J. Michels SH, G. Dom, M. Goossens, G. Van Hal, P. Van Royen: **Problematisch alcoholgebruik. Aanpak door de huisarts**. *Gevalideerd door CEBAM in februari 2011* 2011.
14. **Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking (PH 24)** [<http://guidance.nice.org.uk/PH24>]
15. VA/DoD - Department of Veteran Affairs DoD: **clinical practice guideline for management of substance use disorders (SUD)**. In. Washington (DC): Department of Veteran Affairs, Department of Defense; 2009: 158 p.
16. **Stoornissen in het gebruik van alcohol (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken)**  
[<http://nhg.artsennet.nl/web/file?uuid=11e6873f-b30d-496f-b7de-25d16fd051a4&owner=40b26d44-3397-4e5b-8e84-5be19f29449d>]
17. Australian Government Department of Health and Ageing: **Guidelines for the treatment of alcohol problems**. In.; 2009.
18. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ **Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol**. In. Utrecht: Trimbos Instituut; 2009.
19. **Alcohol-use disorders. Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (CG 115)** [<http://www.nice.org.uk/CG115>]
20. **Alcohol - problem drinking (Prodigy)**  
[[http://prodigy.clarity.co.uk/alcohol\\_problem\\_drinking](http://prodigy.clarity.co.uk/alcohol_problem_drinking)]
21. Carson G, Vitale Cox L, Crane J, Croteau P, Graves L, Kluka S, Koren G, et al.: **SOCG Clinical practice guideline: Alcohol Use and Pregnancy Consensus Clinical Guidelines. No 245**. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2010, **32**(8).
22. VAD - Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen: **Richtlijnen bij het voorschrijven van benzodiazepines aan illegale druggebruikers**. In. Belgium; 2008.
23. **Opioid dependence (Prodigy)** [[http://prodigy.clarity.co.uk/opioid\\_dependence](http://prodigy.clarity.co.uk/opioid_dependence)]
24. **Screening for illicit drug use: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. U.S. Preventive Services Task Force. NGC:006245**  
[[http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc\\_id=12148&nbr=6245](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=12148&nbr=6245)]
25. **Drug misuse: psychosocial interventions (CG51)** [<http://guidance.nice.org.uk/CG51>]
26. **Substance use in pregnancy. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. NGC:008510** [<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=33136>]
27. **Drug misuse: opioid detoxification (CG52)** [<http://guidance.nice.org.uk/CG52>]
28. **Drug misuse – opioid detoxification | Guidance and guidelines | NICE**  
[<http://www.nice.org.uk/guidance/CG52>]
29. World Health Organisation: **Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence**. In. Switzerland; 2009.
30. Amato L, Minozzi S, Pani PP, Davoli M: **Antipsychotic medications for cocaine dependence**. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, **Issue 3**.

31. Denis C, Lavie E, Fatseas M, Auriacombe M: **Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings**. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, **Issue 3**.
32. P. Chevalier MD, P. Dereau, D. Duray, J. Gailly, D. Paulus, M. Vanhalewyn: **Geneesmiddelenverslaving**. . *Gevalideerd door CEBAM in januari 2009* 2009.
33. National Health Service - NHS Clinical Knowledge Summaries (CKS): **Benzodiazepine and z-drug withdrawal - Management**. In. UK; 2009.
34. **NHG Standaard – Slaapproblemen en slaapmiddelen (M23)**  
[[http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k\\_richtlijnen/k\\_nhgstandaarden/Samenvattingskaartje-NHGStandaard/M23\\_svk.htm](http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/Samenvattingskaartje-NHGStandaard/M23_svk.htm)]
35. Psychopharmacology BAf: **Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: recommendations from the British Association for Psychopharmacology**. In. 2004; 2004.
36. Alonso-Coello P, Irfan A, Sola I, Gich I, Delgado-Noguera M, Rigau D, Tort S, Bonfill X, Burgers J, Schunemann H: **The quality of clinical practice guidelines over the last two decades: a systematic review of guideline appraisal studies**. In: *Quality & safety in health care*. Volume 19, edn. England; 2010: e58.
37. Webb G, Shakeshaft A, Sanson-Fisher R, Havard A: **A systematic review of work-place interventions for alcohol-related problems**. In: *Addiction*. Volume 104, edn. England; 2009: 365-377.
38. Buijs P, Van Amstel R, FJ VD: **Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve cooperation** *Occup Environ Med* 1999, **56**:709–713.
39. Beaumont DG: **The interaction between general practitioners and occupational health professionals in relation to rehabilitation for work: a Delphi study**. *Occup Med* 2003, **S3**:249–253.
40. Mairiaux P, Vanmeerbeek M, Schippers N, Denoël P, Tiedtke C, Mortelmans K, Donceel P: **Amélioration de la collaboration entre le médecin généraliste et les médecins conseils et les médecins du travail pour une meilleure prise en charge des pathologies d'origine professionnelle**. In. Brussels: Federal Public Service Employment, Labour and Social Dialogue; 2011.
41. Shahandeh B, Caborn J: **Ethical issues in workplace drug testing in Europe**. In. Geneva: International Labour Office; 2003.



### 3 Kenmerken van de populatie die een huisarts raadpleegt en middelenmisbruik vertoont

Nicole Boffin<sup>1</sup>, Jérôme Antoine<sup>1</sup>, Viviane Van Casteren<sup>1</sup>, Marc Vanmeerbeek<sup>2</sup>, André Lemaître<sup>3</sup>, Frédéric Ketterer<sup>2</sup>, Lieve Peremans<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

<sup>2</sup> Departement Algemene Geneeskunde, Universiteit van Luik

<sup>3</sup> Instituut voor Humane en Sociale Wetenschappen, Criminologie, Universiteit van Luik

<sup>4</sup> Eerstelijns- en interdisciplinaire zorg Antwerpen, Universiteit Antwerpen

#### 3.1 Inleiding

In België wordt het middelengebruik bij de algemene bevolking geëvalueerd via gezondheidsenquêtes in de vorm van vragenlijsten, afgenomen door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV). Van de laatste enquête, die dateert van 2013, zijn onlangs de resultaten gepubliceerd [1-3]. Het WIV houdt ook het *Belgian Treatment Demand Indicator Register* (BTDIR) bij, dat deel uitmaakt van het *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA).

Het consortium heeft een samenwerking opgestart met het WIV om na te gaan in welke mate middelenmisbruik vandaag de dag wordt behandeld door huisartsen (HA). Het Belgische Netwerk van peilartsen is aangesproken om deze informatie te verzamelen. Dat netwerk telt ongeveer 150 huisartsen verspreid over het hele land, die op vrijwillige basis routinematig klinische gegevens verzamelen voor de opvolging van specifieke gezondheidsproblemen [4]. De verzamelde gegevens worden elke week op een gestandaardiseerd formulier genoteerd.

Deze pilootstudie is erop gericht om de kenmerken te beschrijven van de populatie 18- tot 65-jarigen die behandeld werden voor middelenmisbruik door een huisarts, en om na te gaan welke behandeling ze dan volgden en wat het resultaat na vijf maanden was. Een bijkomende doelstelling bestond erin de arbeidsstatus van de patiënten in kaart te brengen bij aanvang van de behandeling en vijf maanden later. Aangezien deze studie geen prevalentiestudie is, geeft ze slechts een indicatie van de werklust van huisartsen.

#### 3.2 Werkwijze

Er werd een registratieformulier ontwikkeld, via nauwe samenwerking tussen de onderzoekers van het Up to Date-consortium en het WIV.

Dit formulier peilde naar:

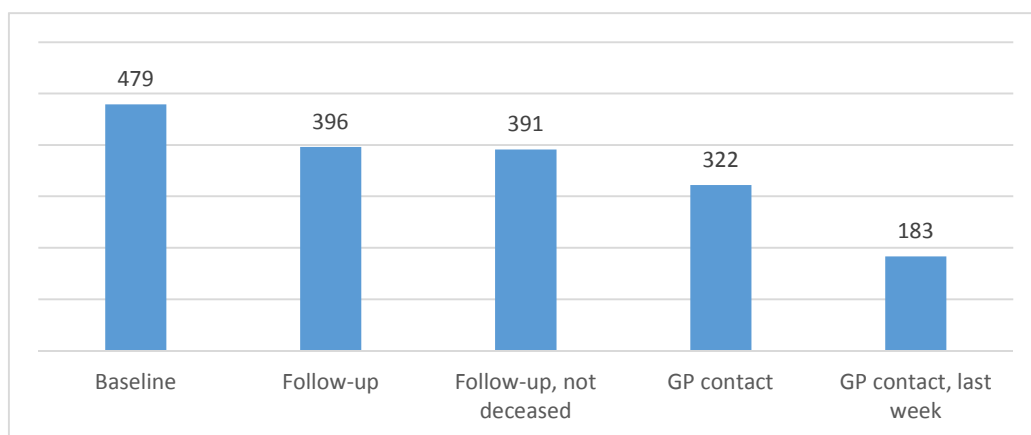
- de middelen (alcohol, cannabis, opiaten, methadon, cocaïne, ecstasy, slaapmiddelen, kalmeermiddelen, pijnstillers) waarvan het gebruik de voorbije vier weken of al langer problematisch was, en het aantal jaar problematisch gebruik;
- de lichamelijke, psychologische, werkgerelateerde of sociale problemen veroorzaakt door dit middelenmisbruik;
- de arbeidsstatus tijdens de afgelopen vier weken, het beroep, en indien van toepassing de reden waarom men niet werkt: werkzoekend, gepensioneerd, ziekteverlof, invaliditeit, student, zonder beroep;
- de lopende behandeling door de huisarts, in een polikliniek of een woonzorgcentrum, of door een expert uit de geestelijke gezondheidszorg. Bij elke vorm van behandeling werd gevraagd naar de gebruikte techniek (korte interventie, behandeling met of zonder

medicatie), met vermelding of het ging om het eerste geregistreerde contact voor middelenmisbruik, en of de patiënt werd doorverwezen naar een specialist, en zo ja, welke. Deze gegevens werden van mei tot oktober 2013 wekelijks geregistreerd. Voor alle patiënten werden vijf maanden na het eerste geregistreerde contact controlegegevens verzameld. De selectiecriteria en de definities van middelenmisbruik werden bijgevoegd op een informatieblad bestemd voor de peilartsen, met onder meer een definitie voor *binge drinking* en voor de korte interventie. Ze kregen het verzoek om alle patiënten van 18 tot 65 jaar oud die ze behandelden voor middelenmisbruik te registreren. In februari 2014 ontvingen de artsen een lijst met alle patiënten die ze hadden geregistreerd, met de vraag om de lijst aan te vullen of te corrigeren.

### 3.3 Resultaten

#### 3.3.1 Deelnemers

104 van de 139 bestaande peilartsenpraktijken namen deel aan het onderzoek, en 479 patiënten werden geregistreerd, waarvan er 396 nog steeds werden gevolgd aan het einde van de registratieperiode (figuur 1). 322 patiënten (67%) hadden nog één of meer contacten met de huisarts tijdens de vijf maanden van opvolging, waarvan 183 tijdens de laatste maand. 66% van de patiënten waren mannen, tegenover 34% vrouwen. De gemiddelde leeftijd bedroeg 47 jaar. De leeftijdscategorie 45–54 jaar vertegenwoordigde 35% van de populatie (tabel 1).



Figuur 1: Study data flow

Tabel 1

Age groups	%
<25	5
25-34	17
35-44	20
45-54	35
55-64	23

#### 3.3.2 Gebruikte middelen

47% van de patiënten gebruikte uitsluitend alcohol, 23% gebruikte alcohol en een ander middel. 47% van de patiënten had zich in de laatste maand onthouden van gebruik.

24% van de patiënten werd voor het eerst behandeld, bij de anderen was de behandeling al bezig op het moment van de registratie. Bij de meeste patiënten was het middelenmisbruik al zeer lang aan de gang — bij 57% zelfs meer dan 10 jaar (tabel 2). Slechts 3% van de patiënten had geen enkel lichamelijk, geestelijk of sociaal probleem ten gevolge van het middelenmisbruik.

Tabel 2

Duur van het middelenmisbruik (in jaren)	%
<1	5
2-4	18
5-9	21
10-19	35
>20	21

De problemen ten gevolge van middelenmisbruik zijn opgesomd in tabel 3.

Tabel 3: Kenmerken van de patiënten (n = 479)

	Totaal
<b>Geslacht</b>	n (%)
Man	315 (66,5)
Vrouw	159 (33,5)
<b>Leeftijd</b>	
<25	24 (5,0)
25-34	82 (17,1)
35-44	96 (20,0)
45-54	166 (34,7)
55-64	111 (23,2)
<b>Middelenmisbruik</b>	305 (63,7)
<b>Problematisch middelengebruik</b>	
Alcohol	336 (70,2)
Binge drinking	22 (4,6)
Alcohol, zonder binge drinking	314 (65,6)
alleen alcohol	226 (47,2)
Cannabis	102 (21,3)
Opiaten	61 (12,7)
Methadon	53 (11,1)
Cocaïne	39 (8,1)
Ecstasy	9 (1,9)
DRUGS (cannabis en/of opiaten en/of cocaïne en/of ecstasy)	139 (29,0)
Psychostimulantia	18 (3,8)
Slaapmiddelen	46 (9,6)
Kalmeermiddelen	75 (15,7)
Pijnstillers op basis van opiaten	34 (7,1)
drugs (1 of meer van de 4)	168 (35,1)
Andere middelen	6 (1,3)
<b>Duur van het problematische gebruik (in jaren)</b>	
1 of minder	16 (4,3)
2-4	64 (17,2)
5-9	80 (21,5)
10-19	129 (34,6)
20+	84 (22,5)
<b>Problemen ten gevolge van middelenmisbruik</b>	
Lichamelijke problemen	
Maag-darmproblemen	110 (23,0)

Verwondingen (door ongevallen of door geweld)	87 (18,2)
Hart- en vaataandoeningen	51 (10,7)
Ademhalingsaandoeningen	24 (5,0)
Andere	52 (10,7)
<b>ALLEEN LICHAAMELIJKE PROBLEMEN</b>	<b>233 (48,6)</b>
Psychologische problemen	
Depressie	223 (46,6)
Angst	196 (40,9)
Slaapstoornissen	172 (35,9)
Geheugen- en concentratieproblemen	110 (23,0)
Zelfmoordpoging	29 (6,1)
Zelfmoordrisico	25 (5,2)
Andere	31 (6,5)
<b>ALLEEN PSYCHOLOGISCHE PROBLEMEN</b>	<b>378 (78,9)</b>
Problemen op het werk (als men werk heeft)	
Relatieproblemen	54 (30,0)
Absenteïsme	37 (20,6)
Dreiging van ontslag	17 (9,4)
Verandering van arbeidsplaats	14 (7,8)
Andere	5 (2,8)
<b>ALLEEN WERKGERELATEERDE PROBLEMEN</b>	<b>91 (50,6)</b>
Sociale problemen	
Problemen met partner, naaste familie	265 (55,3)
Juridische problemen	66 (13,8)
Financiële problemen	140 (29,2)
Sociaal isolement	110 (23,0)
Andere	13 (2,7)
<b>ALLEEN SOCIALE PROBLEMEN</b>	<b>351 (73,3)</b>
<b>ALLE</b>	<b>466 (97,3)</b>

Slechts 40% van de patiënten was nog aan het werk (tabel 4).

Tabel 4

Arbeidsstatus	%
<b>Tewerkgesteld</b>	39,3
<b>Werkzoekend</b>	15,1
<b>Met ziekteverlof</b>	9,4
<b>Permanent werkonbekwaam</b>	19,2
<b>Student</b>	1,5
<b>Gepensioneerd</b>	6,1
<b>Zonder inkomen</b>	9,4

### 3.3.3 Behandeling

Bij de registratie geeft 69% van de huisartsen aan een korte interventie uit te voeren, 53% biedt een behandeling zonder medicatie aan of psychologische ondersteuning, en 61% kiest voor een geneesmiddelenbehandeling. Eén patiënt op de twee wordt alleen door de huisarts behandeld, voornamelijk in geval van misbruik van één middel (OR 2,4 [CI 1,1-5,6]), of in geval van niet-ernstige tot matige problemen ten gevolge van het middelenmisbruik (lichamelijke, psychologische, werkgerelateerde of sociale problemen) (OR 5,5 [CI 2,5-12,1]).

In geval van een eerste behandeling van middelenmisbruik wordt slechts 14% van de gevallen uitsluitend door de huisarts behandeld. Slechts 5% van de patiënten gaat uitsluitend bij een specialist langs.

### 3.4 Beperkingen van de studie

Enkele verzamelde gegevens zijn onsamenhangend, bv. geen vermelding van een lichamelijk probleem terwijl er wordt verwezen naar zulke problemen; korte interventie vermeld voor gespecialiseerde behandelingen; de gegevens over vroegere behandelingen vertonen hiaten in 9% van de gevallen.

29% van de peilartsen zit naar eigen mening boven het gemiddelde op het vlak van het aantal patiënten die middelenmisbruik vertonen, het type misbruik en hun eigen bekwaamheid in dit domein. Het registratieformulier werd te lang en te complex bevonden; men had meer definities van termen gewild (bv. behandeling van middelenmisbruik, nieuwe episode/lopende episode). Wat met de patiënten die kampen met middelenmisbruik, maar niet in de registratieperiode opgevolgd worden?

### 3.5 Conclusie

Huisartsen behandelen patiënten die kampen met middelenmisbruik, via zowel farmacologische als niet-farmacologische therapieën. In de helft van de gevallen zijn ze de enige behandelend geneeskundige, vooral in geval van problemen die niet al te complex zijn: oudere patiënten, vaak nog aan het werk, die slechts één middel misbruiken (meestal alcohol) over een langere periode. Vaak loopt de behandeling al op het moment van registratie, en meestal heeft de patiënt zich in de laatste maand onthouden van gebruik. Het gaat dus doorgaans over relatief stabiele situaties.

Tachtig procent van de peilartsen is van mening dat een regelmatige registratie van deze problemen haalbaar is.

### 3.6 Bibliografie

- [1] Gisle L. **La consommation d'alcool**. Dans : Gisle L, Demarest S (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie. WIV-ISP, Bruxelles, 2014
- [2] Gisle L. **L'usage de drogues**. Dans : Gisle L, Demarest S (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie. WIV-ISP, Bruxelles, 2014
- [3] Gisle L. **Santé mentale**. Dans : Van der Heyden J, Charafeddine R (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. WIV-ISP, Bruxelles, 2014
- [4] Nicole Boffin, Sarah Moreels and Viviane Van Casteren. **The Belgian network of Sentinel General Practices between 2007 and 2012: a short report**. Brussels, Institute of Public Health, November 2013.

## 4 Welke factoren beïnvloeden de huisartsenpraktijk met betrekking tot middelenmisbruik? Kwalitatieve en kwantitatieve benaderingen

Frédéric Ketterer<sup>1</sup>, Linda Symons<sup>2</sup>, Marie-Claire Lambrechts<sup>3</sup>, Philippe Mairiaux<sup>4</sup>, Lode Godderis<sup>3,5</sup>, Lieve Peremans<sup>2,6</sup>, Roy Remmen<sup>2</sup>, Marc Vanmeerbeek<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Vakgroep Huisartsengeneeskunde, Universiteit van Luik

<sup>2</sup> Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg, Universiteit Antwerpen

<sup>3</sup> KU Leuven, Onderzoeksgroep Omgeving en Gezondheid

<sup>4</sup> Vakgroep Gezondheid op het werk en Gezondheidsvoorlichting, Universiteit van Luik

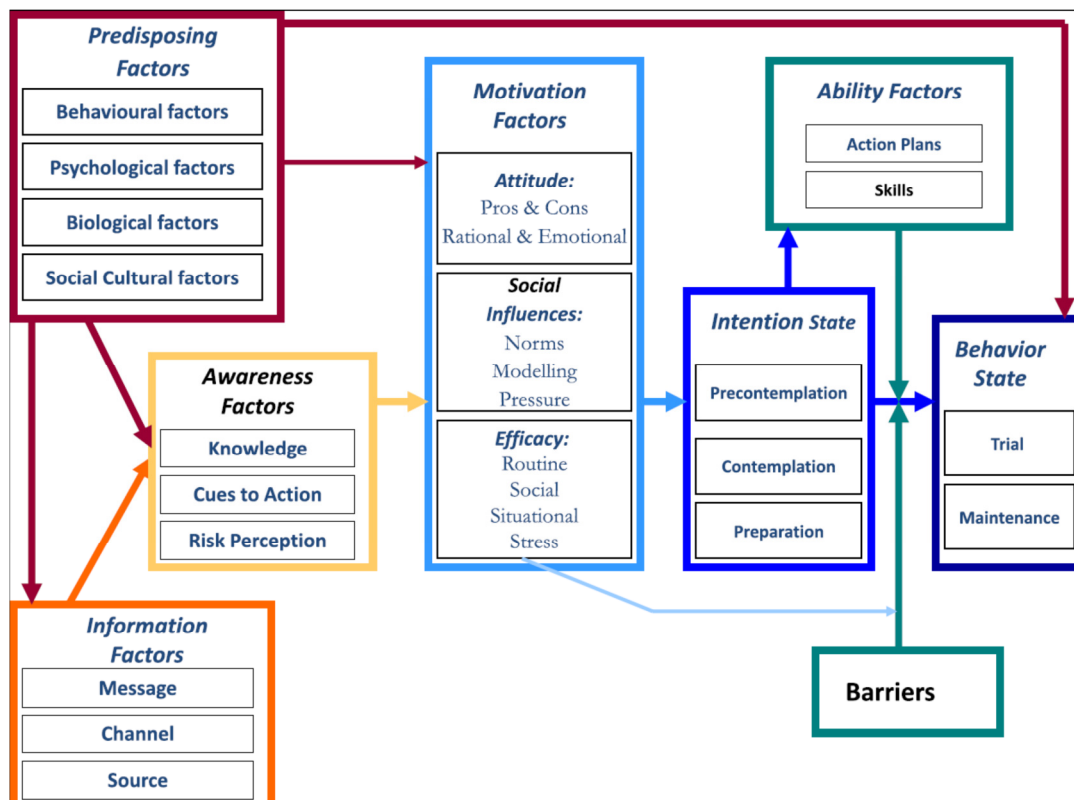
<sup>5</sup> IDEWE, Externe Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk

<sup>6</sup> Departement Public Health, Vrije Universiteit Brussel

<sup>7</sup> Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen

### 4.1 Werkwijze

Het “Integrated Model for Change” van Hein De Vries (*I-Change Model*) is gebruikt als conceptuele basis om het geheel van factoren te bestuderen die een invloed hebben op de beslissing van een huisarts om een patiënt die middelenmisbruik vertoont al dan niet in behandeling te nemen [1] (Figuur 1).



Figuur 1: Het 'I-Change Model' [1]

Dit model is al gebruikt om complexe klinische situaties te bestuderen, zowel bij patiënten als bij gezondheidsprofessionals [2-5].

#### 4.1.1 Kwalitatief onderzoek

Er werden twintig huisartsen geselecteerd uit de provincies Antwerpen en Luik voor een diepgaand individueel interview, voorafgegaan door een korte enquête over hun praktijk. De steekproef werd zodanig genomen dat er een grote diversiteit was qua sociaal-demografisch profiel (anciënniteit, geslacht, individuele praktijk of groepspraktijk, financiering van de praktijk) en qua ervaring met de behandeling van middelenmisbruik. De gesprekken handelden over slechts één middel per arts, gekozen in functie van de specifieke ervaring van die arts.

Het I-Change Model diende als leidraad en werd ontwikkeld voor de thematische analyse van de gesprekken.

#### 4.1.2 Kwantitatief onderzoek

Om te zorgen voor cohesie tussen de verkennende fase en de kwantitatieve fase van de studie werd het I-Change Model behouden als structuur voor de vragenlijst. De kwalitatieve gegevens werden gebruikt om de vragen toe te spitsen op elementen waarmee verschillende huisartsen zich het sterkst van elkaar onderscheidden. Andere elementen werden toegevoegd op basis van de literatuur en de respectieve beroepservaring van elke arts. De laatste vraag polste de huisartsen over de werkelijke praktijk van de behandeling van patiënten die kampen met middelenmisbruik. Bij veel van de vragen waren er vier antwoordmogelijkheden, per middel: alcohol, psychofarmaca, illegale drugs en cannabis (dat laatste middel wordt op aparte wijze behandeld door huisartsen).

Er werden 54 vragen bij de verschillende categorieën van het I-Change Model ingedeeld. De vragenlijst bevatte voor het grootste deel Likert-schalen met vijf keuzemogelijkheden. Een van de open vragen betrof de criteria waarop de huisarts zich baseerde om het gebruik van een middel te beschouwen als middelenmisbruik.

De vragenlijst werd vervolgens met de post verstuurd naar een willekeurige steekproef van 2567 huisartsen geselecteerd uit een lijst van Nederlandstalige en Franstalige huisartsen. Daarnaast werd ook een online versie gebruikt, die werd verspreid via verschillende netwerken: wetenschappelijke verenigingen van huisartsen, tijdschriften of informatiebrieven bestemd voor huisartsen, professionele netwerken, enzovoort. De vragenlijst werd ingevuld in september, oktober en november 2013.

De analyse bestond in de eerste plaats uit een beschrijvende analyse, gevolgd door een reeks kruistabellen tussen de verschillende elementen van het I-Change Model om te verklaren waarom patiënten die een bepaald middel misbruikten al dan niet in behandeling werden genomen. Bij de uitvoering van deze analyse werd systematisch het wel of niet in behandeling nemen van patiënten die een vooropgesteld middel misbruikten als te verklaren variabele genomen. Zo zijn alle variabelen in de verschillende delen van het model getest op hun geschiktheid als verklarende variabelen. Na deze eerste univariate analyse werden de variabelen die als significant werden beschouwd volgens de chi-test<sup>2</sup> geselecteerd en geïntegreerd in een logistische regressie om het gewicht en het belang van elk ervan ten opzichte van elkaar te meten (multivariate analyse). De univariate en multivariate analyse werden per middel uitgevoerd.

## 4.2 Resultaten

Twintig huisartsen werden persoonlijk ondervraagd tijdens een diepte-interview (tabel 1): 413 huisartsen vulden de kwantitatieve enquête in (tabel 2).

Tabel 1: Respondenten van de kwalitatieve enquête

<b>Geslacht</b>	Man	10
-----------------	-----	----

	Vrouw	10
<b>Taal</b>	Franstalig	10
	Nederlandstalig	10
<b>Anciënniteit</b>	<10	5
	10-30	10
	>30	5
<b>Type praktijk</b>	Individuele praktijk	7
	Monodisciplinaire groepspraktijk	8
	Multidisciplinaire vennootschap (MM)	5

Tabel 2: Respondenten van de kwantitatieve enquête

<b>Geslacht</b>	Man	54,3%
	Vrouw	45,7%
<b>Taal</b>	Franstalig	49,9%
	Nederlandstalig	50,1%
<b>Leeftijd</b>	<40	28,2%
	40-55	38,8%
	>55	33%
<b>Type praktijk</b>	Individueel	42%
	Monodisciplinaire groepspraktijk	35,6%
	Multidisciplinaire groepspraktijken (waaronder <i>Maisons médicales</i> )	22,4%

Het percentage artsen die patiënten met middelenmisbruik behandelen varieert sterk naargelang het middel (tabel 3).

Tabel 3:

<b>De arts behandelt patiënten</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
die alcohol misbruiken	88,7	336
die slaap- en kalmeermiddelen misbruiken	88,8	332
die cannabis misbruiken	54,1	191
die andere illegale drugs misbruiken	43,2	147

#### 4.2.1 Definitie van middelenmisbruik

De huisartsen hadden moeite om problematisch gebruik vast te stellen als het nog niet tot uiting kwam door sociale of gezondheidsgerelateerde consequenties (verslaving). Toch werd in het geval van alcohol en slaap- en kalmeermiddelen door een niet verwaarloosbaar deel van de groep huisartsen de verbruikte hoeveelheid aangehaald. Bij de illegale drugs —en vooral indien cannabis buiten beschouwing wordt gelaten— kwam er daarentegen een niet louter gezondheidsgerelateerde dimensie naar voren, want meer dan de helft van de huisartsen beschouwde elk gebruik, ongeacht de hoeveelheid, als middelenmisbruik.

#### 4.2.2 Bevorderende factoren

De ligging van de praktijk in een stedelijke omgeving, een laag sociaal-economisch niveau van de patiënten, een hoger percentage migranten, een jongere populatie en ook psychiatrische of sociale problemen werden in de interviews aangehaald als factoren die ertoe leiden dat een arts meer te maken krijgt met gevallen van middelenmisbruik. Sommige huisartsen vonden dat het systeem van



forfaitaire betaling leidde tot een hoger aantal behandelde patiënten. Deze elementen werden niet bevestigd door de kwantitatieve analyse.

#### 4.2.3 Bewustmakingsfactoren

In de kwalitatieve enquête kwam raadpleging van specifieke literatuur om het advies te sturen niet vaak voor, en het gebruik van opsporingstests evenmin. De terminologie werd vaak door elkaar gebruikt, zonder veel onderscheid tussen “misbruik”, “verslaving” of “problematisch gebruik”. De bekendste referentie was de maximale hoeveelheid alcohol aanbevolen door de Wereldgezondheidsorganisatie.

De relationele competenties van de huisartsen, die nochtans cruciaal zijn bij dit type behandeling, lijken meestal meer voort te komen uit hun persoonlijkheid dan uit specifieke opleidingen, voornamelijk in Wallonië. Het opleidingsniveau op dat vlak is zeer wisselend. De leeftijd en de ervaring spelen vaak in het voordeel van behandeling.

#### 4.2.4 Motiverende factoren en voorstellingen van middelenmisbruik

De persoonlijke achtergrond van elke arts en eventuele ervaring met middelenmisbruik in de naaste omgeving hebben een grote invloed op de bereidheid tot behandeling van patiënten die kampen met middelenmisbruik, vooral wat illegale drugs betreft; uit de interviews is ook gebleken dat persoonlijke ervaringen van huisartsen soms leiden tot een onverzettelijke houding tegenover dit thema. Ook het vermogen om persoonlijke emoties de baas te kunnen en de arbeidstijd goed te beheren bleek belangrijk; de vrees voor uitputting en burn-out door de langdurige behandeling van moeilijke patiënten was sterk aanwezig. Het gevoel van persoonlijke efficiëntie was gekoppeld aan de kwaliteit van de relatie met de patiënt, aan het vertrouwen in de eigen competenties en aan een positief beheer van de eigen emoties. Er werd slechts zelden gesteld dat de behandeling van middelenmisbruik voldoening schenkt, maar de bereikte successen droegen wel sterk bij tot de zingeving van hun werk als arts.

Twee profielen van huisartsen tekenden zich af: ofwel beschouwde men middelenmisbruik als chronische ziekte, die deel uitmaakt van de problemen waar huisartsen mee te maken krijgen, ofwel velde men een moreel oordeel over de patiënten, met de nadruk op hun verantwoordelijkheid voor de aangerichte persoonlijke en sociale schade.

Hoewel de huisartsen van mening waren dat de behandeling van het misbruik van kalmeermiddelen, slaapmiddelen en ook alcohol tot hun takenpakket behoorde, vonden ze dat in beduidend mindere mate over illegale drugs (cannabis buiten beschouwing gelaten). Deze verschillen naargelang het type middel kwamen ook tot uiting in het antwoord op de vraag of het moeilijk is om middelenmisbruik constructief aan te pakken: voor illegale drugs antwoordden meer huisartsen hier bevestigend op dan voor alcohol of slaap- en kalmeermiddelen. Het gevoel van onmacht dat huisartsen hebben bij de aanpak van middelenmisbruik is ook sterker bij illegale drugs dan bij andere middelen. Over misbruik van psychofarmaca waren de huisartsen verdeeld: sommigen zagen het als een oprukkend probleem, anderen waren toleranter — vooral als het ging om ouderen. Sommige artsen voelden zich er schuldig over dat zij een behandeling met zulke geneesmiddelen hadden opgestart.

Tabel 4: Variabelen in de houding van huisartsen (in %)

Vragen		neen	geen mening	ja
<b>Als huisarts vind ik dat het tot mijn takenpakket behoort om misbruik van ... te behandelen:</b>	Alcohol	7,2	6,7	86,1
	Slaap- en	4,7	4,9	90,4

	kalmeermiddelen			
	Cannabis	17,8	12,3	69,9
	Andere illegale drugs	37,9	12,1	50
<b>Ik vind het moeilijk om misbruik van ... constructief aan te pakken:</b>	Alcohol	61,8	7,2	31
	Slaap- en kalmeermiddelen	61,1	10,3	28,6
	Cannabis	53,6	9,6	36,8
	Andere illegale drugs	48,8	13	38,2
<b>Ik heb vaak een gevoel van onmacht bij de behandeling van misbruik van ...</b>	Alcohol	29	13,8	57,2
	Slaap- en kalmeermiddelen	29,3	17	53,7
	Cannabis	21,6	23,6	54,8
	Andere illegale drugs	16,8	15,3	67,9

#### 4.2.5 Motivatieproces van de huisartsen

De huisartsen vertrouwen doorgaans op hun klinische competenties om middelenmisbruik op te sporen, maar sommige tekenen worden door meerdere artsen aangehaald: herhaaldelijk vragen naar ziektebriefjes voor het werk of naar voorschriften voor psychofarmaca, lichamelijke tekenen van verwondingen of letsels, klachten uit hun naaste omgeving, of gewoonweg beroepsintuïtie of buikgevoel (“gut feeling”).

Voornamelijk uit vrees om de therapeutische relatie te verbreken, kiezen de huisartsen zorgvuldig het moment uit om het misbruik aan te kaarten, of ze gaan in dialoog tot er een geschikt moment in het gesprek aanbreekt. Deze progressieve benadering is vergelijkbaar met de motivatiecyclus van Prochaska en DiClemente [6].

#### 4.2.6 Factoren voor de geschiktheid van de huisarts

De overgrote meerderheid van de huisartsen is van mening dat voor een doeltreffende behandeling van middelenmisbruik een multidisciplinaire benadering nodig is, en in het bijzonder voor illegale drugs, bijvoorbeeld in multidisciplinaire gezondheidscentra (*Maisons médicales*). Voor de categorie slaap- en kalmeermiddelen valt hier op dat minder dan 50% van de huisartsen akkoord gaat met deze stelling. Ze vinden dat er te weinig structuren voor psychologische behandeling zijn, en dat die te duur zijn voor de patiënten.

De huisartsen waren het er meestal over eens dat zij het best geplaatst waren om de zorg te coördineren in het geval van misbruik van alcohol, psychofarmaca en cannabis; voor illegale drugs had de helft van de huisartsen een andere mening.

Steungroepen voor huisartsen zou men zeer wenselijk vinden bij de behandeling van middelenmisbruik en de daarmee gepaard gaande obstakels en gevoelens van onmacht of moedeloosheid.

Tabel 5: Ondersteuning gewenst door huisartsen (in %)

		neen	geen mening	ja
<b>Voor de behandeling van middelenmisbruik zou ik graag specifieke steun hebben van een groep collega's (type coaching) om uitputting of een burn-out te vermijden</b>		15,2	25,3	59,5
<b>Intervisies of LOK-vergaderingen helpen mij bij</b>	Alcohol	8	12,5	79,5

<b>mijn verdere scholing op het vlak van de behandeling van patiënten die ... misbruiken</b>	Slaap- en kalmeermiddelen	8,3	15,1	76,6
	Cannabis	8,1	16,7	75,2
	Andere illegale drugs	11,8	17,1	71,1
<b>Er zouden meer mogelijkheden moeten komen voor de opvang van patiënten met middelenmisbruik</b>	in gespecialiseerde poliklinieken	4	13	83
	in gespecialiseerde woonzorgcentra	8,5	18,4	73,1

#### 4.2.7 Factoren die de behandeling van middelenmisbruik door huisartsen voorspellen

In de modellen met logistische regressie is alleen rekening gehouden met variabelen die significant correleren met de onderzochte dichotome variabele, namelijk het al dan niet op consultatie krijgen van patiënten die het middel in kwestie misbruiken. Voor elk van de vier logistische regressies (voor elke categorie middelen) is het model zodanig afgesteld dat “patiënten zien die het middel misbruiken” de onderzochte variabele is.

##### 4.2.7.1 Alcohol

Het aantal bronnen van kennis over de problematiek is een duidelijke voorspeller van het engagement van de huisarts voor de behandeling (5 kennisbronnen: OR 3,66 [0,99-13,51]  $p < 0,05$ ). Huisartsen die aangeven dat ze niet verder ingaan op het onderwerp als de patiënt zijn gedrag niet wil veranderen (OR 0,55 [0,16, 1,87]  $p < 0,05$ ) of die het moeilijk vinden om het onderwerp constructief aan te kaarten (OR 0,28 [0,06, 1,39]  $p < 0,05$ ), hebben een kleinere kans om dit type patiënten op consultatie te krijgen.

##### 4.2.7.2 Psychofarmaca

Huisartsen die verder ingaan op het onderwerp tijdens de consultatie, zelfs als de patiënt zijn gedrag niet wil veranderen, hebben meer kans om patiënten te zien die slaap- en kalmeermiddelen misbruiken dan artsen die neutraal antwoorden op de vraag (OR 1,75 [0,75, 4,05]  $p < 0,05$ ). Omgekeerd zal bij artsen die het moeilijker vinden om over middelenmisbruik te praten dan over lichamelijke problemen de kans kleiner zijn dat ze patiënten zien die het middel in kwestie misbruiken (OR 0,44 [0,20, 0,94]  $p < 0,05$ ).

##### 4.2.7.3 Cannabis

Huisartsen die cannabisgebruik aankaarten in hun praktijk hebben logischerwijs meer kans om patiënten te zien die cannabis misbruiken dan artsen die het gebruik ervan niet aankaarten (OR 4,91 [1,81, 13,33]  $p < 0,01$ ). Zo ook is voor artsen die vinden dat deze kwestie aankaarten niet moeilijker is dan praten over lichamelijke problemen de kans groter dat ze patiënten behandelen die cannabis misbruiken (OR 2,49 [0,83, 7,48]  $p < 0,05$ ). Voor artsen die te kennen geven dat ze veel extra opleiding nodig hebben, is de kans dat ze zulke patiënten behandelen kleiner dan voor artsen die deze behoefte niet voelen (OR 0,34 [0,13, 0,90]  $p < 0,05$ ).

##### 4.2.7.4 Andere illegale drugs

De bevorderende factoren zijn hier belangrijk, want persoonlijke ervaring met misbruik van illegale drugs (hetzij door de arts zelf, hetzij door iemand uit de naaste omgeving) is een sterke voorspeller van het zien van patiënten die deze middelen misbruiken (OR 16,59 [3,07, 89,58]  $p < 0,01$ ) — al gaat het hier slechts om 11,2% van de ondervraagde huisartsen.

Wat de motiverende factoren betreft, hebben de huisartsen die te kennen geven dat hun patiënten hen vaak/altijd spontaan aanspreken over misbruik van illegale drugs meer kans om zulke patiënten

te zien (OR 4,56 [0,41, 50,90]  $p < 0,05$ ), en ook het omgekeerde is waar: artsen die aangeven dat dit zelden tot nooit voorvalt, hebben minder kans om zulke patiënten te zien (OR 0,15 [0,04, 0,57]  $p < 0,001$ ). Bovendien geldt dat huisartsen die niet van mening zijn dat er meer mogelijkheden moeten komen voor opvang in gespecialiseerde woonzorgcentra meer kans hebben om zulke patiënten te zien (OR 8,12 [1,04, 63,10]  $p < 0,01$ ).

### 4.3 Bespreking

De uiteenlopende opvattingen over de behandeling van middelenmisbruik zijn terug te voeren op de persoonlijke instelling van de verschillende huisartsen, de beschikbaarheid van middelen voor de patiënten, de structuren voor ondersteuning van huisartsen en hun mate van bijscholing. In de antwoorden van de artsen keert meermaals terug dat ze zichzelf willen beschermen tegen uitputting of een burn-out, en dat ze willen samenwerken met andere therapeuten voor een gezamenlijke behandeling.

#### 4.3.1 Het belang van voorstellingen

Het motiverende element dat alle vier de types middelen gemeenschappelijk hebben, heeft te maken met de plaats van de patiënt. Het feit dat men spontaan wordt geraadpleegd door een patiënt over middelenmisbruik komt systematisch terug in de kwantitatieve enquête als significante variabele voor alle vier de onderzochte types middelen, wat erop wijst dat deze huisartsen bekendstaan of overkomen als ruimdenkend over dit soort problematiek. In die zin is dat een onvermijdelijk element dat de betrokkenheid van de huisarts bij de behandeling van middelenmisbruik kan bevorderen, maar dat in dit geval ook de nadruk kan leggen op een zekere passiviteit bij de huisartsen over deze thematiek.

Andere motiverende factoren die ook doorslaggevend lijken bij de intentie van de huisartsen om zich te engageren voor patiënten die kampen met middelenmisbruik zijn de attitudes en het gevoel van vertrouwen in het eigen kunnen. De artsen worden persoonlijk geraakt door deze patiënten en vellen een moreel oordeel; bijgevolg zien we een brede waaier van voorstellingen van patiënten die een continuüm vormen, gaande van mensen met een chronische aandoening die de huisarts spontaan gaat behandelen tot een moreel aberrante persoon (die zelf schuld treft). Die laatste voorstelling maakt de kans dat de huisarts de patiënt in behandeling neemt uiteraard kleiner.

De huisartsen staan door de band genomen positief tegenover patiënten die alcohol of slaap- en kalmeermiddelen misbruiken, en een stuk minder positief tegenover patiënten die cannabis of andere illegale drugs misbruiken. Over deze middelen zijn de meningen van de huisartsen veel meer verdeeld: slechts 50% van de huisartsen vindt het zijn taak om mensen die illegale drugs misbruiken in behandeling te nemen, terwijl dat percentage 90% bedraagt voor slaap- en kalmeermiddelen, en 80% voor alcohol. En juist vanwege dit onderscheid onderschrijft ongeveer de helft van de huisartsen ook niet het idee dat de huisarts het best geplaatst is om de zorg voor patiënten die illegale drugs misbruiken te coördineren. De voorstellingen van patiënten die illegale drugs misbruiken bevatten ook voornamelijk de reeds eerder beschreven stereotypes en clichés [7-12]. Het werk van Goffman onderstreept dat dergelijke stigmatisering leidt tot de associatie van andere depreciërende kenmerken met de oorspronkelijke afwijking; zo werd in onze studie middelenmisbruik geassocieerd met geweld of onbetrouwbaarheid [12].

De voorstellingen en de sociale aanvaardbaarheid van de verschillende types middelen hangen deels af van hun juridische status (alcohol en psychofarmaca worden meer aanvaard) en deels van hun prevalentie (cannabis is niet legaal, maar wordt op sociaal vlak meer getolereerd).

Naarmate de leeftijd vordert en hun ervaring toeneemt, houden huisartsen zich meer bezig met deze problematiek, terwijl ze zichzelf ook beter gaan beschermen. Bovendien zijn artsen die een duidelijk beeld hebben van hun rol en van de grenzen van hun verantwoordelijkheid beter beschermd tegen gevoelens van frustratie, teleurstelling en onmacht.

De literatuur ondersteunt niet volledig het waargenomen verschil in prevalentie naargelang de plaats waar de praktijk gevestigd is [13]. Ook het verband tussen armoede en middelenmisbruik is controversieel [11, 14]. De huisartsen lijken zich er niet van bewust dat hun eigen houding hun perceptie van de patiënten kan sturen.

#### 4.3.2 De plaats van specifieke opleidingen

De kennis over de thematiek blijft een belangrijk element: de slaap- en kalmeermiddelen daargelaten geldt voor de drie andere types middelen dat huisartsen die over meer kennisbronnen beschikken een grotere kans hebben om patiënten te zien die kampen met middelenmisbruik. Daarnaast staan de respondenten massaal achter de toekomstige ontwikkeling van richtlijnen die aangepast zijn aan de werkelijke praktijk.

Qua opleidingen zeggen de huisartsen bovenal nood te hebben aan vorming over de meest geschikte therapieën om aan patiënten te adviseren (73,4% van de ondervraagden).

Eerder is al melding gemaakt van het grote belang van de persoonlijke kwaliteiten van de arts op het vlak van omgaan met de eigen emoties, persoonlijke ervaringen en rekening houden met het eigen welzijn. Bombeke et al. hebben gewezen op het dominante concept van de *“doctor as a person”* in de ontwikkeling van de patiëntgerichtheid bij studenten geneeskunde [15]. Dit concept vormt de vijfde pijler van de patiëntgerichtheid gedefinieerd door Mead en Bower, en betreft het inzicht in de invloed van de eigen kwaliteiten op de manier waarop men het beroep uitoefent [16].

Bovendien stellen de verkregen resultaten ons in staat de aandacht te vestigen op de behoeften van de huisartsen, de ondersteuning en de procedures die mogelijk ontwikkeld kunnen worden ter bevordering van de behandeling van middelenmisbruik door huisartsen. Deze elementen lijken nog belangrijker in het licht van het feit dat meer dan de helft van de huisartsen aangeeft zich vaak machteloos te voelen tegenover de patiënten. Om deze problemen het hoofd te bieden, willen de huisartsen meer ondersteuning, met name via LOK-vergaderingen of intervisies over de behandeling van middelenmisbruik, en ze willen in ruimere zin steun en feedback van collega's.

Vanuit deze optiek zouden interventies gericht op introspectie, coaching of een soort mentoraat over zorg dragen voor jezelf interessant kunnen zijn. Er zijn specifieke competenties nodig om de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt in stand te houden; daar is wederzijds respect voor nodig. Persoonlijke ontwikkeling, waarbij rekening wordt gehouden met de emoties en het leed van de zorgverleners, en de ontwikkeling van een volledig bewustzijn zijn voorgesteld als kwaliteiten die onderwezen en onderhouden moeten worden om de patiëntgerichtheid te vrijwaren. Een mentoraat en een vorm van coaching zijn op dat vlak even belangrijk als theoretische en praktische workshops, zowel in de basisopleiding als in latere bijscholing, zoals al in verschillende bronnen is vermeld [17-23]. Voor het ogenblik lijken deze technieken meer aanwezig te zijn in het Vlaamse curriculum dan in het Waalse.

#### 4.3.3 Samenwerking

Het belang van multidisciplinaire samenwerking werd ook in deze studie aangehaald als bevorderende factor voor de behandeling. Vele huisartsen hebben de behoefte aangehaald van meer capaciteit voor opvang in gespecialiseerde centra — zowel poliklinieken als woonzorgcentra. Enerzijds kan dat betekenen dat de huisartsen meer willen samenwerken, anderzijds dat ze patiënten

willen doorverwijzen om er zelf niet meer mee te hoeven omgaan. In de logistische regressie voor illegale drugs zien we dat de artsen die meer capaciteit willen voor opvang in centra ook de artsen zijn die de kleinste kans hebben om patiënten te zien die deze middelen misbruiken.

Verslaving is een complex fenomeen met medische, sociale en psychologische aspecten. Een efficiënte behandeling moet alle drie deze niveaus omvatten, en de ondervraagde huisartsen hebben dan ook logischerwijs de wens geuit om meer samen te werken op die vlakken. De mogelijkheden die vandaag beschikbaar zijn, komen maar deels tegemoet aan deze vraag.

#### 4.4 Conclusies

Er wordt vaak gesteld dat de verbetering van de praktijken in de huisartsengeneeskunde een kwestie is van opleiding, of van instrumenten ontwikkelen. Maar de aanbevelingen en de beschikbare hulpmiddelen zijn weinig interessant voor wie om te beginnen al weinig gemotiveerd is om zich in deze problematiek te verdiepen. Deze studie heeft aangetoond dat de artsen verdeeld zijn over deze kwestie. Morele opvattingen, verschillende vormen van angst en gevoelens van onmacht ondermijnen de therapeutische relatie. Daar moet meer rekening mee worden gehouden in de basisopleiding. Voor wie al afgestudeerd en aan het werk is, zouden workshops en plaatsen voor de uitwisseling van goede praktijken in een sfeer van wederzijds vertrouwen wenselijk zijn om het isolement van de artsen te doorbreken en het risico op een burn-out, dat in deze sector hoog is, te verlagen [24-26].

Tot slot berust de verbetering van de manier waarop middelenmisbruik in de huisartsenpraktijk wordt behandeld niet uitsluitend op de competenties van de huisartsen, maar daarnaast ook op beleidsmaatregelen, zoals ook al is aangetoond voor andere mentale gezondheidsproblemen [27].

#### 4.5 Bibliografie

1. **The I-Change Model** [<http://www.maastricht-university.eu/hein.devries/interests/i-change-model>]
2. de Vries H, Mudde A, Leijts I, Charlton A, Vartiainen E, Buijs G, Clemente MP, Storm H, Gonzalez Navarro A, Nebot M *et al*: **The European Smoking Prevention Framework Approach (EFSA): an example of integral prevention.** *Health Educ Res* 2003, **18**(5):611-626.
3. de Vries H, Mesters I, van de Steeg H, Honing C: **The general public's information needs and perceptions regarding hereditary cancer: an application of the Integrated ChangeModel.** *Patient Educ Couns* 2005, **56**(2):154-165.
4. Goebbels AF, Nicholson JM, Walsh K, De Vries H: **Teachers' reporting of suspected child abuse and neglect: behaviour and determinants.** *Health Educ Res* 2008, **23**(6):941-951.
5. Segaar D, Bolman C, Willemsen M, De Vries H: **Identifying determinants of protocol adoption by midwives: a comprehensive approach.** *Health Educ Res* 2007, **22**(1):14-26.
6. Prochaska JO, Velicer WF: **The transtheoretical model of health behavior change.** *Am J Health Promot* 1997, **12**(1):38-48.
7. Deehan A, Taylor C, Strang J: **The general practitioner, the drug misuser, and the alcohol misuser: major differences in general practitioner activity, therapeutic commitment, and 'shared care' proposals.** *Br J Gen Pract* 1997, **47**(424):705-709.
8. Strang J, McCambridge J, Platts S, Groves P: **Engaging the reluctant GP in care of the opiate misuser: Pilot study of change-orientated reflective listening (CORL).** *Fam Pract* 2004, **21**(2):150-154.
9. McCambridge J, Platts S, Whooley D, Strang J: **Encouraging GP alcohol intervention: pilot study of change-orientated reflective listening (CORL).** *Alcohol Alcohol* 2004, **39**(2):146-149.
10. Room R: **Stigma, social inequality and alcohol and drug use.** *Drug and alcohol review* 2005, **24**(2):143-155.

11. Hans SL: **Demographic and psychosocial characteristics of substance-abusing pregnant women.** *Clin Perinatol* 1999, **26**(1):55-74.
12. Goffman E: **Stigmata : les usages sociaux des handicaps:** Les Éditions de Minuit; 1975.
13. Schifano F: **Is urbanization a risk factor for substance misuse?** *Current opinion in psychiatry* 2008, **21**(4):391-397.
14. Metsch LR, Pollack HA: **Welfare reform and substance abuse.** *Milbank Q* 2005, **83**(1):65-99.
15. Bombeke K, Symons L, Debaene L, De Winter B, Schol S, Van Royen P: **Help, I'm losing patient-centredness! Experiences of medical students and their teachers.** *Med Educ* 2010, **44**(7):662-673.
16. Mead N, Bower P: **Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature.** *Soc Sci Med* 2000, **51**(7):1087-1110.
17. Deehan A, Templeton L, Taylor C, Drummond C, Strang J: **Low detection rates, negative attitudes and the failure to meet the "Health of the Nation" alcohol targets: findings from a national survey of GPs in England and Wales.** *Drug and alcohol review* 1998, **17**(3):249-258.
18. O'Connor PG, Nyquist JG, McLellan AT: **Integrating addiction medicine into graduate medical education in primary care: the time has come.** *Ann Intern Med* 2011, **154**(1):56-59.
19. Babor TF, Higgins-Biddle JC: **Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health.** *Addiction* 2000, **95**(5):677-686.
20. Botelho RJ, Skinner HA, Williams GC, Wilson D: **Patients with alcohol problems in primary care: understanding their resistance and motivating change.** *Prim Care* 1999, **26**(2):279-298.
21. Sandlow LJ, Dos Santos SR: **Addiction medicine and continuing medical education.** *J Psychoactive Drugs* 1997, **29**(3):275-284.
22. Peters C, Wilson D, Bruneau A, Butt P, Hart S, Mayhew J: **Alcohol risk assessment and intervention for family physicians. Project of the College of Family Physicians of Canada.** *Can Fam Physician* 1996, **42**:681-689.
23. Durand MA: **General practice involvement in the management of alcohol misuse: dynamics and resistances.** *Drug Alcohol Depend* 1994, **35**(3):181-189.
24. Kacenebongen N, Offermans AM, Roland M: **[Burnout of general practitioners in Belgium: societal consequences and paths to solutions].** *Rev Med Brux* 2011, **32**(4):413-423.
25. Lesage FX, Berjot S, Altintas E, Paty B: **Burnout Among Occupational Physicians: A Threat to Occupational Health Systems?--A Nationwide Cross-sectional Survey.** *Ann Occup Hyg* 2013, **57**(7):913-919.
26. Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F: **Open Access to General Practice Was Associated with Burnout among General Practitioners.** *International journal of family medicine* 2013, **2013**:383602.
27. Roberts JH: **Improving primary health care services for young people experiencing psychological distress and mental health problems: a personal reflection on lessons learnt from Australia and England.** *Primary health care research & development* 2012, **13**(4):318-326.



## 5 Welke factoren beïnvloeden de aanpak door arbeidsgeneesheren van middelenmisbruik van werknemers? Samenvatting WP4

Marie-Claire Lambrechts <sup>1,2</sup>, Frédéric Ketterer <sup>3</sup>, Linda Symons <sup>4</sup>, Philippe Mairiaux <sup>5</sup>, Lieve Peremans <sup>4,6,7</sup>, Roy Remmen <sup>4</sup>, Marc Vanmeerbeek <sup>3</sup>, Lode Godderis <sup>1,8</sup>

<sup>1</sup> Centre for Environment and Health, KU Leuven, University of Leuven

<sup>2</sup> Association for Alcohol and other Drug problems, VAD

<sup>3</sup> Department of General Practice/Family Medicine, University of Liege

<sup>4</sup> Department of Primary and Interdisciplinary Care, University of Antwerp

<sup>5</sup> Department of Public Health Sciences, University of Liege

<sup>6</sup> Department of Public Health, Vrije Universiteit Brussel

<sup>7</sup> Department of Nursing and Midwifery, University of Antwerp

<sup>8</sup> IDEWE, External Service for Prevention and Protection at Work

### 5.1 Inleiding

De impact van middelengebruik in de samenleving is groot. In 2010 was alcoholgebruik de derde meest belangrijke risicofactor voor ziekte en invaliditeit [1]. Volgens de meest recente cijfers van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) waren er in 2012 wereldwijd ongeveer 3,3 miljoen sterfgevallen te wijten aan alcoholgebruik. Er bestaat een oorzakelijk verband tussen schadelijk alcoholgebruik en meer dan tweehonderd ziektes en alcoholgerelateerde incidenten [2]. Ook het gebruik van illegale drugs leidt tot een stijgende gezondheidskost. Het gebruik van psychofarmaca is verder een probleem dat in veel Europese landen onderschat wordt. Dit is ook het geval voor de Belgische situatie waarin psychofarmacagebruik erg hoog ligt.

Door problematisch middelengebruik kan de gezondheid, veiligheid en productiviteit van de werknemer, en zijn omgeving, in het gedrang komen. De meetbare kosten door alcoholmisbruik in de Europese Unie als gevolg van afwezigheden, werkloosheid en verloren arbeidsjaren door werknemers werden in 2010 op 74,1 miljard euro geschat of 47% van de totale sociale kost [3]. De Collectieve Arbeidsovereenkomst nr. 100 (CAO 100) verplicht private ondernemingen in België sinds 2010 over een preventief alcohol- en drugbeleid te beschikken, maar blijft in de praktijk meestal beperkt tot een intentieverklaring [4].

Arbeidsgeneesheren (AG) zijn belangrijke eerstelijnsactoren in de preventie en aanpak van problematisch middelengebruik. Nochtans is hierover weinig geweten. Ook zijn er geen specifieke richtlijnen voor AG. Wat doet AG handelen of net niet? Wat is hun houding wanneer ze geconfronteerd worden met middelenmisbruik van werknemers? Deze studie onderzocht de factoren die het gedrag van arbeidsgeneesheren in dit verband beïnvloeden.

### 5.2 Methode

Het onderzoek omvatte een kwalitatief en een kwantitatief luik (Tabel 1). Tussen september 2012 en januari 2013 werden er diepte-interviews afgenomen bij 16 arbeidsgeneesheren, geselecteerd op taal, leeftijd, gender, werkervaring als AG, type preventiedienst, en grootte en type van bedrijf. We maakten hierbij gebruik van een draaiboek met semi-gestructureerde vragenlijst en een casus van de



betrokken AG als uitgangspunt. Dit draaiboek werd samengesteld door middel van consensus tussen de onderzoekers, en was gebaseerd op het Integrated Model of Change (I-Change model) van de Vries [5]. Modellen zoals I-Change kunnen inzicht geven in de complexe factoren die het gedrag van gezondheidsprofessionals beïnvloeden. Alle interviews duurden 1,5 à 2 uur, en werden opgenomen en uitgeschreven met informed consent van de AG. De verwerking gebeurde met 'Interpretatieve Fenomenologische Analyse (IPA), waarbij het verzamelen van data via diepte-interviews in combinatie met bestaande theoretische kaders mogelijk is [6].

Tabel 1: overzicht organisatie / methode kwalitatief en kwantitatief onderzoek

Kwalitatief onderzoek	Kwantitatief onderzoek
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 16 arbeidsgeneesheren (criteria: taal, leeftijd, geslacht, werkervaring als AG, type preventiedienst, omvang en type bedrijf)</li> <li>• Locatie: werksetting AG</li> <li>• Periode: tweede helft 2012</li> <li>• Semi-gestructureerd interview, gebaseerd op I-Change model en casus</li> <li>• Interviews: 1,5 à 2 uur, transcripts opnames (informed consent)</li> <li>• Interpretatieve Fenomenologische Analyse</li> <li>• NVivo software</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Online vragenlijst (69 vragen)</li> <li>• Verstuurd naar alle Belgische AG (n=1002).</li> <li>• Samenwerking met koepelorganisaties (BBvAg, VWVA, SSSTr, VVIB-AMTI);</li> <li>• Periode: einde 2013 (inclusief herinnering en mailing naar EDPB)</li> <li>• Beschrijvende statistiek, univariate en multivariate logistische regressie analyse</li> <li>• SPSS 22 software.</li> </ul>

Uit het kwalitatief onderzoek bleek dat arbeidsgeneesheren verschillend handelden naargelang het soort drug [7]. AG hadden veel ervaring met het gebruik van alcohol en psychofarmaca en kenden de effecten ervan. Voor illegale drugs was dit nauwelijks het geval. Hun aanpak was vooral beïnvloed door contextuele factoren (zoals de preventiecultuur in het bedrijf en de aanwezigheid van een alcohol- en drugbeleid). Ook attitudes over de rol van de AG en (het gebrek aan) vaardigheden waren bepalende factoren. Het merendeel van de AG gaf aan te willen investeren in gezondheidspromotie. Onvoldoende tijd en focus op periodiek medisch onderzoek bleken de belangrijkste knelpunten, vooral voor de AG van externe diensten voor preventie en bescherming op het werk (EDPB).

Gebaseerd op de inzichten van het kwalitatief onderzoek, en met het I-Change Model als theoretisch raamwerk, werd een online vragenlijst samengesteld (software Survey Monkey). De enquête werd verspreid in samenwerking met de koepelorganisaties van de AG. Er werden 69 vragen voorgelegd, grotendeels aan de hand van 5-punt Likertschalen (van nooit tot dagelijks; van helemaal niet akkoord tot helemaal akkoord). Voor de verwerking van de resultaten hanteerden we beschrijvende statistiek, en univariate en multivariate logistische regressie analyse (SPSS 22).

## 5.3 Resultaten

### 5.3.1 Respons

Ongeveer 30% van de arbeidsgeneesheren nam deel. De resultaten van 274 AG werden behouden voor analyse. Na vergelijking met de data van 1002 AG bij CO-Prev (koepelorganisatie van preventiediensten) bleek de steekproef representatief voor taal (NL: n=176, FR: n=98), voor leeftijd (gemiddeld 48 jaar) en voor geslacht (M: 38,5%; V: 61,5%). Verhoudingsgewijs waren er in de groep van Franstalige arbeidsgeneesheren meer vrouwen en meer AG van meer dan 55 jaar oud aanwezig. De meeste AG (84%) werkten uitsluitend voor EDPB, en hadden een gemiddelde beroepservaring van 17 jaar. Verdeeld over verschillende categorieën was 30,5% tussen 1 à 10 jaar als AG tewerkgesteld, 32% tussen 11 en 20 jaar en 37,5% tussen 21 en 38 jaar. Ook deze cijfers komen overeen met de CO-Prev-data.

### 5.3.2 Ervaring met problematisch gebruik van werknemers

Arbeidsgeneesheren hebben vooral te maken met problematisch gebruik van alcohol (62,4%) en slaap- en kalmeermiddelen (39,4%) van werknemers (frequenties ≤ maandelijks), en minder tot veel minder met respectievelijk cannabis (26,3%) en andere illegale drugs (6,1%). Het problematisch karakter van middelengebruik wordt vooral door werkgerelateerde criteria bepaald (bv. veiligheidsrisico's), gevolgd door gezondheidseffecten en de mate van gebruik. Voor alcohol en slaap- en kalmeermiddelen wordt gebruik slechts door 8% van de AG per definitie gelijkgesteld met misbruik. Voor cannabis is dit een weliswaar hoger aantal (37,9%) maar aanzienlijk minder dan de andere illegale drugs (82,8%).

### 5.3.3 Kennis, attitudes en vaardigheden

Arbeidsgeneesheren halen hun kennis voornamelijk uit seminars, hun initiële opleiding als arts en het internet. Gemiddeld hebben ze nood aan een drietal bijkomende vormingen, waaronder informatie over illegale drugs. 53% van de AG vindt het moeilijker om problemen van middelenmisbruik bespreekbaar te maken dan over lichamelijke problemen te spreken. AG hebben niet de indruk dat ze zich opdringen wanneer ze problematisch gebruik ter sprake brengen, of dat de vertrouwensrelatie met de werknemer hierdoor in het gedrang komt. Ze voelen zich echter wel vaak machteloos. Een aanzienlijk aantal (32%) geeft aan over onvoldoende specifieke communicatievaardigheden te beschikken. Dit is vooral bij Franstalige AG het geval (significant, correlatie Spearman: ,351). AG willen vooral opleiding over efficiënte doorverwijzingen en vaardigheidstrainingen (communicatie, motiverende gespreksvoering).

### 5.3.4 Gezondheidspromotie

Arbeidsgeneesheren vinden zich even goed geplaatst als andere professionals in de gezondheidszorg om de werknemer te bevragen over zijn middelengebruik (Tabel 2). Bijna de helft van de deelnemende AG vindt het frusterend niet meer te kunnen doen dan de wettelijke opdrachten, waarbij de nadruk ligt op medisch periodiek onderzoek. Dit blijkt ook uit de vaststelling dat meer AG het hun rol vinden om aan individueel gerichte preventie te doen om middelenmisbruik te vermijden (88%), dan dit enkel te doen wanneer er consequenties zijn op het werk (51%).

Tabel 2: "Ik vind dat ik even goed geplaatst ben als andere professionals in de gezondheidszorg om de werknemer te bevragen over zijn consumptie van":

	Helemaal niet akkoord	Eerder niet akkoord	Neutraal	Eerder akkoord	Helemaal akkoord
Alcohol (n=270)	1,5	5,2	7,0	14,1	72,2
Cannabis (n=269)	1,1	8,2	11,5	37,5	41,6
Andere illegale drugs (n=268)	1,9	10,4	10,8	35,8	41,0
Slaap- en kalmeermiddelen (n=265)	1,1	5,7	8,7	39,6	44,9

### 5.3.5 Aanpak en doorverwijzing

Veiligheidsrisico's zijn de belangrijkste redenen om in te grijpen. Ondersteunende richtlijnen ontbreken. AG zijn preventieartsen. Ze verwijzen voor alle drugs, en veruit het meest, naar huisartsen en gespecialiseerde ambulante centra, en in mindere mate naar privé-psychiaters en -psychologen. AG vinden dat ze zonder psycho-sociale hulpverlening, zowel binnen, bv. de preventieadviseur psychosociale aspecten als buiten het bedrijf, werknemers niet doeltreffend kunnen helpen. Opvangmogelijkheden in gespecialiseerde centra (vooral ambulante) dienen echter uitgebreid te worden.

### 5.3.6 Rol van OP in een alcohol- en drugbeleid

De meeste arbeidsgeneesheren vinden dat ze een voortrekkersrol hebben in de ontwikkeling (68,6%) en de uitvoering (73,6%) van een alcohol- en drugbeleid. In realiteit is echter een aanzienlijk kleiner aantal hierbij betrokken (Tabel 3). Er zijn geen significante verschillen vastgesteld naar leeftijd, geslacht, werkervaring en type preventiedienst. De kans dat Nederlandstalige AG in dergelijke uitvoering betrokken zijn is groter (Odds ratio, 2.6; 95 CI, 1.55-4.52). Dit geldt ook voor AG met meer kennis over alcohol en drugs (Odds ratio, 4.7; 95 CI, 1.65- 13.32).

Tabel 3: Hoe vaak zijn AG de laatste 3 jaar betrokken bij de uitwerking en uitvoering van een beleid?

In %	Nooit	Zelden	Soms	Dikwijls	Altijd
<b>Uitwerking</b>	16,4	27,2	34,0	14,0	8,4
<b>Uitvoering</b>	21,2	28,0	29,6	14,4	6,8

Uit de multivariate analyse blijken sociale steun en vooral contextuele factoren de kans op betrokkenheid van AG bij de uitvoering van een alcohol- en drugbeleid voor een belangrijke mate te verklaren. Een multivariaat model met **3 factoren van sociale steun verklaart 26%** (Nagelkerke  $R^2$ )<sup>2</sup> van deze betrokkenheid. Deze factoren zijn: 1/kansen die aan werknemers met problematisch gebruik worden gegeven door de bedrijfsleiding (Odds ratio, 2.1; CI 1.27-3.51); 2/actieve steun van de bedrijfsleiding (Odds ratio, 1.6; CI .97-2.51, niet significant); en 3/steun van vakbonden (Odds ratio, 1.7; CI 1.11-2.69).

Een multivariaat model met **3 contextuele factoren verklaart 37%** (Nagelkerke  $R^2$ ), significant voor alle de drie factoren: 1/voldoende tijd krijgen van de preventiedienst (Odds ratio, 2.2; CI 1.49-3.23); 2/ondersteuning door de aanwezigheid van een concreet alcohol- en drugbeleid (Odds ratio, 2.9; CI 1.82-4.58), en 3/bespreikbaarheid verhoogd door CAO 100 (Odds ratio, 2; CI 1.27-3.18) (Tabel 4).

Tabel 4: Model met contextuele factoren en betrokkenheid AG in uitvoering A&D-beleid

Model Summary			
Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	260,824 <sup>a</sup>	,274	,366

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
voltijd2	,787	,197	16,008	1	,000	2,198	1,494	3,232
steubel2	1,059	,235	20,318	1	,000	2,884	1,820	4,572
caobespr2	,701	,235	8,874	1	,003	2,016	1,271	3,197
Constant	-5,070	,830	37,325	1	,000	,006		

a. Variable(s) entered on step 1: voltijd2, steubel2, caobespr2.

In beide modellen worden er geen significante verschillen gevonden naar leeftijd, geslacht, taal, jaren tewerkstelling als AG en type preventiedienst.

<sup>2</sup> Nagelkerke  $R^2$  is een pseudo  $R^2$  maat, vergelijkbaar met de  $R^2$  uit lineaire regressie analyse.

### 5.3.7 Communicatie en samenwerking met huisartsen

In realiteit werken arbeidsgeneesheren weinig samen met huisartsen. Voor alcohol geeft slechts 19% van de AG aan dit minstens 1 keer per maand te doen, voor de andere drugs is dit nog minder. Nochtans vinden de meeste AG dat huisartsen het best geplaatst zijn om de zorg te coördineren van werknemers met middelenmisbruik. AG verwachten wel dat ze op de hoogte gehouden worden wanneer ze naar de huisarts verwijzen. Heel wat knelpunten maken de samenwerking volgens AG niet eenvoudig. Zo weten huisartsen niet precies wat AG doen (52,6%) en geven ze geen feedback (44,6%). AG vinden ook dat huisartsen hen vaak als controle-arts beschouwen (37,5%) en dat ze proberen patiënten aan het werk te houden ten koste van mogelijke functioneringsproblemen (33%). Ook praktische problemen spelen tot slot een rol (31%).

### 5.3.8 Verbeteren van de aanpak van middelenmisbruik

Arbeidsgeneesheren vinden onderstaande voorstellen belangrijk om werk van te maken:

- Het ontwikkelen van richtlijnen, aangepast aan de dagelijkse praktijk
- Een duidelijk alcohol- en drugbeleid dat in elk bedrijf nageleefd wordt
- Het organiseren van informatiecampagnes voor de bevolking over de risico's van middelenmisbruik
- De communicatie en gedeelde zorg tussen arbeidsgeneeskunde en curatieve sector bevorderen en stimuleren
- Het hulpverleningsaanbod uitbreiden
- De samenwerking tussen huisartsen en arbeidsgeneesheren bevorderen

## 5.4 Conclusies

De resultaten van het kwantitatieve onderzoeksluik bevestigen in hoge mate de bevindingen van het kwalitatief onderzoek. Arbeidsgeneesheren in België vormen een vrij homogene groep op vlak van preventie en aanpak van middelenmisbruik van werknemers. Het engagement van AG wordt grotendeels beïnvloed door hun attitudes omtrent werkgerelateerd misbruik, en hun kennis.

Vooraf het ervaren van sociale steun bij hun optreden, en faciliterende contextuele factoren maken het verschil. Deze factoren maken de kans groter dat arbeidsgeneesheren effectief betrokken zijn in initiatieven om middelenmisbruik te voorkomen, dan wel tijdig aan te pakken.

**Aanbevelingen, mede op basis van de andere workpackages in dit onderzoek, verder in deze samenvatting.**

## 5.5 Bibliografie

[1] Lim, S.S. et al. (2012). **A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010**. The Lancet, 380: 2224-60.

[2] World Health Organization (2014). **Global Status Report on Alcohol and Health**. Geneva: WHO.

[3] Rehm, J., Shield, K.D., Rehm, M.X., Gmel, G. & Frick, U. (2012). **Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence**. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.

[4] **Collectieve arbeidsovereenkomst NR. 100 van 1 april 2009 betreffende her voeren van een preventief alcohol- en drugbeleid in de onderneming**. <http://www.cnt-nar.be/CAO-COORD/cao-100.pdf>

[5] De Vries H. **I-Change Model**. <http://www.maastricht-university.eu/hein.devries/interests/i-change-model>

[6] Larkin M, Watts S, Clifton E. **Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis**. Qual Res Psychol 2006;3:102-120.

[7] Lambrechts MC, Ketterer F, Symons L, Mairiaux P, Peremans L, Remmen R, Vanmeerbeek M, Godderis L: **The approach taken to substance abuse by occupational physicians: a qualitative study on influencing factors**. J Occup Environ Med 2015, In Press.

## 6 De rol van de HA en AG bekeken door andere actoren betrokken bij de behandeling van middelenmisbruik

Isabelle Demaret<sup>1,2</sup>, Marc Vanmeerbeek<sup>3</sup>, Marc Anseau<sup>1</sup>, André Lemaître<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Department of psychiatry and medical psychology, University of Liege

<sup>2</sup> Sociological Research and Intervention Centre (CRIS), University of Liege

<sup>3</sup> Department of General Practice/Family Medicine, University of Liege

### 6.1 Inleiding

Na de hoofdstukken over de plaats en de rol van de HA en AG, en hun ideeën bij de aanpak van middelenmisbruik leek het nuttig om ook de mening te kennen van andere actoren die te maken kunnen krijgen met deze problematiek. Deze andere actoren kunnen opgedeeld worden in drie groepen: de zorgsector (psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers, apothekers), de bedrijfswereld (werkgevers- en werknemersvertegenwoordigers, interne en externe preventieadviseurs) en de juridische sector, met inbegrip van jeugdbescherming. Zeer weinig is bekend over de kijk van deze actoren op de rol van HA en AG, noch over de manier waarop ze met hen interageren, noch over welke verbeteringen zij wenselijk vinden voor een mogelijke samenwerking.

### 6.2 Methode

De methode van de nominale groep werd gebruikt om te peilen naar de mening van de verschillende deskundigen. Via deze methode kan men in een beperkte tijdspanne een maximaal aantal voorstellen genereren en er door de groep prioriteiten aan laten toekennen [1-3]. Er werden achttien vergaderingen gepland, namelijk één voor elk van de negen bovenvermelde beroepen, en dat in beide taalgemeenschappen. Om een duidelijk beeld te krijgen van de mening van elke beroepsgroep over de vraag in kwestie, waren alle groepen bijgevolg monodisciplinair samengesteld.

Hoewel de techniek van de nominale groep fysieke aanwezigheid vereist, zijn sommige beroepen via e-mail geraadpleegd in gevallen waar een bijeenkomst onmogelijk bleek. Het ging daarbij meer bepaald om de psychiaters, de juridische sector en de interne preventieadviseurs. De methode is dus aangepast aan deze oefening, waarbij de kenmerken ervan zo goed mogelijk behouden zijn: individueel gegenereerde voorstellen over een onderwerp, stemming en prioritisering van de voorstellen door de deelnemers. De onderzoekers namen in dit geval de herformulering en samenvatting van de voorstellen voor hun rekening.

De gegevensanalyse werd uitgevoerd door het Franstalige team (ID, MV) na vertaling en tegenvertaling van de voorstellen van de Nederlandstalige groepen. De voorstellen werden ingedeeld in thema's en subthema's, en het relatieve belang ervan voor de bestudeerde populatie werd berekend, enerzijds ten opzichte van de graad van prioriteit uitgedrukt in punten gegeven tijdens de stemming, en anderzijds naargelang de populariteit van de voorstellen (aantal stemmen).

### 6.3 Resultaten

Achtcenzestig deelnemers kwamen samen in acht fysieke groepen en vier virtuele groepen (stemming via e-mail) (tabel 1). Samen produceerden zij 184 voorstellen met betrekking tot HA en 147 voorstellen met betrekking tot AG. Vervolgens werden deze voorstellen gegroepeerd in vier thema's, 13 categorieën en 43 subcategorieën voor HA, en vier thema's, 9 categorieën en 37 subcategorieën voor AG (tabel 2 en 3). De thema's werden ingedeeld van centraal naar perifeer, van de HA of AG (opleiding, attitude) tot de organisatie van de gezondheidszorg.

Tabel 1: Aantal deelnemers in de nominale groepen

<b>Beroepen</b>	<b>Franstalige groepen</b>		<b>Nederlandstalige groepen</b>	
<b>Maatschappelijk werkers</b>	Groep	6	Groep	6
<b>Psychologen</b>	Groep	6	Groep	4
<b>Werkgeversvertegenwoordigers</b>	Groep	4	-	-
<b>Interne preventieadviseurs</b>	Groep	8	E-mail	3
<b>Vakbondsafgevaardigden</b>	Groep	8	-	-
<b>Externe Preventieadviseurs</b>	Groep	5	-	-
<b>Psychiaters</b>	E-mail	5	E-mail	6
<b>Juridische sector</b>	E-mail	7	-	-
<b>Apothekers</b>	E-mail	6	-	-
	<b>Totaal</b>	<b>49</b>	<b>Totaal</b>	<b>19</b>

### 6.3.1 Voorstellen met betrekking tot HA

Tabel 2 toont de 10 categorieën van voorstellen die het hoogste aantal punten kregen in de nominale groepen, goed voor 49% van de voorstellen.

Er werd aan de HA gevraagd om te communiceren met andere deskundigen, hetzij binnen diensten voor Preventie en Bescherming op het werk (PBW), vragen die logischerwijs kwamen van de vertegenwoordigers van de bedrijfswereld, hetzij met andere psychologische, medische of sociale hulpverleners, vragen die dan weer kwamen van de vertegenwoordigers van de zorgsector. Hieronder verstond men het uitwisselen van patiëntengegevens, in dialoog treden met werknemers, netwerken, samenwerken met gespecialiseerde diensten en de coördinatie van de zorg.

De deelnemers aan de nominale groepen vonden dat de HA meer oog moesten hebben voor middelenmisbruik en meer proactief moesten ingrijpen. De vertegenwoordigers van de bedrijfswereld riepen op tot meer aandacht voor mogelijke risico's op de werkplek, waarvan de HA zich volgens hen onvoldoende bewust waren. Dit werd ook al aangehaald door de AG in het voorgaande deel van de studie. Andere voorstellen hadden te maken met preventie en met een langdurige en globale opvolging van patiënten.

Op het vlak van opleiding werd er gevraagd om HA meer kennis bij te brengen over het netwerk van gespecialiseerde zorgverleners, en hun meer inzicht te verschaffen in de alcohol- en drugsproblematiek, opdat ze sneller bereid zouden zijn om zulke patiënten in behandeling te nemen.

In de categorieën die omwille van hun lagere prioriteit niet werden opgenomen in de tabel, vinden we elementen met betrekking tot de houding van de HA ten aanzien van deze problematiek: inzicht in het probleem, geen oordeel vellen, aandacht voor de sociale en familiale context.

### 6.3.2 Voorstellen met betrekking tot AG

Tabel 3 toont de 10 categorieën van voorstellen die het hoogste aantal punten kregen in de nominale groepen, goed voor 54% van de voorstellen.

Verschillende voorstellen hadden betrekking op de manier waarop AG omgaan met werknemers: preventie van de risico's verbonden aan consumptie op de werkplek, voorlichting van de werknemers over deze risico's, aandacht voor de sociale situatie van de werknemer en ten slotte - voornamelijk geuit door de zorgsector - hulp en bescherming voor de werknemer bij diens afwezigheid en latere terugkeer naar het werk, en ook onder meer bescherming tegen druk van de werkgever.

Net als de HA werd ook de AG verzocht om meer in contact te treden met andere deskundigen. De context is wel anders, want in eerste instantie gaat het hier om communicatie binnen het bedrijf (PBW, maatschappelijk werkers, vertrouwenspersoon, vakbonden, werkgeversvertegenwoordigers). Het betreft een zeer uitgebreid pakket voorstellen gericht op preventie (van de risico's, of van de consumptie zelf), op voorlichting en het zoeken naar individuele oplossingen. Een van de doelstellingen is werken aan de bedrijfscultuur ten aanzien van de alcohol- en drugsproblematiek. Vervolgens zouden de AG moeten samenwerken met externen buiten de onderneming (HA, geestelijke gezondheidszorg, sociale diensten).

Op het vlak van opleiding en attitude komen de voorstellen voornamelijk van de gezondheidssector. Er werd aan de AG gevraagd een brede kijk te hebben, zonder te stigmatiseren, en meer inzicht te krijgen in de complexe realiteit van verslavingen. Idealiter zijn zij in staat om probleemgevallen op te sporen en de dialoog aan te gaan met die werknemers. Ze kunnen hen aansporen in behandeling te gaan voor hun problematisch middelengebruik, en zo een acute crisissituatie binnen het bedrijf te voorkomen. Begeleiding bij de terugkeer naar het werk wordt eveneens wenselijk geacht.

Sommige deelnemers wensten ook dat de Collectieve Arbeidsovereenkomst nr. 100 (CAO 100) van toepassing zou zijn in hun sector. Anderen vonden dat de AG zich opener konden opstellen en dat hun aanpak persoonlijker kon.

#### 6.4 Bespreking

Het was moeilijk om voldoende deelnemers te vinden, vooral voor bepaalde beroepen, en daarom is een alternatieve raadplegingsprocedure via e-mail uitgewerkt. Hierbij is getracht om de geest van de techniek van de nominale groep zo goed mogelijk te respecteren. Vooral aan Nederlandstalige kant lag het bijzonder moeilijk. De groepen apothekers zijn er nooit in geslaagd om samen te komen.

De vragen voor de HA hebben te maken met hun belangrijke rol als zorgverleners. Er wordt gevraagd dat zij aanwezig en actief betrokken zijn bij de alcohol- en drugsproblematiek, dat zij een centrale en brede rol spelen, en dat zij rekening houden met de verschillende medische en psychosociale aspecten van het probleem. Anderzijds wordt er niet van hen gevraagd dat zij de patiënten volledig op eigen houtje behandelen, wel integendeel: doorverwijzing naar gespecialiseerde hulpverleners of centra is zeer wenselijk, zolang er contact wordt gehouden met de patiënt en de andere betrokken partijen. Om deze doelstellingen te bereiken is er nood aan een betere opleiding over de complexe realiteit van deze problematiek en inzicht in de middelen die in het netwerk beschikbaar zijn. De vertegenwoordigers van de bedrijfswereld vonden dat HA zich meer bewust moesten zijn van de risico's op de werkplek als gevolg van middelenmisbruik, en dat HA onvoldoende weet hadden van de beschikbare middelen in ondernemingen of in de arbeidsgeneeskunde.

Voor AG is de belangrijkste zorg het verhoogde risico op het werk ten gevolge van het middelengebruik. Om dit te verhelpen wilden de deelnemers van de nominale groepen meer betrokkenheid zien bij de AG, enerzijds op het vlak van preventie, screening en voorlichting over misbruik op de werkplek, en anderzijds in de zoektocht naar praktische oplossingen op maat van de patiënt: aanpassing van de werkplek, ziekteverlof voor de patiënt, doorverwijzing naar een therapeut, en indien mogelijk ondersteuning bij de terugkeer naar het werk.

#### 6.5 Conclusie

Deze voorstellen geven blijk van een zeker wantrouwen van de ondervraagde deskundigen ten aanzien van de HA, die zij ervan verdenken dat ze soms een oogje dichtknippen of zelfs weigeren om deze patiënten te behandelen. Zij worden dan ook met aandrang opgeroepen om een actievere rol te spelen bij de behandeling. De voorstellen met betrekking tot AG lagen over het algemeen in de lijn



van de verwachtingen: men wenst dat zij een actieve rol spelen in dit specifieke domein van de gezondheidszorg.

## 6.6 Bibliografie

1. Delbecq AL, Van de Ven AH, Gustafson DH (eds.): **Group techniques for program planning: A guide to nominal group and Delphi processes**. Glenview, Ill.: Scott, Foresman; 1975.
2. Van de Ven AH, Delbecq AL: **The nominal group as a research instrument for exploratory health studies**. Am J Public Health 1972, 62(3):337-342.
3. Letrilliart L, Vanmeerbeek M: **A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ?** Exercer 2011, 99:170-177.

Tabel 2: Voorstellen geuit door de nominale groepen met betrekking tot HA (10 belangrijkste categorieën)

N	Thema's	Categorieën	Subcategorieën	Relatief gewicht	N punten	N stemmen	Aantal voorst.	Aantal voorst. Gezondheidssector	Aantal voorst. Bedrijfswereld	Aantal voorst. Juridische sector	Aantal voorst. FR	Aantal voorst. NL	Aantal beroepen
1	HA heeft contact met andere deskundigen	Contact met diensten voor Preventie en Bescherming op het Werk (PBW)	Samenwerking met PBW-diensten	10%	105	33	9	0	9	0	6	3	3
2	HA onderneemt actie met patiënten	Diagnose	Snel en doeltreffend omgaan met alcohol-/drugsproblemen	8%	80	21	8	6	2	0	3	5	5
3	HA heeft contact met andere deskundigen	Contact met andere zorgverleners en maatschappelijk werkers	Samenwerking met andere zorgverleners en maatschappelijk werkers	7%	73	25	19	19	0	0	7	12	3
4	HA heeft contact met andere deskundigen	Contact met andere zorgverleners en maatschappelijk werkers	Coördinatie van de patiëntenzorg	6%	63	20	9	7	2	0	7	2	5
5	HA onderneemt actie met patiënten	Rekening houden met de context	Rekening houden met de risico's op het werk	6%	59	20	8	0	8	0	7	1	3
6	HA onderneemt actie met patiënten	Verslavingspreventie	Preventie van alcohol-/drugsproblemen	5%	56	20	6	3	2	1	5	1	5
7	Opleiding en attitude van HA m.b.t. verslavingen	Specifieke opleidingen voor HA	Kennis van het netwerk	4%	41	12	6	5	1	0	4	2	4
8	Opleiding en attitude van HA m.b.t. verslavingen	Attitude van de HA ten aanzien van verslavingen	Bereidheid om verslavingsproblemen te behandelen	4%	39	12	9	7	2	0	4	5	5
9	HA onderneemt actie met patiënten	Behandeling van alcohol-/drugsproblemen	Patiëntopvolging tijdens en na gespecialiseerde zorg	4%	37	12	9	8	1	0	4	5	4
10	HA heeft contact met andere deskundigen	Contact met andere zorgverleners en maatschappelijk werkers	Doorverwijzing naar gespecialiseerde diensten	4%	37	12	8	6	1	1	7	1	5

Tabel 3: Voorstellen geuit door de nominale groepen met betrekking tot AG (10 belangrijkste categorieën)

N	Thema's	Categorieën	Subcategorieën	Relatief gewicht	N punten	N stemmen	Aantal voorst.	Aantal voorst. Gezondheidssector	Aantal voorst. uit bedrijfswereld	Aantal voorst. Juridische sector	Aantal voorst. FR	Aantal voorst. NL	Aantal beroepen
1	AG onderneemt actie met werknemer	Aanpassing van het werk aan het probleem	Aanpassing van het werk om risico's te voorkomen	8,4%	72	19	8	3	2	3	7	1	4
2	AG heeft contact met andere deskundigen	Contacten binnen de onderneming	Samenwerking met PBW-diensten	6,9%	59	19	11	2	9	0	9	2	5
3	AG heeft contact met andere deskundigen	Contacten binnen de onderneming	Samenwerking met de werkgevers	6,7%	57	20	13	3	9	1	8	5	6
4	AG heeft contact met andere deskundigen	Contacten buiten de onderneming	Samenwerking met HA	6,5%	56	19	7	1	6	0	6	1	5
5	AG onderneemt actie met werknemer	Opvolging van de werknemer	Luisteren en begrip opbrengen voor de situatie van de werknemer	6,3%	54	17	5	1	4	0	3	2	3
6	Opleiding en attitude van de AG m.b.t. verslavingen	Attitude van de AG ten aanzien van verslavingen	Tolerante houding, geen oordeel vellen	5,7%	49	15	6	5	1	0	4	2	4
7	AG onderneemt actie met werknemer	Risicopreventie	Voorlichting over de risico's van alcohol/drugs	5,4%	46	14	6	2	4	0	5	1	4
8	AG onderneemt actie met werknemer	Aanpassing van het werk aan het probleem	Aanpassing van het werk om de werknemer te helpen	5,4%	46	15	6	5	1	0	5	1	4

9	AG heeft contact met andere deskundigen	Contacten binnen de onderneming	Actieve preventie binnen de onderneming	4,6%	39,5	14	10	2	8	0	7	3	6
10	AG heeft contact met andere deskundigen	Contacten buiten de onderneming	Doorverwijzing naar maatschappelijk werkers/zorgverleners	4,3%	37	14	7	4	2	1	6	1	4

## 7 De betrokkenheid van HA en AG verbeteren. Wat kunnen we leren uit experimenten uitgevoerd in andere landen?

Marie-Astrid Berrewaerts, Frédéric Ketterer, Marc Vanmeerbeek.

Departement Algemene Geneeskunde, Universiteit van Luik

### 7.1 Inleiding

Na onze studie van de factoren die de houding van huisartsen (HA) en arbeidsgeneesheren (AG) ten opzichte van middelenmisbruik beïnvloeden, en na de mening te hebben gevraagd van andere actoren in dit domein, restte ons nog op zoek te gaan naar experimenten uitgevoerd in andere landen om de HA en AG meer en beter te betrekken bij de behandeling van patiënten.

### 7.2 Werkwijze

Er werd op twee manieren gezocht naar zulke experimenten. Ten eerste werd een klassieke literatuurstudie uitgevoerd via de zoekmachine Pubmed, met de gestructureerde trefwoorden van MeSH. Deze manier van zoeken levert gegarandeerd experimenten op die kwalitatief genoeg opgezet zijn om gepubliceerd te worden, en uitgevoerd door teams met toegang tot dit publicatieniveau. Ten tweede werd een reeks experts uit dit domein persoonlijk aangeschreven via e-mail, met de vraag om experimenten te signaleren die niet in de eerder onderzochte media waren gepubliceerd; deze experts waren de nationaal vertegenwoordigers van het EMCDDA<sup>3</sup> (22 experts), collega-academici betrokken bij een COST-project over de verlaging van de risico's van alcoholgebruik (13 experts), de experts die hebben gewerkt aan het consensusdocument EQUUS (*Consensus on Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction*) (56 experts)<sup>4</sup>, en experts uit het T3E-netwerk (*Drug Addiction Europe Exchange Training*)<sup>5</sup> (16 experts).

Om in aanmerking te komen, moesten de ingediende teksten handelen over de bevordering van de betrokkenheid van HA en AG bij de behandeling van middelenmisbruik (alcohol, psychofarmaca, illegale drugs) of de samenwerking tussen beide of met andere actoren. Bovendien moesten de teksten onderworpen zijn aan een evaluatie, opgesteld zijn in het Nederlands, Frans of Engels, en toepasbaar zijn in een westerse context op het vlak van leven of werken.

### 7.3 Resultaten

Uiteindelijk werden na selectie slechts zes publicaties of rapporten overgehouden: vier over alcohol, één over cannabis en één over opioïden — en dus geen enkele tekst over psychofarmaca. De procedure voor de selectie van teksten is schematisch weergegeven in figuur 1. Hierbij dient opgemerkt dat geen enkele tekst die melding maakt van een geëvalueerd programma specifiek over AG gaat (één tekst behandelt HA en AG samen).

---

3 EMCDDA <http://www.emcdda.europa.eu/countries>

4 Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction EQUUS [http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/equs\\_main\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/equs_main_report_en.pdf)

5 T3E <http://www.t3e-eu.org/>



Figuur 1: Procedure voor de selectie van teksten

### 7.3.1 Gebruikte methoden

#### 7.3.1.1 *Persoonlijke betrokkenheid van HA*

De HA waren vooral betrokken bij de voorbereidende stappen van de programma's. Er werden trainingssessies georganiseerd over opsporingstechnieken en over de korte interventie [1,2]. Verschillende opleidingsmethoden werden gebruikt, hetzij opeenvolgend, hetzij naargelang de voorkeur van de HA: workshops geleid door externe trainers, intervisiegroepen op de werkplek [1], interactieve opleidings sessies of besprekingen van gevallen [2,3], algemene voorlichting over het belang van een systematische benadering, over de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt en over het gebruik van hulpmiddelen [3]. De duur van deze opleidings sessies varieerde van twee uur tot twee dagen (in het geval van een opleiding voor AG) [4-6].

In het Verenigd Koninkrijk werd een originele techniek gebruikt om de HA te motiveren die behoorden tot de "harde kern" van HA die deze problematiek helemaal niet behandelden. Daartoe werd een aangepaste versie van de motiverende gesprekvoering gebruikt in telefoongesprekken met deze HA, door een medewerker gespecialiseerd in deze techniek.

#### 7.3.1.2 *Specifieke hulpmiddelen*

Er werd software gebruikt voor de registratie van klinische gegevens, voor herinneringen en voor de ondersteuning van opleidingen [1].

In het kader van het Franse programma BMCM ("Boire moins, c'est mieux" – minder drinken is beter) zijn nieuwe instrumenten ontwikkeld om patiënten voor te lichten. De AUDIT-vragenlijst werd vertaald en gevalideerd in het Frans, en de FACE-vragenlijst (*Fast Alcohol Consumption Evaluation*) werd ontwikkeld om de opsporing door artsen te bevorderen [3].

#### 7.3.1.3 *Betrokkenheid van overheden*

Het Franse programma BMCM had betrekking op het hele land over een lange periode [3]. De nationale, regionale of lokale gezondheidsautoriteiten werden in verschillende fases betrokken als partners, evenals beroepsverenigingen. Er is informatie verstrekt aan gezondheidsprofessionals via artikels in vakbladen die door vele artsen geraadpleegd worden, en via de algemene pers is ook het brede publiek geïnformeerd.

#### 7.3.1.4 Vergoeding

De meeste programma's voorzagen in een financiële tegemoetkoming voor de deelnemende artsen [1,3-6]. Ofwel was die gekoppeld aan het aantal geregistreerde patiënten, met een supplement in geval van een korte interventie met betrekking tot de screening [1-3], ofwel was er een forfaitaire vergoeding voor deelname aan de studie [4-6]. De bedoeling was om de extra tijd te vergoeden die consultaties in beslag zouden nemen [1], maar er was vooral een effect op de interventie zelf, eerder dan op de deelname aan opleidingen [3].

In een van de programma's waren punten voor permanente educatie te verkrijgen, en werden de artsen uitgenodigd op restaurant [2].

Als strategie voor mobilisatie en opvolging werd de telefoon verkozen boven briefwisseling [3]. De strategie om te focussen op HA gekant tegen behandeling van middelenmisbruik is een succes gebleken, op voorwaarde dat het contact met deze artsen een specifiek protocol volgt, waarbij hun eigen ambivalentie wordt aangekaart [4,5].

### 7.3.2 Verkregen resultaten

Hoewel metingen moeilijk zijn en de blijvende aard van de resultaten niet gegarandeerd is, hebben sommige programma's interessante resultaten opgeleverd.

#### 7.3.2.1 Motivatie van de huisartsen

Er waren verschillende vormen van motivatie om deel te nemen, van deelname aan een intervisiegroep (waarbij de leidende rol van bepaalde HA belangrijk was) tot de meest voorkomende verwachting van een betere behandeling van bepaalde patiënten [1].

De HA bleken meer geïnteresseerd in klinische competenties dan in theoretische benaderingen [1,2] en soms was er zelfs een uitgesproken voorkeur voor coaching of individuele training [1]. De Australische studie vertoonde goede resultaten op het vlak van het vertrouwen in het eigen kunnen, zowel bij de identificatie van patiënten als bij het voorstellen van een behandeling [2].

De originele benadering op basis van een aangepaste versie van de motiverende gespreksvoering bestemd voor HA, in combinatie met praktische informatie, heeft geleid tot een significante toename van het aantal patiënten waarbij een probleem met het gebruik van cannabis of opioïden wordt vastgesteld. Deze stijging is waarschijnlijk toe te schrijven aan een combinatie van meer waakzaamheid bij de beter voorgelichte huisartsen, een sterkere motivatie, en hun hogere geschiktheid om op te treden in het licht van hun opgedane extra kennis. De gemeten toename van de motivatie was niet statistisch significant [4, 5]. Wel dient opgemerkt dat er geen enkel effect is opgetekend voor alcohol met deze techniek [6]. Mogelijk valt dit te verklaren door de hogere culturele en sociale tolerantie voor dit middel, en door de emotionele ervaringen van zowel de arts als de patiënt [1].

#### 7.3.2.2 Organisatorische factoren

Het succes van het Nieuw-Zeelandse programma werd ten dele toegeschreven aan de software voor registratie en ondersteuning [1]. In dit programma, en ook in het Franse programma, was men in praktijken die beschikten over personeel en tijd voor opsporing beter in staat om de voorgestelde activiteiten en de registratie ervan uit te voeren [1, 3]. De beste resultaten werden opgetekend wanneer een actie in de leefgemeenschap van de patiënten deel uitmaakte van het programma [3].

## 7.4 Conclusies

Een betere behandeling van middelenmisbruik door huisartsen vergt actie op het vlak van opleiding, motivatie en de organisatie van de zorg.

De opleidingsmethoden moeten toegesneden zijn op de voorkeuren van de huisartsen. Zij zijn in de eerste plaats vragende partij om nieuwe klinische competenties te verwerven, en dat doel bereikt men het best in kleine groepjes of door individuele training.

Werken aan hun motivatie —en het belang daarvan is duidelijk onderstreept in het deel van deze studie specifiek gewijd aan huisartsen— is het origineelste onderdeel, maar het minst gebruikelijke in de praktijk, dus moet men hierop inwerken om de huidige situatie te verbeteren. Opmerkelijk genoeg stelt men vast dat een bekende en beproefde methode om gedragsverandering te bewerkstelligen bij patiënten ook toepasbaar is op artsen.

Een vaak gehoorde klacht van artsen is dat ze te weinig tijd hebben, en twee van de studies hebben dan ook het belang en de doeltreffendheid van praktijkassistenten onderstreept. Dat is vooralsnog een weinig voorkomend beroep in België, maar deze studie wijst op het nut van dit type samenwerking.

De vergoeding vormt ook een interessant aspect. Aangezien men van mening is dat de behandeling van middelenmisbruik extra werk met zich meebrengt, is het logisch dat er een vorm van vergoeding wordt gevraagd. Buiten de context van experimenten krijgt zo'n vraag nochtans zelden een positief antwoord, behalve in een ruimer kader van opwaardering van het beroep van huisarts. Zulke overwegingen vallen wel enigszins buiten het bestek van deze studie. Intervisie in kleine groepjes, eerder al aangehaald in deze studie, heeft daarentegen zeker haar plaats als ondersteuning van de praktijk.

## 7.5 Bibliografie

1. Gifford H, Paton S, Cvitanovic L, McMenemy J, Newton C. **Is routine alcohol screening and brief intervention feasible in a New Zealand primary care environment?** *N Z Med J.* 2012; 125(1354):17–25.
2. Proude EM, Conigrave KM, Haber PS. **Effectiveness of skills-based training using the Drink-less package to increase family practitioner confidence in intervening for alcohol use disorders.** *BMC Med Educ.* 2006; 6(1):8.
3. Michaud P, Dewost AV, Fouilland P, Arfaoui S, Fauvel G. **Phase IV Study in France. In: HEATHER Nick. WHO collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care: Report on phase IV collaborative: Development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care.** World Health Organization, Geneva, 2006, pp. 131-144.
4. Strang J. **Engaging the reluctant GP in care of the opiate misuser: Pilot study of change-orientated reflective listening (CORL).** *Fam Pract.* 2004 Apr 1; 21(2):150–4.
5. McCambridge J, Strang J, Platts S, Witton J. **Cannabis use and the GP: brief motivational intervention increases clinical enquiry by GPs in a pilot study.** *Br J Gen Pract.* 2003 Aug; 53(493):637-9.
6. McCambridge J. **Encouraging GP alcohol intervention: pilot study of change-orientated reflective listening (CORL).** *Alcohol Alcohol.* 2004 Mar 1; 39(2):146–9.



## 8 Valorisatiefase

Marie-Claire Lambrechts<sup>1,2</sup>, Frédéric Ketterer<sup>3</sup>, Marc Vanmeerbeek<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, VAD

<sup>2</sup>Centrum Omgeving en Gezondheid, KU Leuven

<sup>3</sup>Département de Médecine générale, Université de Liège

### 8.1 Belang van valorisatie

De onderzoeksprogramma's van Belspo hebben tot doel de opdrachtgevers 'betrouwbare en valabele gegevens aan te reiken waarmee onderbouwde beslissingen kunnen genomen worden' op diverse terreinen. In deze valorisatiefase werden de onderzoeksbevindingen, voorafgaand aan de formele rapportage ervan, getoetst bij de deelnemende artsengroepen. Bijkomend werd een slotconferentie georganiseerd om de resultaten kenbaar te maken aan de betrokken stakeholders. Doorheen deze valorisatiefase konden belanghebbenden de onderzoeksresultaten bespreken en input geven in functie van mogelijke aanbevelingen. Bijkomend zijn deze stakeholders uitermate belangrijk om de resultaten te helpen implementeren in de dagelijkse praktijk.

We omschrijven de term 'valorisatie' zoals Steenssens en Gijselinckx: *“Een proces dat ervoor zorgt dat wetenschappelijke kennis kan gebruikt worden in de praktijk. Valorisatie is het **geschikt en bruikbaar maken** van onderzoeksresultaten opdat de kans groter wordt dat derden ze zouden kunnen benutten.”* [1] De valorisatie van onderzoeksbevindingen is dus geen statisch gegeven. Het is een proces waarbij diverse activiteiten worden georganiseerd en waarde wordt toegevoegd die in relatie staan tot het onderzoeksproces. Interactie tussen onderzoeker en praktijkwerker is hierbij aangewezen. De Nederlandse Adviesraad voor Wetenschap, Technologie en Innovatie (AWTI) benadrukt dat valorisatie niet enkel commercieel, maar ook cultureel, democratisch en maatschappelijk moet ingevuld worden. Maatschappelijke waardetoevoeging is essentieel bij onderzoek op vlak van gezondheidszorg [2].

Kennis kan rechtstreeks (via georganiseerde professionals) of onrechtstreeks (via intermediaire organisaties) in de professionele praktijk gevaloriseerd worden. In andere gevallen moet er een vertaalslag naar de praktijk georganiseerd worden om de wetenschappelijke kennis te kunnen toepassen. Omdat deze vertaalslag vaak een veranderingsproces inhoudt, is een wisselwerking tussen terreinorganisaties, onderzoekers en beleid aangewezen. Die interactie is belangrijk doorheen het ganse proces vanaf het formuleren van de doelstellingen tot het integreren van de resultaten in de dagelijkse praktijk. Nochtans is deze doelstelling niet altijd realiteit: praktijkmensen vinden niet altijd hun weg naar wetenschappelijke data, en gaan er vaak pas laattijdig mee aan de slag, mede als gevolg van het gebrek aan specifieke onderzoeksexpertise. Andersom hebben onderzoekers de neiging om hun resultaten vaak nogal abstract voor te stellen, terwijl de professionelen op het terrein om concrete en scherp geformuleerde resultaten vragen [3].

### 8.2 Methode

De mate van participatie is een belangrijk gegeven tijdens het valorisatieproces. Hiervoor lieten we ons inspireren door de methodes van 'Large Scale Interventions' (LSI). Volgens LSI worden stakeholders in alle fases van een veranderingsproces betrokken. LSI vormen een aanpak voor het organiseren van duurzame veranderingen met actieve deelname van belanghebbenden uit het hele systeem (organisatie of gemeenschap en zijn omgeving). LSI bestaat uit een traject met een mix van werken in kleine groepen en grote groepen. Het aantal betrokken personen in dit traject kan sterk variëren, gaande van enkele tientallen tot duizenden [4].

## 8.3 Valorisatieproces

Het valorisatieproces omvatte **drie initiatieven**, waarbij de resultaten van het UP-TO-DATE-onderzoek achtereenvolgens getoetst werden bij huisartsen, arbeidsgeneesheren en bij andere stakeholders tijdens een slotconferentie.

### 8.3.1 Huisartsen

#### 8.3.1.1 Organisatie

In samenwerking met de huisartsenkoepels Domus Medica en SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale) werden de verantwoordelijken van de LOKs (Lokale Kwaliteitskringen) en GLEMs (Groupe Local d'Evaluation Médicale) gecontacteerd voor deelname aan de toetsing. We ontvingen 32 positieve antwoorden (29 LOKs en 3 GLEMs). Er werd een selectie van 5 LOKs en 2 GLEMs gemaakt op basis van locatie (stedelijk, landelijk) en praktische mogelijkheden (data, tijdstippen). Deelnemende huisartsen werkten solo (39 huisartsen), in duo (12) of in groepspraktijken (12). De duur van de bijeenkomsten varieerde van 1,5 tot 2 uur op locatie van de LOKs/GLEMs.

#### 8.3.1.2 Resultaten en toetsing

Naast een korte introductie omtrent het UP-TO-DATE-project, werden de resultaten van de bevraging bij huisartsen in afzonderlijke blokken toegelicht en besproken. Gezien de omvang van de bevraging bij huisartsen werd hierbij een selectie gemaakt op basis van significante resultaten en relevantie voor de praktijk: a/ Alcohol- en druggebruik in de praktijk, b/ Invloed van kennis en attitudes en c/ Communicatie en samenwerking met arbeidsgeneesheren. Vaak voorkomende opmerkingen vormden de basis voor een bijsturing (doorgaans een toevoeging) van de onderzoeksresultaten, weliswaar op basis van de praktijkervaring van de deelnemende LOKs/GLEMs.

##### 8.3.1.2.1 Alcohol- en druggebruik in de huisartsenpraktijk: profiel van patiënt

Aan de hand van prevalentiegegevens uit de peilpraktijken (WP2) en uit de bevraging zelf (WP3) werd een profiel geschetst van de patiënt waarmee de huisarts (HA) in contact kwam. Daarnaast werden ook de diverse types van aanpak, zoals bevraagd in de peilpraktijken, toegelicht. Deze huisartsen voeren vooral een kortdurende interventie uit, een farmaceutische behandeling, en een niet-farmaceutische/psychologische ondersteuning.

Onderstaand het profiel van de patiënt met middelenmisbruik op basis van data uit de peilpraktijken en de bevraging bij huisartsen. In **vetjes** hetgeen toegevoegd werd na de toetsing in LOKs en GLEMs.

#### **Profiel patiënt middelenmisbruik NA toetsing: BIJSTURING (\*)**

Patiënt is een chronische gebruiker (langdurig gebruik > 10 jaar). **Dit profiel werd enigszins gerelativeerd, afhankelijk van het type drugs.**

Het gaat vooral om mannen – (stijgend aantal) vrouwen

Voor alcohol / slaap- en kalmeermiddelen (Vraag tijdens LOKs/GLEMs: is dit problematisch gebruik en wanneer?)

**Cannabisgebruik ligt hoger dan verondersteld en wordt vaak gebanaliseerd door gebruiker: geen probleem voor gebruiker, geen hulpvraag (itt andere, minder vaak gebruikte, illegale drugs)**

Vaak nog aan het werk

**Kanttekening bij cijfers: in de praktijk geen systematische bevraging en/of screening.**

**(\*) in vetjes wat toegevoegd werd na toetsing**

##### 8.3.1.2.2 Kennis en attitudes van huisartsen

Uit de bevraging werd de rol van kennis en attitudes toegelicht als factoren die het gedrag van huisartsen met betrekking tot hun aanpak van problematisch gebruik bij patiënten beïnvloeden.

**Kennis NA toetsing: BEVESTIGING – AANVULLING (\*)**

Waar haalt de huisarts zijn kennis?

Initiële artsenopleiding (62,3%): **is relatief (beperkt en vaak lang geleden)**

Colloquia/seminaries (58,6%)

Internet (41,1%)

Nood aan bijkomende vormingen:

De meest geschikte therapieën om deze patiënten naar te verwijzen (73,4%)

Synoniemen/signalen misbruik illegale drugs (47%)

Minimale/kortdurende interventies (42,1%)

**Verschillen tussen soorten drugs**

**Vaardigheidstrainingen (communicatie, motiverende gespreksvoering): aanbieden en onderhouden.**

**(\*) in vetjes wat toegevoegd werd na toetsing**

**Attitudes mbt rol huisartsen NA toetsing: BEVESTIGING – AANVULLING (\*)**

- HA vinden dat het tot hun job behoort om de zorg op te nemen van patiënten met middelenmisbruik, vooral alcohol en slaap- en kalmeermiddelen.
- HA vinden het moeilijker om middelenmisbruik bespreekbaar te maken in vergelijking met lichamelijke problemen.
- HA gaan niet akkoord met de uitspraak dat het moeilijk is om misbruik om een constructieve manier bespreekbaar te maken.
- HA gaan niet akkoord met de uitspraak dat het bespreekbaar maken van middelenmisbruik risico's inhoudt mbt het verbreken van de therapeutische relatie met de patiënt.
- HA voelen zich dikwijls machteloos ten overstaan van patiënten met middelenmisbruik.
- Faciliterende factoren: persoonlijke ondersteuning, opleiding en de uitbreiding van ambulante en residentiële gespecialiseerde hulpverlening.
- **Discussie of alle patiënten moeten bevraagd worden of gerichte screening? Richtlijnen zijn nodig.**
- **HA moeten veeleer herkennen en doorverwijzen.**
- **Opvallend herbevestigd knelpunt: weinig toegankelijke 2<sup>de</sup> lijns hulpverlening.**

**(\*) in vetjes wat toegevoegd werd na toetsing**

**8.3.1.2.3 Communicatie/samenwerking met arbeidsgeneesheren**

Tot slot werden de meest belangrijke knelpunten voorgesteld omtrent de communicatie en samenwerking met arbeidsgeneesheren.

**Knelpunten mbt Communicatie/samenwerking met arbeidsgeneesheren NA toetsing: BEVESTIGING en VERSTERKING van de voorgestelde knelpunten (\*)**

Voor huisartsen (HA)	%	Aantal
Ik ken de naam en de coördinaten van de AG niet.	72,2	285
Ik zou beter willen samenwerken, er is vooral een praktisch probleem om elkaar te contacteren.	44,8	177
Ik krijg geen enkele feedback van de AG.	42,8	169
Ik heb geen toestemming van de patiënt om de AG te contacteren.	37,5	148
Het komt gewoon niet bij me op.	34,7	137
<b>Voor arbeidsgeneesheren (AG)</b>		
HA weten niet precies wat mijn werk inhoudt.	52,6	132
Ik krijg geen enkele feedback van de HA.	44,6	112
HA zien me als een controle-arts.	37,5	94
HA proberen hun patiënt aan het werk te houden zonder rekening te houden met mogelijke functioneringsproblemen.	33,1	83
Ik zou beter willen samenwerken, er is vooral een praktisch probleem om elkaar te contacteren.	31,1	78
Bron: Belspo 2014, WP3 & WP4		

**Huisartsen én patiënten wantrouwen de arbeidsgeneesheer omwille van mogelijke communicatie naar werkgever.**

**(\*) in vetjes wat aangepast werd na toetsing**

### 8.3.2 Arbeidsgeneesheren

Anders dan bij de huisartsen, werd voor de valorisatie bij arbeidsgeneesheren geopteerd om dit op één centraal moment te organiseren. Ondanks de medewerking van de koepelorganisaties was de respons te beperkt, en werden we genoodzaakt om dit initiatief te annuleren.

## 8.4 Slotconferentie

### 8.4.1 Organisatie en programma

De slotconferentie vond plaats op 23 januari 2015 (FOD WASO). Het initiatief werd via diverse kanalen aan de betrokken stakeholders kenbaar gemaakt. Het programma omvatte een mix van onderzoeksresultaten en het integreren/bespreken ervan in de uiteenzettingen van een huisarts en een arbeidsgeneesheer. Bijkomend werden de meest recente prevalentiegegevens omtrent alcohol- en druggebruik voorgesteld. Tot slot was er ruimte voor toetsing en discussie.

Het **aantal** inschrijvingen bedroeg 129. De deelnemersgroep was **zeer** heterogeen, maar weerspiegelde de relevante stakeholders in dit domein, zoals preventiewerkers en hulpverleners uit de alcohol- en drugsector, onderzoekers, beleidsverantwoordelijken, politie/justitie, welzijn en gezondheid. Arbeidsgeneesheren waren in verhouding het meest vertegenwoordigd, wellicht door de eerdere aankondiging bij de geplande valorisatie van arbeidsgeneesheren in december 2014. Globaal scoorde de slotconferentie **8,3/10**. De deelnemers waren in hoge mate tevreden over de uiteenzettingen, en dit zowel voor de inhoud als voor de presentaties. Vooral de twee praktijkpresentaties werden gesmaakt. Ook over de organisatie van de studiedag (infrastructuur, catering, locatie) waren de deelnemers tevreden.

#### *Discussieronde*

In de discussieronde werd een aantal voorstellen toegelicht. Nadien konden de deelnemers elk voorstel afzonderlijk scoren. Daarnaast was er ruimte voorzien voor bijkomende schriftelijke suggesties. Van deze mogelijkheid werd opvallend veel gebruik gemaakt.

Thema's van de voorstellen:

1. Sensibilisering van de volwassen bevolking omtrent A&D-gebruik;
2. Werk maken van een concreet alcohol- en drugbeleid op het werk;
3. (elektronische) Screening door huisartsen en arbeidsgeneesheren;
4. Mogelijkheden voor overleg tussen huisartsen en arbeidsgeneesheren;
5. Ondersteuning voor huisartsen en arbeidsgeneesheren in preventie en aanpak.

Voor de verwerking hiervan zie uitgebreid overzicht en aanbevelingen (infra).

### 8.4.2 Procesevaluatie valorisatie

De uitgebreidheid en beoordeling van deze valorisatiefase was een succes, en is zeker voor herhaling vatbaar bij gelijksoortige projecten. De methode van *Large Scale Interventions* was hierbij een interessant gegeven. Deze aanpak veronderstelt een actieve betrokkenheid van stakeholders in de diverse fases van te realiseren veranderingen, ook op vlak van de alcohol- en drugproblematiek. In het UP-TO-DATE-project werd dit gerealiseerd door de terugkoppeling van resultaten in de begeleidingscommissie, en vooral door de actieve valorisatie in de **eindfase**, en niet zoals in LSI voorzien vanaf de beginfase. De toetsing van onderzoeksresultaten werd in alle LOKs en GLEMs interessant bevonden en voor herhaling vatbaar. Vooral het feit dat men over dergelijk thema met collega-huisartsen in discussie kon gaan, gekoppeld aan onderzoeksgegevens, werd als waardevol ervaren. Ook de slotconferentie werd positief beoordeeld.

Het is een interessante oefening om te kijken of en in welke mate we deze betrokkenheid van stakeholders kunnen verbeteren in toekomstige projecten.

***Uitgebreid valorisatierapport (21p.) en bijlagen (13 in NL en FR) beschikbaar.***

## 8.5 Aanbevelingen

Tot slot willen we een aantal aanbevelingen suggereren, en dit op basis van de toetsing bij de huisartsen en bij stakeholders tijdens de slotconferentie.

- Meer sensibilisering omtrent alcohol- en ander druggebruik is aangewezen, vooral bij volwassenen maar ook bij jongeren.
- Cannabis wordt anders gepercipieerd dan de overige illegale drugs, ook door gezondheidswerkers. Dit is belangrijk bij preventie en aanpak.
- Debat aangaan omtrent het systematisch bevragen en/of gericht screenen van alcohol- en ander druggebruik door huisartsen en arbeidsgeneesheren.
- Maak werk van een concreet alcohol- en drugbeleid op het werk.
- Huisartsen en arbeidsgeneesheren moeten meer ondersteund worden bij de preventie en aanpak van alcohol- en andere drugproblemen, bv. door organisatie van ervaringsuitwisseling tussen HA en AG, door meer aandacht voor middelenproblematiek in het curriculum,....
- Huisartsen en arbeidsgeneesheren moeten elkaar beter leren kennen en met elkaar communiceren.
- Multidisciplinariteit is nodig.
- (meer) Overleg tussen alle actoren inzake preventie en aanpak van middelenmisbruik is aangewezen.

## 8.6 Bibliografie

[1] Steenssens, S. & Gijssels, C. **Valorisatie van onderzoek in de humane en sociale wetenschappen: bepaling van het onderzoeksobject.** In Gijssels, Caroline en Steenssens, Katrien (eds.) (2011). Naar waarde geschat. Valorisatie van onderzoek in de humane en sociale wetenschappen. AWTI (2007). Alfa en Gamma stralen. Valorisatiebeleid voor de Alfa- en Gammawetenschappen. Den Haag: Adviesraad voor Wetenschap, Technologie en Innovatie.

[2] AWTI (2007). **Alfa en Gamma stralen. Valorisatiebeleid voor de Alfa- en Gammawetenschappen.** Den Haag: Adviesraad voor Wetenschap, Technologie en Innovatie.

[3] Cultuurforum 2020 (2013). **Geïntegreerd verslag van de gesprekstafels 'Kennisgebaseerd beleid en praktijk'**. Kortrijk, 27/5/2013. <https://cjsm.be/cultuur/sites/cjsm.cultuur/files/public/cf2013-verslag-sessie007.pdf>

[4] Zouwen, van der T. (2011). **Building an evidence based practical guide to Large Scale Interventions. Towards sustainable organizational change with the whole system.** Delft: Eburon Academic Publishers.

## 9 Aanbevelingen na afloop van deze studie

Terugkijkend op deze studie kunnen we een aantal krachtlijnen onderscheiden. De volgende aanbevelingen kunnen wellicht bijdragen om de huidige situatie te verbeteren: een betere behandeling door HA, in de leefomgeving van de mensen in kwestie, alsook een betere aanpak door de AG, in het kader van hun opdracht om te waken over de gezondheid en veiligheid van werknemers in de onderneming. Ook worden mogelijke richtingen voor toekomstig onderzoek besproken.

Deze aanbevelingen vormen een samenhangend geheel. De verwachte doeltreffendheid is zowel afhankelijk van de kwaliteit van de eventuele afzonderlijke acties als van hun onderlinge samenhang, en van hun geleidelijke invoering binnen een algemeen kader.

### 9.1 Aanbevelingen voor zowel HA als AG

#### 9.1.1 In artsopleidingen moet ruimte worden voorzien voor vorming omtrent de alcohol- en drugsproblematiek

Een niet te verwaarlozen deel van de huisartsen en arbeidsgeneesheren heeft moeite met de aanpak van alcohol- of andere drugsproblemen (ADP), en dat op verschillende vlakken zoals de verwerving van een grondig inzicht in de problematiek, de concrete behandeling van patiënten/werknemers, en de preventie van problematisch gebruik op het werk.

Specifieke ruimte voor ADP zou deel moeten uitmaken van de basisopleiding van alle artsen, met naast de theorie ook praktische oefeningen, waarbij de studenten via casussen vertrouwd raken met relationele en motivationele basistechnieken (*key learning outcomes*). Dit geldt in het bijzonder voor het Franstalige landsgedeelte.

Voor geïnteresseerde gevestigde HA zijn er al vergelijkbare opleidingen beschikbaar. Het zou wel nuttig zijn om het bestaan ervan meer zichtbaar te maken. Men zou ook gerichte informatiesessies, gecombineerd met een motiverende aanpak, kunnen voorstellen aan HA die zelden patiënten met ADP in behandeling nemen.

#### 9.1.2 Er is meer bewustmaking nodig over begrippen en definities met betrekking tot ADP

Huisartsen maken zich nog al te vaak een voorstelling van ADP gebaseerd op persoonlijke zienswijzen die ze in de loop van hun opleiding hebben gevormd en op hun professionele en persoonlijke ervaringen, in plaats van op basis van puur medische kennis. Zowel begrippen als 'schadelijk gebruik', 'problematisch gebruik' en 'afhankelijkheid', als eenvoudige screeningstests zijn onvoldoende bekend bij sommigen onder hen.

AG maken in de praktijk weinig onderscheid in de termen voor diverse soorten gebruik (schadelijk, problematisch, afhankelijkheid). Hun definitie van misbruik is vooral gebaseerd op werkgerelateerde criteria. In het geval van alcohol is het echter raadzaam om **gepaste** termen te gebruiken om gevaarlijke en schadelijke drinkpatronen in het kader van de arbeidscontext te beschrijven.

Bijkomend is het bij de preventie en de aanpak van het gebruik van illegale drugs raadzaam om een onderscheid te maken tussen cannabis en andere illegale drugs.

De aangewezen termen om gevaarlijke en schadelijke drinkpatronen te beschrijven, zijn gevaarlijk alcoholgebruik, schadelijk alcoholgebruik, episodisch zwaar drinken en alcoholafhankelijkheid in plaats van termen zoals alcoholmisbruik en alcoholisme (Primary Health Care European Project on Alcohol, PHEPA-richtlijnen, 2007).

### 9.1.3 Samenwerking tussen HA en AG moet concreet gestimuleerd worden

In verschillende delen van dit onderzoek is ruimschoots aangetoond dat er een gebrek is aan communicatie en samenwerking tussen HA en AG. Het vertrouwen tussen beide beroepsgroepen wordt wel vaker omschreven als minimaal.

Er moet dan ook een referentiekader worden uitgewerkt voor de samenwerking tussen HA en AG. De studie benadrukt ook het gebrek aan beste praktijken voor samenwerking tussen HA en AG. Men moet werk maken van het opstellen van zulke richtlijnen, op basis van een consensus tussen de vertegenwoordigers van beide partijen. De ondervraagde HA gaven ook te kennen dat het voor hen vaak moeilijk was om te achterhalen wie de AG precies waren en hoe ze hen konden contacteren.

Gelet op de moeilijkheden gerapporteerd in eerder onderzoek moeten autoriteiten op het vlak van gezondheid en arbeidsgezondheid een duidelijke boodschap uitsturen. Een betere wederzijdse kennis zal de situatie verbeteren; er bestaan al experimenten waarbij HA en AG worden samengebracht (TRIO-groepen bij SSMG, uitnodigen van AG op LOK van HA). Door dergelijke ontmoetingen zal men minder bevooroordeeld zijn, meer wederzijds begrip kunnen opbrengen, en bouwen aan gemeenschappelijke kennis.

Het is wenselijk om arbeidsgeneeskunde vanaf de start van de artsenopleiding beter in de kijker te zetten. Gemeenschappelijke opleidingssessies voor HA en AG over het omgaan met middelenmisbruik bij patiënten/werknemers zouden betere wederzijdse kennis, en uiteindelijk ook een vlottere samenwerking tussen deze gezondheidsprofessionals, in de hand werken.

### 9.1.4 Er zijn meer mogelijkheden voor doorverwijzing naar geschikte voorzieningen nodig

De ondervraagde HA en AG gaven herhaaldelijk aan dat ze moeite hadden om patiënten/werknemers door te verwijzen naar gespecialiseerde hulpverleners.

De wachtlijsten in de aangewezen voorzieningen zijn vaak te lang, terwijl er maar een korte periode is waarbinnen de patiënt bereid is om de stap te zetten naar gespecialiseerde zorg. Kansen worden verkeken wanneer er te veel tijd zit tussen de wens van de patiënt om in behandeling te gaan in dergelijke voorzieningen, en de mogelijkheid om dat effectief te doen. De HA staan er dan ook vaak alleen voor, en bereiken soms de grenzen van hun mogelijkheden. Bovendien kan het besef dat de behandeling in een gespecialiseerde setting soms moeizaam verloopt ook een struikelblok vormen om het onderwerp van middelenmisbruik aan te kaarten bij de patiënt. De gevolgen van zulk uitstel van gespecialiseerde behandeling kunnen dan voor zowel patiënt als arts nefast zijn.

Een ander vermeld knelpunt voor patiënten was de kostprijs van gespecialiseerde behandelingen, vooral door privé-psychologen. Publieke centra voor geestelijke gezondheidszorg zijn meer betaalbaar, maar hun capaciteit om nieuwe patiënten op te vangen is beperkt. Er is behoefte aan regelingen waarbij meer rekening wordt gehouden met de moeilijke financiële situatie van een groot aantal patiënten.

## 9.2 Aanbevelingen voor huisartsen

### 9.2.1 Opleidingen voor HA moeten altijd gericht zijn op zowel detectie en kortdurende interventies en op mogelijkheden tot doorverwijzing

Ook relationele en communicatieve technieken die toelaten om een behandeling op te starten en een eerste balans op te maken zijn niet voldoende ingeburgerd bij HA.

Het zou onlogisch, waarschijnlijk contraproductief of zelfs gevaarlijk zijn voor zowel patiënten als artsen, als die laatste alleen werden opgeleid op het vlak van opsporing en het gebruik van passende



instrumenten, zonder een opleiding over kortdurende interventies en over doorverwijzing naar gespecialiseerde therapeuten toe te voegen.

In de wetenschappelijke literatuur gaan opsporing en kortdurende interventies altijd samen. Afhankelijk van de competenties en voorkeuren van de arts zal de patiënt snel of minder snel worden doorverwezen naar hulpverleners gespecialiseerd in de behandeling van ADP. Uit de kwantitatieve studie bleek dat er bij de HA vooral vraag was naar meer voorlichting over de meest geschikte therapieën om patiënten die kampen met middelenmisbruik naar door te verwijzen.

Huisartsen moeten beter worden ingelicht over de wens van verschillende zorgverleners en therapeuten gespecialiseerd in de behandeling van deze problematiek om één van de actieve partners te blijven in de ondersteuning van de patiënt. HA kunnen zich ook beperken tot de strikt biomedische aspecten binnen een ruimere behandeling (bv. fysieke comorbiditeiten aanpakken, opportunistische infecties opsporen), op voorwaarde dat ze contact houden met de andere therapeuten om hun acties op elkaar af te stemmen.

### 9.2.2 Er moeten aangepaste aanbevelingen voor goede praktijken worden ontwikkeld

De ondervraagde HA waren voorstander van het verstrekken van aanbevelingen die een getrouw beeld geven van de situaties die men het vaakst aantreft in de eerstelijnszorg, en dat voor verschillende middelen: alcohol, cannabis, psychofarmaca, opiaten.

De studie van de literatuur met betrekking tot zulke aanbevelingen die in 2013 werd uitgevoerd in het kader van dit onderzoek kan een goed uitgangspunt vormen, evenals de aanbeveling van Domus Medica over problematisch alcoholgebruik. Een actualisering is echter wellicht nodig. Een consensusprocedure volgens de Delphi-methode zou kunnen leiden tot het opstellen van praktische aanbevelingen over aspecten waar tot op heden nog niet voldoende bewijs voor is geleverd.

Deze aanbevelingen zouden artsen helpen om te bepalen wat de meest geschikte gelegenheid en techniek voor opsporing is, wat de juiste intensiteit van de interventie is, en wanneer het aangewezen is om de patiënt door te verwijzen.

Deze nieuwe aanbevelingen moeten door CEBAM in het Nederlands en in het Frans worden gevalideerd, en ruim en vlot beschikbaar zijn, bijvoorbeeld via het EBMPracticeNET-platform.

Het zou nuttig zijn om digitale hulpmiddelen, zoals opsporingstests en aanbevelingen, te integreren in de diverse computerprogramma's die HA (label 'e-Health') en AG al gebruiken.

### 9.2.3 Onderzoek naar problematisch middelengebruik zou kunnen toegevoegd worden aan de checklist van de DMG+ voor huisartsen

Er is een grote kloof tussen het aantal probleemgebruikers en het aantal mensen in behandeling voor deze problemen, wat vraagt om een proactieve aanpak. De Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP) heeft op basis van wetenschappelijk bewezen preventieve procedures de huidige checklist opgesteld van het preventieve luik van het globaal medisch dossier.

Er wordt in de huidige literatuur geen melding gemaakt van een veralgemeende screening van middelenmisbruik bij de algemene bevolking. Domus Medica werkt momenteel aan een consensusrapport over aanbevelingen op het vlak van *screening – brief intervention* (SBI). Zodra dit document beschikbaar is (en vertaald is in het Frans), staat niets de invoering van een item met betrekking tot middelenmisbruik in de weg, als aanvulling van de nogal vage omschrijving 'geestelijke gezondheid'.

#### 9.2.4 Er is meer ondersteuning nodig voor HA die ADP behandelen

Als HA al bereid zijn om patiënten met ADP in behandeling te nemen, dan nog is het vaak een werk van lange adem met vele struikelblokken. In een aanzienlijk deel van de gevallen is er geen succesvolle afloop. Het risico is groot dat artsen gedemotiveerd raken, het gevoel krijgen dat ze met de kraan open dweilen, of zelfs op een burn-out afstevenen.

Om dit risico zoveel mogelijk te beperken, moet aan alle HA specifieke omkadering worden voorgesteld, of zij daar nu uitdrukkelijk vragende partij voor zijn of niet. In dit opzicht zijn aandacht en wederzijdse welwillendheid nodig binnen de beroepstak, om artsen te identificeren die ondersteuning nodig hebben, ook als ze er niet spontaan om vragen. Er zijn diverse geschikte formules denkbaar: ervaringen uitwisselen onder collega's (intervisies), nascholing, LOK-vergaderingen, of in sommige gevallen individuele begeleiding.

### 9.3 Aanbevelingen met betrekking tot arbeidsgeneesheren

#### 9.3.1 AG hebben behoefte aan specifieke nascholing over ADP

De meeste AG gaven aan meer moeite te hebben om middelengebruik aan te kaarten in vergelijking met lichamelijke gezondheidsproblemen. De AG voelden zich vaak machteloos bij de aanpak van middelenmisbruik. Zij hadden specifiek nood aan training over doeltreffende verwijzingsmogelijkheden, over communicatievaardigheden en over motiverende gespreksvoering.

Het zal in de toekomst dan ook nodig zijn om te investeren in opleiding en communicatievaardigheden van AG met betrekking tot ADP bij werknemers.

#### 9.3.2 Systematische screening van alcohol- en illegaal druggebruik is aangewezen bij werknemers met veiligheidsfuncties

PHEPA beveelt de vaststelling van gevaarlijk of schadelijk alcoholgebruik, en episodisch zwaar drinken aan bij alle volwassen patiënten in de eerstelijnsgezondheidszorg. Daarvoor wordt AUDIT-C beschouwd als een effectief instrument in verschillende settings. In hun systematische review van de interventies op de werkplek voor alcoholgerelateerde problemen concluderen Webb et al. dat de in de eerstelijnszorg vaak gebruikte kortdurende interventies “het potentieel hebben om positieve resultaten te op te leveren”. Ongeveer de helft van de ondervraagde AG in dit onderzoek vond het frustrerend dat ze niet meer konden doen dan hun wettelijk voorgeschreven taken, gericht op de periodieke controle van de gezondheid, op basis van een evaluatie van de beroepsrisico's.

#### 9.3.3 Er moeten aanbevelingen voor goede praktijken worden ontwikkeld, aangepast aan de individuele rol van de AG

Er bestaan voorsnog geen richtlijnen voor goede praktijken voor AG om individueel om te gaan met werknemers met alcohol- of drugsproblemen. Er is bewijs voor de screening van alcoholgebruik dat risico's veroorzaakt op het werk, maar dit bewijs is onduidelijk. Het is aangewezen om richtlijnen voor goede praktijken vast te leggen met betrekking tot de screening van alcohol en andere drugs door AG.

Een andere aanbeveling is de ontwikkeling van richtlijnen voor goede praktijken bij het gebruik van AUDIT-C en de kortdurende interventies door AG.

Tot slot blijkt ook het bespreken van de rol van AG in de gezondheidsbevordering (op vlak van alcohol en drugs) op de werkplek (met inbegrip van systematische screening van elke werknemer?) een werkpunt voor de toekomst.

Elke herziening van de officiële vereisten voor de opleiding van AG door de FOD Arbeid en Werkgelegenheid zou de specifieke vereisten moeten opnemen inzake de aanpak van problematisch gebruik van alcohol en/of drugs op de werkplek.

Een laatste aanbeveling betreft de integratie van nascholing van AG en paramedisch personeel op het gebied van middelenmisbruik (evenals de invoering van accreditatie) in het proces van kwaliteitsgarantie van zowel interne als externe preventiediensten.

#### 9.3.4 Evaluatie van de uitvoering van CAO 100

Binnenkort bestaat CAO 100 vijf jaar, een uitgelezen gelegenheid voor de sociale partners om ze te evalueren. De studie heeft een positief effect aangetoond op de preventie en behandeling van middelenmisbruik bij de ondervraagde AG. Nu moet deze indruk nog bevestigd worden door middel van een uitvoerige objectieve evaluatie.

In bedrijven waar de CAO 100 al van toepassing is, is het aangewezen om het beleid ten aanzien van middelengebruik te verdiepen en verder te concretiseren. Een verruiming van het toepassingsgebied van de cao naar de publieke sector en naar het onderwijs zou eveneens nuttig zijn.

De uitvoering van de tweede fase van CAO 100 zal ook nodig zijn om tot een doeltreffend alcohol- en drugbeleid te komen waarin de rol van de AG wordt ondersteund.

#### 9.3.5 Een multidisciplinaire benadering binnen het bedrijf stimuleren

Om een multidisciplinaire aanpak binnen het bedrijf te stimuleren wordt aangeraden dat de AG voor de aanpak van alcohol- en drugproblemen nauw samenwerken met de preventieadviseur psychosociale aspecten op het werk, en met de personeelsdienst.

#### 9.3.6 Er moet specifiek ruimte zijn voor problematisch middelengebruik bij de re-integratie na een periode van arbeidsongeschiktheid van meer dan drie maanden

### 9.4 Samenvatting aanbevelingen

De onderstaande tabel geeft een schematisch overzicht van de aanbevelingen van de Up to Date-studie (tabel 1).

Tabel 1: Samenvatting van de aanbevelingen van de Up to Date-studie

Aanbevelingen voor zowel HA als AG	
<p><b>In artsenopleidingen moet ruimte worden voorzien voor vorming omtrent de alcohol- en drugsproblematiek</b>                      Basisopleiding: theorielessen en praktische oefeningen met voorbeeldscenario's om vertrouwd te raken met relationele en motivationele basistechnieken                      Nascholing: de bestaande opleidingen meer in de kijker zetten. Motiverende aanpak specifiek gericht op aarzelende HA</p>	
<p><b>Er is meer bewustmaking nodig over begrippen en definities met betrekking tot ADP</b>                      De aangewezen termen om gevaarlijke en schadelijke drinkpatronen te beschrijven, zijn gevaarlijk alcoholgebruik, schadelijk alcoholgebruik, episodisch zwaar drinken en alcoholafhankelijkheid in plaats van termen zoals alcoholmisbruik en alcoholisme</p>	
<p><b>Samenwerking tussen HA en AG moet concreet gestimuleerd worden</b>                      Richtlijnen voor goede praktijken voor samenwerking tussen HA en AG opstellen                      Autoriteiten op het vlak van gezondheid en arbeidsgezondheid moeten duidelijk communiceren over de voordelen van deze samenwerking                      Ontmoetingen stimuleren</p>	
<p><b>Er zijn meer mogelijkheden voor doorverwijzing van patiënten naar geschikte voorzieningen nodig</b>                      Verkorten van de wachtlijsten                      Financiële tegemoetkoming door de ziekteverzekering</p>	
Aanbevelingen met betrekking tot HA	Aanbevelingen met betrekking tot AG
<p><b>Opleidingen voor HA moeten altijd gericht zijn zowel op detectie en kortdurende interventies en op mogelijkheden tot doorverwijzing</b>                      Hulpmiddelen om gebruik te detecteren                      Panel van beschikbare therapieën en therapeuten                      Aanbevelingen voor de behandeling van de biomedische aspecten</p>	<p><b>AG hebben behoefte aan specifieke nascholing over ADP</b>                      Doeltreffende behandelingsmogelijkheden                      Training over communicatievaardigheden en motiverende gesprekvoering.</p>
<p><b>Er moeten aangepaste aanbevelingen voor goede praktijken worden ontwikkeld</b>                      Vaak voorkomende situaties in de eerstelijnszorg, verschillende middelen                      Consensus over punten zonder EBM-bewijs                      Gevalideerd en beschikbaar gesteld door CEBAM                      Integratie in bestaande software</p>	<p><b>Systematische screening naar alcohol- en illegaal druggebruik is aangewezen bij werknemers met veiligheidsfuncties</b></p>
<p><b>Onderzoek naar problematisch middelengebruik zou kunnen toegevoegd worden aan de checklist van de DMG+ voor huisartsen</b>                      Zodra er consensus is over aanbevelingen op het vlak van <i>screening – brief intervention (SBI)</i></p>	<p><b>Er moeten aanbevelingen voor goede praktijken worden ontwikkeld, aangepast aan de individuele rol van de AG</b>                      Gebruik van AUDIT-C en de korte interventie door AG                      De rol van AG in de gezondheidsbevordering</p>
<p><b>Er is meer ondersteuning nodig voor HA die ADP behandelen</b></p>	<p><b>Evaluatie van de uitvoering van CAO 100</b></p>

<p>Ervaringen uitwisselen onder collega's (interviews), nascholing, LOK-vergaderingen, individuele begeleiding</p>	<p>Uitdieping en concretisering van de toepassing van CAO 100          Uitbreiding van het toepassingsgebied naar publieke organisaties en naar het onderwijs</p>
	<p><b>Een multidisciplinaire benadering binnen het bedrijf stimuleren</b>          Preventieadviseur staat in voor de psychosociale aspecten          Personeelsdienst</p>
	<p>Er moet specifiek ruimte zijn voor problematisch middelengebruik bij de re-integratie na een periode van arbeidsongeschiktheid van meer dan drie maanden</p>