

Project TADAM

EINDRAPPORT

2007-2013

**Onderzoek gesubsidieerd door
de federale Minister van Volksgezondheid,
de Universiteit van Luik
en de Stad Luik.**

Inhoudsopgave

Sectie I. VOORBEREIDING.....	4
Hoofdstuk B. Heroïne	7
Hoofdstuk C. Efficiëntie van de behandeling in het buitenland	9
Hoofdstuk D. Behandelingscentra in het buitenland.....	10
Hoofdstuk E. Aantal heroïnegebruikers in de provincie Luik.....	12
Sectie II. PROTOCOL.....	13
Sectie III. RESULTATEN.....	18
Rekruteringsprocedure van de patiënten	19
Hoofdstuk A. Verloop van de inclusie - Samenvatting.....	19
Hoofdstuk B. Redenen om deel te nemen aan het project - Samenvatting.....	22
Hoofdstuk C. Referentiecentra - Samenvatting	24
Hoofdstuk D. Kenmerken van de patiënten - Samenvatting.....	26
Resultaten van het gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek	28
Hoofdstuk E. Efficiëntie - Samenvatting.....	28
Hoofdstuk F. Sociaaleconomische evaluatie - Samenvatting.....	31
Hoofdstuk G. Criminologische aspecten - Samenvatting	34
Hoofdstuk H. Tevredenheid van de behandelde patiënten - Samenvatting	36
Werking van het DAM-centrum en impact op de omgeving	38
Hoofdstuk I. Waarnemingen in het DAM-centrum - Samenvatting	38
Hoofdstuk J. Drie maanden na het beëindigen van de behandeling door middel van diacetylmorfine - Samenvatting.....	40
Hoofdstuk K. Ervaring van de verzorgers van het DAM-centrum - Samenvatting.....	41
Hoofdstuk L. Integratie van het DAM-centrum in het netwerk van instellingen die met verslavingen werken	43
Hoofdstuk M. Impact van het DAM-centrum op zijn stedelijke omgeving (IMPEN) - Samenvatting.....	45
Sectie IV. AANBEVELINGEN	48
Bibliografie.....	52
Lijst van de bestanden en fascikels.....	53

Redactie

Dit document is het eindrapport van het luik Evaluatie en wetenschappelijke opvolging van het pilootproject 'behandeling door middel van diacetylmorfine' (TADAM).

Het project werd door de Universiteit van Luik gevoerd onder leiding van de professoren Marc Ansseau, hoofd van de dienst Psychiatrie, en André Lemaître van het Institut des Sciences Humaines et Sociales (afdeling Criminologie).

De taken werden uitgevoerd en gecoördineerd door Isabelle Demaret, met de medewerking van de onderzoeksters Géraldine Litran, Cécile Magoga en Clémence Deblire voor het verzamelen van de gegevens, de analyse en de redactie van de hoofdstukken Resultaten. In het begin van elk hoofdstuk worden de personen genoemd die het betrokken hoofdstuk hebben geschreven en de gegevens hebben geanalyseerd of ingezameld.

Het onderzoeksteam werd ook bijgestaan door:

- *Jérôme De Roubaix, voor de inclusie van de patiënten en de medische onderzoeken;*
- *Professor Etienne Quertemont, voor de informatisering van de vragenlijsten en de statistische analyses;*
- *Nathalie Dubois en professor Corinne Charlier, voor de toxicologische analyses;*
- *Professor Didier Van Caillie, voor de sociaaleconomische analyse;*
- *de studenten Anicée Dupont, voor een analyse van de niet geïncludeerde patiënten, en Antoine Pieri, voor het rangschikken van de resultaten van biologische analyses;*
- *de straathoekwerker van de private stichting TADAM, Roger Collinet, voor het begeleiden van de onderzoeksters bij de vaststellingen en waarnemingen rond het DAM-centrum;*
- *Morgane Lottin van de private stichting TADAM, voor het verzenden van de fiches van psychosociale begeleiding en van voorschrijven van methadon;*
- *en natuurlijk door de patiënten die zich vaak met zeer veel geduld beschikbaar hebben gesteld voor de lange gesprekken met de leden van het onderzoeksteam.*

Het onderzoek kon ook rekenen op het advies van wetenschappelijke deskundigen: de professoren Wim van den Brink, Christian Haasen, Uwe Verthein, Serge Brochu, Brice De Ruyver en Bernard Sabbe.

Sectie I. VOORBEREIDING

1. Antecedenten

In 1995 bracht de dagbladers verslag uit over de gesprekken van de overheden en de verslavingszorgsector over de mogelijkheid van een behandeling door middel van diacetylmorfine¹ in Luik. De gesprekken over dit onderwerp werden aangevat daar er in Luik bijzonder veel heroïneverslaafden waren en de interveniënten op het terrein vaststelden dat behandelingen met methadon niet volstonden voor een deel van die verslaafden.

Tijdens de volgende jaren hebben de gesprekken geleid tot lokale consensus over het invoeren van dit nieuwe type van behandeling. In 1998 en 1999 bereikten de Burgemeester en de leden van de gemeenteraad een akkoord over de mogelijkheid om deze behandeling in Luik op te starten, samen met de centra voor methadonbehandeling, de medische overheden, het Parket en de Universiteit van Luik. Daarna werden de onderhandelingen over de toekomst van het project voortgezet op het niveau van de federale regering. Het duurde echter tot februari 2007 voor er een definitief akkoord werd gesloten, toen de federale ministers voor Volksgezondheid en Justitie aankondigden dat het project TADAM werd gelanceerd en dat een budget werd toegekend.

De federale ministers beslisten dat het project de vorm zou krijgen van een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek met als doel de efficiëntie en de haalbaarheid te evalueren van de behandeling door middel van diacetylmorfine in België in vergelijking met de bestaande methadonbehandelingen. Naar het voorbeeld van het buitenland bestond de experimentele behandeling in het toedienen van diacetylmorfine aan zware heroïneverslaafden in een medisch en gecontroleerd kader, met een aanbod van psychosociale begeleiding. Het project TADAM werd grotendeels gesubsidieerd door de Minister van Volksgezondheid. Onder het toezicht van de FOD Volksgezondheid werd het geheel van het project beheerd door twee hoofdoperatoren: enerzijds het onderzoeksteam van de Universiteit van Luik voor het luik Evaluatie en wetenschappelijke opvolging en anderzijds de Stad Luik², via de private stichting TADAM, voor het luik Behandeling.

De Universiteit Luik werd belast met de wetenschappelijke evaluatie van dit project van 15 mei 2007 tot 30 september 2013 krachtens een onderzoeksovereenkomst met de Minister van Volksgezondheid. De professoren Marc Ansseau en André Lemaître hadden de leiding over

¹ De term 'diacetylmorfine' (DAM) wordt hier gebruikt voor de farmaceutische heroïne die wordt voorgeschreven en toegediend onder het toezicht van de verplegers in het behandelingscentrum TADAM. Met deze term kunnen we een onderscheid maken tussen de heroïne die wordt voorgeschreven en de op onwettige wijze verkochte straatheroïne.

² In 2007 was Luik de enige stad in België die vragende partij was voor deze nieuwe behandeling.

het onderzoeksteam. Zij hebben Isabelle Demaret aangewezen tot coördinatrice van het onderzoeksteam dat verder bestond uit Géraldine Litran (criminologe), Cécile Magoga (psychologe), Clémence Deblire (psychologe en criminologe) en Jérôme De Roubaix (huisarts). Het onderzoek kreeg ook de steun van de Universiteit van Luik (die het loon van de onderzoeksters heeft aangevuld, haar infrastructuur ter beschikking heeft gesteld en haar medewerking heeft verleend aan de administratieve ondersteuning van het project) en van de Stad Luik die een van zijn ambtenaren (Cécile Magoga) heeft gedetacheerd om het onderzoeksteam gedurende twee jaar te versterken.

Door middel van ministeriële besluiten heeft de Minister aan de Stad Luik de opdracht gegeven de installatie en de werking van het centrum voor behandeling door middel van diacetylmorfine (DAM-centrum) te beheren. De Stad heeft Dominique Delhauteur aangewezen om deze taken uit te voeren via de oprichting van de private stichting TADAM, waarvan hij algemeen coördinator was. Deze stichting, bestaande uit vier ziekenhuizen, de Stad en de Provincie Luik³, heeft het DAM-centrum geïnstalleerd en beheerd overeenkomstig het door het onderzoeksteam opgesteld protocol.

2. Inhoud van het rapport

Dit eindrapport beschrijft de voorbereiding van het project, de resultaten van de evaluatie en de daaruit voortvloeiende aanbevelingen. Om de lezing van dit rapport te bevorderen, geven we hier alleen een samenvatting van elk aspect van de studie en verwijzen we de lezer naar de bijlagen bij dit rapport voor een versie *in extenso* van onze evaluatie.

Verder in dit deel I. Voorbereiding vatten we om te beginnen het onderzoek samen dat aan de invoering van het project is voorafgegaan. We kunnen het Belgisch project van behandeling door middel van diacetylmorfine niet beschrijven zonder te verwijzen naar de experimenten in het buitenland die voor de hele duur van het experiment in België model hebben gestaan. Het relaas van de buitenlandse experimenten wordt geïllustreerd door de bezoeken aan centra voor behandeling door middel van diacetylmorfine in Zwitserland, Nederland, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk.

We ronden dit deel af met een samenvatting van onze studie naar het aantal personen die in de regio Luik de nieuwe behandeling konden volgen.

Deel II. *Methode* bestaat uit een samenvatting van het protocol. We verwijzen de lezer naar dit protocol voor een gedetailleerde beschrijving van de voorwaarden van de behandeling door middel van diacetylmorfine en van het gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. Voor de hele duur van het project werd aan deze voorwaarden voldaan. De bijlagen bij het protocol bevatten het formulier van geïnformeerde toestemming dat elke patiënt moest tekenen. De bijzondere aspecten van de methode die in het protocol niet werden beschreven, zijn opgenomen in de hoofdstukken van het volgende deel.

Deel III. *Resultaten* stelt de resultaten van de evaluatie voor in drie categorieën. De eerste categorie omvat vier hoofdstukken die het proces van rekrutering van de patiënten beschrijven

³ Zie het protocol voor meer informatie over de private stichting TADAM.

(de kenmerken van de opgenomen patiënten worden meer bepaald beschreven in het hoofdstuk *D. Kenmerken van de opgenomen patiënten*). De tweede categorie geeft uitgebreid toelichting bij de resultaten van het gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (de belangrijkste resultaten zijn het voorwerp van het hoofdstuk *E. Efficiëntie*). Tot slot beschrijft de derde en laatste categorie de werking van het DAM-centrum evenals zijn impact op de buitenwereld, volgens verschillende invalshoeken. In verschillende hoofdstukken van dit deel werden statistische tests gerealiseerd. We gaan niet verder in op de werking van de verschillende tests om het document niet nodeloos te verzwaren en daar die uitleg niet noodzakelijk is om de resultaten te begrijpen. Het begrip ‘statistische significantie’ is het enige belangrijke begrip dat de lezer moet kennen. Een resultaat wordt ‘significant’ genoemd wanneer een statistische test tot het besluit komt dat het bewuste resultaat waarschijnlijk niet het gevolg van toeval is. Een resultaat dat (statistisch gezien) aan het toeval zou kunnen worden toegeschreven, is een ‘niet significant’ resultaat. Het feit dat een resultaat niet significant is, betekent dus niet dat dit resultaat waardeloos is. Samengevat is significantie dus een waarschijnlijkheidsmeting. De lezer moet alleen dit begrip kennen om de resultaten van het onderzoek te begrijpen. We voegen er nog aan toe dat hoe kleiner een staal gegevens is, hoe groter de waarschijnlijkheid dat een test niet significant is. De enige statistische tests die worden gebruikt, zijn die welke op wetenschappelijk niveau zijn erkend. Ze werden gebruikt door een specialist, professor Etienne Quertemont, die ons ook heeft geholpen om de gebruikte statistieken te beschrijven.

Het laatste deel, *IV. Aanbevelingen*, bevat de belangrijkste aanbevelingen die voortvloeien uit ons onderzoek en die tot doel hebben de beleidsmakers te helpen bij het oprichten (of voortzetten) van een DAM-centrum.

Hoofdstuk B. Heroïne

In een speciaal nummer van het *Revue Médicale de Liège* (Demaret, Lemaitre, & Anseau, 2013) heeft het onderzoeksteam een artikel over heroïne gepubliceerd op basis van een onderzoek dat de Universiteit van Luik in 2005 heeft gevoerd (Anseau et al., 2005). We vatten dit artikel hierna samen.

Heroïne (of diacetylmorfine), een depressor van het centrale zenuwstelsel, is een half-synthetisch opiaat dat uit opium wordt verkregen. De belangrijkste nevenwerking is de ademhalingsdepressie die dodelijk kan zijn wanneer een te hoge dosis wordt ingenomen, meer bepaald indien de heroïne intraveneus wordt geïnjecteerd. Overlijdens als gevolg van een overdosis komen vaak voor na een periode van (al dan niet vrijwillige) onthouding. Het sterftecijfer, ongeacht de oorzaken, bij heroïneverbruikers zou vandaag 1 tot 3% bedragen. Sinds de jaren 1970 neemt het verbruik door het inademen van opgewarmde heroïne uitbreiding in Europa. Deze consumptiewijze is minder gevaarlijk dan het injecteren, daar de gebruiker de toediening kan stopzetten indien hij te zeer is geïntoxiceerd en dus vóór een dodelijke overdosis. Deze wijze van toediening beperkt ook de transmissie van infecties.

In het kader van ons onderzoek gaf 93% (n=69) van de patiënten er de voorkeur aan om diacetylmorfine in te ademen in het DAM-centrum. Van de 21 patiënten die heroïne hadden geïnjecteerd tijdens de maand vóór hun inclusie in het project, hebben er 16 gekozen voor het inademen van het product in het DAM-centrum. De behandeling door middel van diacetylmorfine maakt het voor patiënten dus mogelijk over te stappen naar een wijze van toediening die minder risico's meebrengt dan injecties.

Ongeacht de wijze van verbruik kan heroïne, net als de andere opioïden, op lange termijn nevenwerkingen op het niveau van het hart meebrengen. Heroïneverbruik in combinatie met het verbruik van andere drugs (bv. tabak, alcohol) kan ook negatieve gevolgen hebben voor het gebit. Bovendien vertonen gebruikers van opioïden (bv. heroïne of methadon) vaak een vermindering van de botmassa. Deze vermindering zou echter, net als de problemen met het gebit, zowel verband kunnen houden met hun levensstijl als met het chronisch verbruik van andere drugs.

Verslaving, resultaat van een regelmatig en herhaald verbruik, zou voorkomen bij minder dan één kwart van de personen die heroïne hebben geprobeerd. Verslaafden vertonen vaak meerdere problemen (meer bepaald integratie in een delinquent milieu) zonder dat er steeds een oorzakelijk verband kan worden aangetoond tussen die problemen en de verslaving. Bij een deel van de verslaafden wordt de verslaving een chronische ziekte die een permanente opvolging noodzakelijk maakt. Een methadonbehandeling blijft de meest aanbevolen behandeling voor een heroïneverslaving. Deze opvolging is efficiënt en verbetert de situatie van de verslaafden, zelfs indien de behandelingen worden gekenmerkt door het feit dat de behandelde persoon hervalt en, soms, heroïne blijft verbruiken. Het verdient aanbeveling om psychosociale begeleiding aan te bieden, maar het mag nooit om een verplichting gaan. Verplichte psychosociale begeleiding biedt immers geen grotere efficiëntie dan een

begeleiding die niet verplicht is. Voor personen die sterk verslaafd zijn en ondanks de behandeling straatheroïne blijven gebruiken, kan de behandeling door middel van diacetylmorfine een efficiënt antwoord zijn dat toelaat het verbruik van straatheroïne te verminderen of stop te zetten.

Van de verschillende (legale en illegale) drugs wordt heroïne vandaag beschouwd als de drug met de ernstigste negatieve gevolgen voor de consument.

Hoofdstuk C. Efficiëntie van de behandeling in het buitenland

Tijdens de evaluatie heeft het onderzoeksteam inlichtingen ingewonnen over andere gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken naar de behandeling door middel van diacetylmorfine, niet alleen door kennis te nemen van artikelen die in wetenschappelijke tijdschriften zijn verschenen maar ook dankzij onderzoeksrapporten en de hulp van onderzoekers in het buitenland. We vatten hierna het artikel samen dat met betrekking tot dit literatuuroverzicht is verschenen in het *Revue Médicale de Liège* (Demaret, Lemaitre, & Anseau, 2010).

Sinds 1994 werden er zes gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken ontwikkeld op basis van het Zwitsers model van behandeling door middel van diacetylmorfine, die bestaat in het zichzelf toedienen van diacetylmorfine (door injectie of inademen) in een specifiek centrum onder medisch toezicht. Elk onderzoek is tot het besluit gekomen dat deze behandeling efficiënter was dan een methadonbehandeling voor de specifieke doelgroep van de zware heroïneverslaafden die weerstaan aan de bestaande behandelingen. Op basis van die onderzoeken hebben we geprobeerd de belangrijkste positieve effecten voor de patiënten te definiëren.

Al tijdens de eerste zes maanden zijn er verbeteringen verschenen op het vlak van het verbruik van straatheroïne, de (lichamelijke en geestelijke) gezondheid en het delinquent gedrag. Op langere termijn vertoonden de patiënten bescheiden verbeteringen op sociaal vlak. Ondanks deze verbeteringen, die ingrijpender zijn dan met een methadonbehandeling, zou dit type behandeling een tweedelijnsbehandeling moeten blijven, gelet op de hoge kostprijs. Bijgevolg wordt deze behandeling aanbevolen voor zware heroïneverslaafden die al een methadonbehandeling hebben geprobeerd.

Na de publicatie van dit artikel heeft een nieuw literatuuroverzicht (Ferri, Davoli, & Perucci, 2011) opnieuw de grotere efficiëntie van de behandeling door middel van diacetylmorfine voor dezelfde doelgroep bevestigd. Ook het Europees waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving⁴ heeft deze behandeling aanbevolen voor personen die andere behandelingen weigeren (Strang, 2012).

⁴ Ook OEDT of EMCDDA (www.emcdda.europa.eu) genoemd.

Hoofdstuk D. Behandelingscentra in het buitenland

Teneinde meer te vernemen over de concrete werking van de behandeling door middel van diacetylmorfine (DAM) heeft het onderzoeksteam een bezoek gebracht aan verschillende buitenlandse behandelingscentra. Dankzij deze bezoeken kon het protocol nader worden uitgewerkt. De bezoeken hebben ons ook in staat gesteld een overzicht te krijgen van de moeilijkheden waarmee de verzorgingsteams tijdens de behandeling te maken krijgen. In 2012 is er een artikel over dit onderwerp verschenen (Demaret, Lemaitre, & Ansseau, 2012) waarvan u hierna een samenvatting vindt.

We hebben een bezoek gebracht aan zeven centra voor DAM-behandeling in vier landen (Zwitserland, Nederland, Duitsland en Engeland). De bezoeken hadden tot doel de praktische aspecten van de toediening van DAM te observeren. In elk centrum heeft een lid van het verzorgingsteam het traject van een patiënt vanaf zijn aankomst in het centrum tot zijn vertrek in detail beschreven. We hebben aantekeningen gemaakt en, wanneer het team dat toestond, hebben we het gesprek opgenomen en foto's gemaakt.

De bezochte centra telden tussen 18 en 80 patiënten die een DAM-behandeling volgden. In elk centrum kon de patiënt de diacetylmorfine zelf toedienen door injectie. Alleen de drie centra die we in Nederland hebben bezocht, boden ook inadembare diacetylmorfine aan. In deze drie centra koos 75% tot 95% van de patiënten ervoor om de diacetylmorfine in te ademen. In vier van de zeven bezochte centra ontving het centrum ook patiënten die een methadonbehandeling volgden. Die laatste patiënten kwamen op verschillende tijdstippen naar het centrum.

Tijdens het toedienen van de diacetylmorfine waren de teams ervoor beducht dat er DAM zou worden ontvreemd en dus keken ze aandachtig toe wanneer de patiënten zichzelf de DAM toedienden. Het verpleegkundig personeel had ook oog voor het risico van een al geïntoxiceerde persoon die een dosis DAM kreeg. Een persoon kon geïntoxiceerd zijn na het verbruiken van andere drugs vóór zijn komst naar het centrum. Om na te gaan of een patiënt al drugs had verbruikt alvorens zichzelf DAM toe te dienen, konden de verpleegkundigen alleen voortgaan op hun ervaring en gebruik maken van een alcoholtest. Als gevolg van grote vermoeidheid kon een patiënt ook zo zwak zijn dat hij als gevolg van zijn gebruikelijke dosis DAM geïntoxiceerd kon raken. De teams bestraffen het parallel verbruik niet, maar moedigden de patiënt er integendeel toe aan om erover te praten zodat ze konden tussenkomen om intoxicatie te voorkomen en om te controleren of de patiënt geen bijkomende hulp nodig had.

Met betrekking tot risicovolle injectiepraktijken, zoals intramusculaire injecties of injecties in de dijader, stonden de HAT-centra voor een dilemma. Door dergelijke praktijken te dulden, aanvaardden ze eigenlijk praktijken die een gevaar vormen voor de gezondheid van de patiënt en strijdig zijn met hun opdracht van zorgverstrekking. Door dergelijke praktijken echter te weigeren, liepen ze het gevaar dat de patiënt opnieuw straatheroïne zou verbruiken, daar de patiënt soms geen andere aders meer had om het product elders te injecteren. Sommige centra

beslisten uiteindelijk om injecties in de dijader, die te risicovol zijn, te weigeren maar intramusculaire injecties toe te laten in de mate waarin een patiënt er niet in slaagde om elders te injecteren. Dit type probleem deed zich niet voor met de minder gevaarlijke praktijk van inademen.

De teams die we hebben ontmoet, verklaarden weinig conflicten met de patiënten te hebben gehad. Deze teams bleken er voorstander van te zijn om deze behandeling te verdedigen en de haalbaarheid ervan aan te tonen.

Hoofdstuk E. Aantal heroïnegebruikers in de provincie Luik

Tijdens de voorbereidingsfase hebben we ook inlichtingen ingewonnen over het aantal heroïneverslaafden in de provincie Luik, dankzij de gegevens die professor Herné verzamelde (Demaret, Herné, Lemaître, & Anseau, 2011).

Dankzij de voorschriften van de apotheken in de provincie Luik voor methadon en buprenorfine die de apotheker-inspecteur heeft ontvangen, hebben we berekend hoeveel personen er in december 2007 een substitutiebehandeling volgden en hebben we een raming gemaakt van het aantal heroïneverslaafden en potentiële deelnemers aan het project TADAM. De gegevens waren afkomstig van 599 apotheken (5 van de 604 apotheken in de provincie hebben geen gegevens opgestuurd).

De voorschriften voor methadon en buprenorfine van december 2007 waren uitgegeven door 438 artsen en 387 apotheken in de provincie Luik. 89% van de artsen en 89% van de apotheken hadden maximaal 10 patiënten. Vooral in de Luikse agglomeratie waren er veel apotheken die methadonbehandelingen verstrekten.

De methadonbehandelingen waren ongelijk verdeeld over het grondgebied. Sommige stedelijke gebieden telden veel patiënten die een substitutiebehandeling kregen: Hoi (9 op 1.000 inwoners van 15 tot 64 jaar); Luik (8 op 1.000) en Seraing (6 op 1.000). Voor 30% van de gemeenten in de provincie hadden we echter geen voorschriften van methadon.

Op basis van vergelijkbare studies hebben we geraamd dat 50% tot 64% van de verslaafden een substitutiebehandeling volgde. Volgens deze ramingen waren er in 2007 in de hele provincie tussen 3.500 en 4.000 heroïneverslaafden en in de gemeente Luik tussen 1.600 en 2.000 heroïneverslaafden. In evenredige verhouding tot het aantal inwoners ging het om een zeer hoog aantal, daar dit betekent dat er in de gemeente Luik 13 tot 17 heroïneverslaafden zijn per 1.000 inwoners van 15 tot 64 jaar. Deze ramingen vormden een minimum, daar 5 apotheken geen voorschrift naar de apotheker-inspecteur hebben opgestuurd en alleen de patiënten die in december 2007 een voorschrift hadden gekregen in onze gegevens werden opgenomen.

Tot besluit kunnen we stellen dat het project TADAM op gepaste wijze werd geïnstalleerd in een stedelijk gebied met een bijzonder hoog aantal heroïneverslaafden en waar de behandeling met methadon wijd verspreid was.

Sectie II. PROTOCOL

1.1. Inleiding

Dit punt bevat een samenvatting van het protocol dat de voorwaarden beschreef waaronder het gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek zou worden gevoerd. Tijdens het verloop van het project werd er geen enkele wijziging aan het protocol aangebracht. Dit protocol bevatte echter alleen een gedetailleerde beschrijving van de methode van het gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. De bijzondere methode van elk ander aspect van het onderzoek werd beschreven in het overeenstemmende hoofdstuk van deel *III. Resultaten*. Daar het protocol vóór het begin van het onderzoek moest worden opgesteld en goedgekeurd, behouden we de tekst van de samenvatting in de tegenwoordige tijd.

1.2. Definitie van de behandeling door middel van diacetylmorfine

De behandeling door diacetylmorfine bestaat in het verstrekken van diacetylmorfine aan een persoon die zwaar verslaafd is aan straatheroïne onder het toezicht van een medisch team en in het kader van een strikt gecontroleerde kliniek, in ambulante behandeling. Deze behandeling wordt voorbehouden voor personen voor wie de bestaande behandelingen niet efficiënt zijn gebleken. Het doel bestaat erin de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de patiënten te verbeteren, hun maatschappelijke integratie te bevorderen door hun verbruik van straatheroïne en hun integratie in een delinquent milieu te verminderen.

1.3. Het Belgisch pilootproject

➤ *Operatoren*

Volgens de bepalingen van het Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (Ethische commissie van het academisch ziekenhuis van de Universiteit van Luik) is professor Marc Anseau de enige promotor van beide luiken van het onderzoek, i.e. de behandeling door middel van diacetylmorfine in het aflevercentrum evenals de wetenschappelijke evaluatie van de twee behandelingsprocedures. De uitvoering van het luik Behandeling wordt volgens het protocol toevertrouwd aan de stichting TADAM die het DAM-centrum voor de experimentgroep bouwt en beheert. Bovendien verzekeren bestaande instellingen (de partnercentra), op basis van een partnerschapsovereenkomst, de methadonbehandeling voor de patiënten van de controlegroep en de psychosociale begeleiding van alle patiënten die deelnemen aan het onderzoek. Deze partnercentra worden gekozen onder instellingen die gewoonlijk methadonbehandelingen en psychosociale begeleiding aanbieden aan heroïneverslaafden.

➤ *Beschrijving*

Dit onderzoek gaat na of en, in bevestigend geval, in welke mate de implementatie van dit type behandeling interessant is in België. Dit onderzoek heeft tot doel 200 personen op te nemen die door randomisering in twee groepen worden verdeeld. De patiënt van de experimentgroep krijgt diacetylmorfine in het DAM-centrum, terwijl de patiënt van de controlegroep methadon krijgt in een partnercentrum. Bovendien worden de patiënten van beide groepen psychosociaal begeleid in hun partnercentrum.

➤ *Duur van het project*

De rekruteringsperiode van de 200 patiënten bedraagt 12 maanden en elke patiënt wordt gedurende 12 maanden behandeld. Dit brengt de totale inclusie- en behandelingsperiode alsook de periode waarin het DAM-centrum geopend is op 2 jaar. Er wordt ook voorzien in een afsluitingsperiode van 6 maanden om de laatste patiënten van de experimentgroep te heroriënteren naar de best beschikbare behandeling. De behandeling door middel van diacetylmorfine wordt immers niet voortgezet na de periode van 12 maanden.

1.4. Doelgroep en selectiecriteria

➤ *Inclusie- en uitsluitingscriteria*

Om in het onderzoek te worden opgenomen, moet het subject aan de onderstaande inclusiecriteria voldoen:

- 1) Een heroïneverslaving hebben die weerstaat aan de huidige behandelingen, i.e.:
 - i) Sinds ten minste 5 jaar verslaafd zijn aan heroïne (DSM-IV, code 304.00);
 - ii) De heroïneverslaving is de belangrijkste verslaving op het ogenblik van de inclusie;
 - iii) Een (bijna) dagelijks gebruik van heroïne tijdens de voorgaande maand of een verbruik van ten minste driemaal per week tijdens de voorgaande maand hebben terwijl de patiënt een methadonbehandeling volgde;
 - iv) Ten minste één poging van methadonbehandeling met een dosis van ten minste 60 mg gedurende één maand hebben ondernomen;
 - v) Deficiënt zijn op het vlak van de lichamelijke gezondheid, aangegeven door een score van ten minste 8 op de schaal MAP-HSS,

 en/of deficiënt zijn op het vlak van de geestelijke gezondheid, aangegeven door een score van ten minste 41 (voor mannen) of 60 (voor vrouwen) op de Global Severity Index van de schaal SCL-90-R,

 en/of een integratie in een delinquent milieu, aangegeven door ten minste 6 delinquente handelingen begaan of ondergaan tijdens de laatste 30 dagen (volgens de vragenlijsten inzake auto-delinquentie en slachtofferschap).
- 2) Heroïne gebruiken door injectie of inademing.
- 3) Een Belgisch burger of wettelijk ingezetene in België zijn.
- 4) Sinds ten minste 12 maanden verblijven in het gerechtelijk arrondissement Luik.

- 5) Ten minste 20 jaar oud zijn.
- 6) Aanvaarden en bekwaam zijn zich om ten minste tweemaal per dag te begeven naar de afleverplaats.
- 7) Schriftelijk geïnformeerde toestemming geven met de voorwaarden van het experiment.
- 8) Zich ertoe verbinden geen motorvoertuig te besturen wanneer men onder de invloed is van psychoactieve stoffen.
- 9) Indien het subject niet wordt behandeld in een partnercentrum, instemmen met psychosociale begeleiding in een van die centra en akkoord gaan met het volgen van een methadonbehandeling in dit centrum indien de randomisering het subject aanwijst voor de controlegroep.

De uitsluitingscriteria zijn de volgende:

1. Ernstige medische, psychiatrische of psychosociale problemen hebben die een contra-indicatie voor de deelname van het subject aan het onderzoek zouden kunnen vormen.
2. Ernstige medische, psychiatrische of psychosociale problemen hebben die het voeren van het onderzoek zouden kunnen belemmeren.
3. Antecedenten van storend of agressief gedrag hebben die een obstakel zouden kunnen vormen voor het goede verloop van het onderzoek indien ze zich opnieuw zouden voordoen.
4. Niet bij machte zijn of weigeren naar het DAM-centrum te gaan voor de behoeften van het onderzoek.
5. Tijdens de laatste 12 maanden een periode van vrijwillige onthouding van 2 maanden te hebben gekend.
6. Voor vrouwelijke subjecten, zwanger zijn of borstvoeding geven.
7. Tijdens de 12 maanden van de behandeling een sterke waarschijnlijkheid vertonen van opsluiting voor een periode van meerdere maanden.
8. Subjecten die een dosis methadon van meer dan 150 mg per dag nodig hebben.

Personen die belang stellen in het onderzoek, moeten zich in eerste instantie tot een partnercentrum wenden. Dit centrum aanvaardt een persoon die een methadonbehandeling volgt al dan niet volgens de criteria die het gebruikelijk toepast. Wordt de persoon aanvaard voor een methadonbehandeling, dan stuurt het centrum de betrokkene door naar het onderzoeksteam dat de inclusie- en uitsluitingscriteria beoordeelt, de eerste tests afneemt en vervolgens de procedure van randomisering toepast. Alleen het onderzoeksteam beoordeelt de inclusiecriteria.

1.5. Behandelingen

Diacetylmorfine wordt uitsluitend voorgeschreven, afgeleverd en toegediend in het DAM-centrum. Dit centrum is elke dag, ook in het weekend en op feestdagen, driemaal per dag toegankelijk. Diacetylmorfine wordt voorgeschreven door de artsen van het centrum. Het product mag in geen geval buiten het centrum worden verbruikt. De patiënten dienen zich de diacetylmorfine zelf toe door injectie of inademen; dit gebeurt in het centrum onder het permanent toezicht van een verpleegkundig team.

Elke patiënt van de controlegroep volgt zijn ambulante methadonbehandeling in het partnercentrum via hetwelk hij deelneemt aan het onderzoek. Deze behandeling heeft plaats onder de gebruikelijke voorwaarden van het partnercentrum.

Elke patiënt (van beide groepen) krijgt psychosociale begeleiding in het partnercentrum via hetwelk hij deelneemt aan het onderzoek. De psychosociale begeleiding bestaat in een aanbod van diensten dat is aangepast aan het profiel van de patiënten die aan het onderzoek deelnemen.

1.6. Evaluatie

Elke patiënt moet vragenlijsten invullen en meewerken aan urine- en bloedanalyses alsook aan medische onderzoeken door het onderzoeksteam. Deze evaluaties vinden plaats vóór de randomisering, om de inclusiecriteria te controleren, en daarna driemaandelijks (in de 3^{de}, 6^{de}, 9^{de} en 12^{de} behandelingsmaand). Naargelang de maand van behandeling worden de evaluatiemomenten T03, T06, T09 en T12 genoemd. Het onderzoeksteam maakt de evaluaties voor alle patiënten. Alleen het onderzoeksteam kan beslissen over de inclusie of niet van een patiënt. De arts van het onderzoeksteam verricht de randomisering van elke patiënt. De patiënten worden gevolgd en geëvalueerd ongeacht het feit of ze hun initiële behandeling al dan niet voortzetten (volgens de Intention-to-Treat analyse).

➤ *Voornaamste doelstelling*

De voornaamste doelstelling van het onderzoek bestaat erin te bepalen of, in het Belgisch zorgsysteem, de behandeling door middel van diacetylmorfine zoals ze in het onderzoek wordt toegepast een meerwaarde kan bieden voor de personen van de doelgroep in vergelijking met de bestaande methadonbehandelingen. De efficiëntie van een behandeling wordt vastgesteld op basis van het aantal responders in elke groep. Een responder is een patiënt die voldoet aan de volgende criteria:

- een verbetering van de lichamelijke of geestelijke gezondheid zonder verslechtering van het andere niveau,
- een vermindering van het verbruik van straatheroïne zonder toename van het cocaïneverbruik,
- een vermindering van de integratie in een delinquent milieu.

➤ *Nevendoelstellingen*

De evaluatie heeft ook betrekking op de haalbaarheid van de behandeling door middel van diacetylmorfine:

- de efficiëntie van beide behandelingen wordt geëvalueerd op maatschappelijk vlak, meer bepaald dankzij een kostenanalyse van de behandelingen en een meting van de evolutie van de levenskwaliteit bij de patiënten.
- Er wordt een onderzoek gevoerd naar de impact van het DAM-centrum en zijn patiënten op de stedelijke omgeving en de buurtbewoners.
- De mogelijkheid om de experimentele behandeling op te nemen in het netwerk van de hulp- en zorginstellingen voor verslavingen wordt geëvalueerd met vertegenwoordigers van de hulp- en zorginstellingen voor verslavingen van het gerechtelijk arrondissement Luik.
- Op basis van half-gestuurde kwalitatieve gesprekken wordt er in het DAM-centrum een verkennend onderzoek gevoerd naar de wijze waarop de patiënten en het verzorgingsteam in het DAM-centrum de experimentele behandeling ervaren.

1.7. Toestemming van de patiënt en bescherming van de persoonlijke levenssfeer

De evaluatiegesprekken met het onderzoeksteam vinden onder vier ogen plaats in een afgesloten lokaal met als doel de vertrouwelijkheid van het gesprek te verzekeren. De anonimiteit van de patiënten wordt verzekerd op alle niveaus van de procedure; dit betekent dat het onderzoeksteam geen gegeven of combinatie van gegevens verspreidt op basis waarvan een patiënt kan worden geïdentificeerd.

Het subject moet een toestemmingsformulier ondertekenen. Er wordt hem gezegd dat hij gelijk wanneer mag beslissen niet langer aan het onderzoek deel te nemen en zijn behandeling op een andere wijze voort te zetten. Wanneer een subject een einde maakt aan zijn behandeling, zoeken het DAM-centrum en het partnercentrum samen met de patiënt naar de best mogelijke alternatieve behandeling.

Sectie III. RESULTATEN

Het onderzoeksteam heeft de resultaten van het project TADAM op gedetailleerde wijze beschreven in 13 hoofdstukken die onder drie thema's zijn gegroepeerd:

- **Rekruteringsprocedure van de patiënten**
 - Verloop van de inclusie
 - B. Redenen om deel te nemen aan TADAM
 - C. Referentiecentra.
 - D. Kenmerken van de geïncludeerde patiënten
- **Resultaten van het gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek**
 - E. Vergeleken efficiëntie van de behandelingen
 - F. Economische efficiëntie
 - G. Criminologische aspecten
 - H. Tevredenheid van de patiënten tijdens de behandelingen
- **Werking van het DAM-centrum en impact op de omgeving**
 - I. Waarnemingen in het DAM-centrum
 - J. Drie maanden na het beëindigen van de behandeling door middel van diacetylmorfine
 - K. Ervaring van het zorgpersoneel van het DAM-centrum
 - L. INTRES: Integratie van het centrum in het zorgnetwerk
 - M.IMPEN: Impact van het centrum op zijn stedelijke omgeving

REKRUTERINGSPROCEDURE VAN DE PATIËNTEN

Hoofdstuk A. Verloop van de inclusie - Samenvatting

1. Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de voorbereiding op en het verloop van de inclusie van de subjecten in het project TADAM. De voorbereiding op de inclusie omvatte het verspreiden van de informatie over het project door het onderzoeksteam en de private stichting TADAM. Het eerste doel van deze kennisgeving bestond erin om partnercentra te rekruteren. Die centra kregen de opdracht potentiële subjecten naar het onderzoeksteam te sturen en in te staan voor de methadonbehandeling van de controlegroep en de psychosociale begeleiding van alle subjecten. Het tweede doel bestond erin alle sociale of medische interveniënten die potentieel contact hebben met het doelpubliek van de studie te informeren over het project.

Tijdens de inclusie heeft het onderzoeksteam ook enquêtes gevoerd bij de interveniënten en de heroïnegebruikers om het goede verloop van de inclusiefase en van de informatieverstrekking te controleren. Dit hoofdstuk eindigt met een analyse van de redenen die een verklaring konden bieden voor het verschil tussen het aantal voorziene subjecten (200) en het aantal geïncludeerde subjecten (74). Op dit vlak vergelijken we ons onderzoek ook met de in het buitenland gerealiseerde studies.

2. Partners en patiënten zoeken

Om partnercentra te zoeken heeft het onderzoeksteam het project voorgesteld in de geïnteresseerde centra die twee hoofdvoorwaarden vervulden: de gewoonte hebben om methadonbehandelingen te verzekeren en beschikken over een multidisciplinair team. Om informatie over het project op grotere schaal te verspreiden heeft het onderzoeksteam ook folders en affiches verspreid in andere centra die in contact kunnen komen met heroïnegebruikers.

Daar de inclusie al tijdens de eerste maanden trager verliep dan gepland, heeft het onderzoeksteam verschillende acties op touw gezet in een poging de rekruteringsprocedure opnieuw te lanceren: gesprekken met de partnercentra, informatie verstrekken aan huisartsen, zoeken naar partnerschappen met medische huizen, enquête bij centra die geen partners zijn maar in contact kunnen komen met het doelpubliek, enquête bij niet-geïncludeerde gebruikers om te vernemen wat zij denken van het project.

3. Resultaten van de inclusie

9 centra zijn partner geworden van het onderzoek (onder hen de 7 in verslavingen gespecialiseerde centra van het gerechtelijk arrondissement Luik die voldeden aan de voorwaarden voor partnerschap en 2 medische huizen). Dankzij die centra werden 74 patiënten in het onderzoek geïncludeerd. Van de 116 patiënten die de partnercentra voor het

onderzoek hebben ingeschreven, volgden 64 (55%) personen al een behandeling in het partnercentrum en zijn 52 (45%) personen zich in het centrum komen inschrijven met als enig doel deel te nemen aan het project. Van die 116 ingeschrevenen zijn er 33 die zich nooit zijn komen voorstellen aan het onderzoeksteam. Van de 83 personen die de onderzoekers hebben gezien, voldeden er 9 niet aan de inclusiecriteria.

4. Mogelijke redenen voor het verschil tussen de 200 gezochte en de 74 geïncludeerde personen

Na een onderzoek te hebben gevoerd naar de verschillende redenen die een verklaring kunnen bieden voor het verschil tussen het aantal geïncludeerden en het voorziene aantal subjecten in het onderzoek, hebben we een aantal vaststellingen gemaakt:

- Het aantal heroïneverslaafden in het gerechtelijk arrondissement Luik leek voldoende te zijn. De toestroom van patiënten op het einde van de inclusie gaf aan dat de doelgroep niet was uitgeput. Bovendien hebben we tijdens het onderzoek naar heroïnegebruikers tientallen heroïneverslaafden ontmoet die zich nooit voor het project hebben ingeschreven.
- Het onderzoeksteam en de private stichting TADAM hebben de informatie over het project op grote schaal verspreid. Deze informatieverstrekking leek voldoende, daar de betrokkenen en de heroïnegebruikers met wie er contact werd opgenomen het project kenden en dit soms zelfs tot in de details.
- De samenwerking met de partnercentra is zonder problemen verlopen. Niets wees erop dat een gebrek aan samenwerking tussen de interveniënten op het terrein zou hebben belet dat patiënten deelnamen aan het project, wel integendeel.
- Moeilijkheden bij het vervullen van de inclusieformaliteiten boden geen verklaring voor het lager dan verwachte rekruteringscijfer. Van de 9 personen die het onderzoeksteam heeft geweigerd, werd er immers niemand geweigerd wegens een probleem met documenten. Van de 52 heroïnegebruikers die niet in het project werden geïncludeerd, waren er echter 7 die zich lieten afschrikken door de te vervullen formaliteiten.
- Zelfs zeer gedesocialiseerde heroïnegebruikers konden deelnemen aan het project. Er werden ook personen geïncludeerd van wie de lichamelijke gezondheid zeer slecht was of die problemen hadden op het vlak van de geestelijke gezondheid of ernstige delinquente problemen.
- Van de 52 heroïnegebruikers die niet werden geïncludeerd, wilden er 40 niet deelnemen aan het project en dit vooral wegens de beperkte duur van het experiment. Ze gaven blijk van wantrouwen ten aanzien van deze nieuwe behandeling en vreesden dat ze er na het einde van de studie slechter aan toe zouden zijn.
- Ook in de andere buitenlandse studies oversteeg het voorziene aantal patiënten duidelijk het aantal geïncludeerde personen.

5. Besluit

De motivatie van de heroïnegebruikers was de voornaamste reden voor het verschil tussen de 200 voorziene en de 74 geïncludeerde patiënten. Hun redenen hielden meer bepaald verband met hun vrees om nog verslaafder te worden, met verschillende voorwaarden van de behandeling door middel van diacetylmorfine maar vooral met de beperkte behandelingsduur van 12 maanden.

Hoofdstuk B. Redenen om deel te nemen aan het project - Samenvatting

1. Inleiding

Dankzij drie reeksen interviews hebben we een analyse gemaakt van de redenen die de gebruikers van straatheroïne opgaven om al dan niet deel te nemen aan het project TADAM.

2. Methode

De eerste reeks interviews bestond uit de pre-tests bij 65 heroïnegebruikers in 2010 (PRE-TESTS). Deze interviews vonden plaats in de lokalen van de partnercentra en vooral in een laagdrempelig opvangcentrum. Deze PRE-TESTS bevatten de vragen van de vóór de randomisering uitgevoerde evaluatie. We hebben het antwoord geanalyseerd dat onmiddellijk werd gegeven op een van de eerste vragen die betrekking had op de redenen die de geïnterviewde ertoe (konden) aanzetten om deel te nemen aan het project. Daar er vele andere vragen volgden, zijn we niet dieper ingegaan op deze redenen om al dan niet deel te nemen aan het project.

Deze vraag werd ongewijzigd overgenomen in de vragenlijsten die werden gebruikt bij de evaluatie van de 74 patiënten (GEÏNCLUDEERDEN) vóór hun inclusie in het project in 2011. Deze evaluaties vonden plaats in de lokalen van het onderzoeksteam.

Tot slot werden 52 heroïnegebruikers grondig ondervraagd over hun kennis van het project en hun wens om er al dan niet aan deel te nemen (NIET-GEÏNCLUDEERDEN). De twee voornaamste criteria om de NIET-GEÏNCLUDEERDEN te rekruteren, waren het feit dat ze straatheroïne verbruikten en niet in het project waren geïnccludeerd. Deze interviews werden opgenomen en voorafgaand aan hun analyse volledig getranscribeerd met behulp van de software Nvivo 9. Er werd tijdens de inclusieperiode in 2011 met de gebruikers contact opgenomen en ze werden ondervraagd op straat, in een laagdrempelig opvangcentrum en in partnercentra.

3. Resultaten

De drie groepen van ondervraagden vertoonden op elkaar gelijkende kenmerken: gemiddeld ouder dan 40 jaar, meer dan 80% mannen, tussen 23% en 32% met een diploma van het secundair onderwijs en meer dan 28% zonder vaste woonplaats. In elke groep gaf 70% van de personen de voorkeur aan het inademen van heroïne.

51 van de 52 NIET-GEÏNCLUDEERDEN kenden het project, voornamelijk via interveniënten op het vlak van verslavingen en via andere heroïnegebruikers. 3 van hen hadden echter graag meer inlichtingen gekregen alvorens deel te nemen.

Voor elk van de drie groepen was de hoofdreden om aan het project deel te nemen het regelmatig gebruik van straatheroïne in weerwil van de behandelingen die ze al hadden geprobeerd. Ook hun verlangen om hun verbruik van straatheroïne te stoppen of te

verminderen, hun leeftijd en de duur van hun verslaving waren redenen om deel te nemen aan het project. Ze wensten ook aan het project deel te nemen om heroïne te kunnen verbruiken onder goede voorwaarden en om de negatieve gevolgen als gevolg van het zoeken naar straatheroïne te verminderen.

40 van de 52 NIET-GEÏNCLUDEERDEN wilden niet deelnemen, bevreesd als ze waren voor het idee dat hun verslaving erger zou worden door de behandeling door middel van diacetylmorfine en/of zich in een moeilijke situatie te bevinden wanneer de behandeling na 12 maanden zou worden gestopt. Van die 40 NIET-GEÏNCLUDEERDEN waren er 7 die zich lieten afschrikken door de formaliteiten die ze moesten vervullen om deel te nemen aan het project. Hoewel de behandelingsvoorwaarden globaal gezien ook een belangrijke reden waren om niet aan het genoemde project deel te nemen, was (waren) de voorwaarde(n) die niet in de smaak viel(en) zeer verschillend in functie van de patiënten.

4. Bespreking

Voor de heroïnegebruikers was hun onvermogen om hun heroïneverbruik te beëindigen een symptoom van het mislukken van hun vorige behandelingen en een reden om deel te nemen aan het project. Die heroïnegebruikers waren zich bewust van hun verslaving en waren bang voor het idee dat die verslaving zou verergeren. Ze projecteerden zich in de toekomst en haastten zich niet om gratis heroïne te krijgen. De ondervraagden liet zich niet massaal afschrikken door de formaliteiten die noodzakelijk waren voor hun inclusie.

We hebben onderzocht of de wens om aan het project deel te nemen in verband kon staan met het ontbreken van stabiele huisvesting. Hoewel er bij de GEÏNCLUDEERDEN heel wat personen zonder vaste woonplaats waren (28%), was deze verhouding nog groter bij de NIET-GEÏNCLUDEERDEN (58%). Volgens onze resultaten zouden daklozen vaker weigeren om aan het project deel te nemen. Die daklozen waren ook jonger en hadden minder jaren van heroïneverbruik achter zich.

5. Besluit

Voor deze specifieke groep van chronisch verslaafden (soms al tientallen jaren) zorgt dit aanbod van tijdelijke onderhoudsbehandeling voor onrust die hen ertoe kan bewegen niet aan dit project deel te nemen. Deze beperking in de tijd was in tegenspraak met hun kennis van hun verslaving, die chronisch is en al vele jaren weerstaat aan de geprobeerde behandelingen.

Eén jaar inclusie zou ook een te korte periode kunnen zijn voor deze personen die al meerdere behandelingen hebben geprobeerd, sommige gedurende vele jaren, en die dus tijd nodig hebben om een nieuwe behandeling en haar resultaten te observeren alvorens te beslissen een dergelijke behandeling te volgen.

Hoofdstuk C.Referentiecentra - Samenvatting

1. Inleiding

Er werden acties ondernomen om de informatie over het project te verspreiden bij de zogenaamde referentiecentra. Deze referentiecentra werden geselecteerd daar het gaat om organisaties die actief zijn op medisch-sociaal vlak en die in contact kunnen komen met gebruikers van straathoerïne. Deze centra waren geen partners van het project, daar ze geen methadonbehandeling verstrekken. We hebben contact met hen opgenomen om hen in eerste instantie te informeren over het project en hun de kans te bieden de informatie door te geven aan heroïnegebruikers en, vervolgens, om hun houding ten opzichte van het project te analyseren.

2. Methode

Tijdens de inclusie hebben we tweemaal contact opgenomen met deze centra: vanaf januari 2011 en vervolgens in oktober en november 2011. De geselecteerde en bezochte structuren hielden zich bezig met druggebruikers (laagdrempelig opvangcentrum en straathoekwerkers), prostitutie, problemen van geestelijke gezondheid (psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen) of personen die algemeen in een kwetsbare situatie verkeren (centra voor dagopvang, nachtopvang, sociale noodsituaties, sociale wasplaats en restaurants). De centra kregen een affiche die was ontworpen om de aandacht van de heroïnegebruikers te trekken en folders met nadere uitleg over hoe men aan het project kon deelnemen. Bij het tweede bezoek aan deze centra hebben we de werknemers ondervraagd met behulp van een gestructureerde vragenlijst teneinde te vernemen wat zijzelf en hun gebruikers vonden van het project TADAM. Het duurde ongeveer twintig minuten om de vragenlijst te beantwoorden.

3. Analyse van de resultaten

Tijdens de eerste actie die in januari 2011 van start is gegaan, heeft een onderzoekster 27 centra bezocht. Elk centrum kreeg tientallen folders en één of twee affiches. In oktober en november 2011 is de onderzoekster teruggekeerd naar 24 van die centra. De centra kregen opnieuw een aantal folders.

Uit het onderzoek dat bij dit tweede bezoek is gevoerd, bleek dat de centra de informatie niet stelselmatig verspreidden, maar de vragen van de gebruikers op gerichte wijze beantwoordden. Die vragen kwamen er vaak naar aanleiding van de folders en affiches. Algemeen meenden de interveniënten dat de heroïnegebruikers op de hoogte waren van het project en dat de informatie goed was doorgegeven via mondreclame.

Slechts 3 van de 24 centra die een tweede keer werden bezocht, hadden heroïnegebruikers op concrete wijze naar het project gestuurd. Van die 3 centra hield 1 er zich alleen bezig met gebruikers van illegale drugs (dit centrum, beheerd door een van onze partnercentra, had het

project op gedetailleerde wijze voorgesteld aan circa 200 of 250 personen). De andere 2 centra telden een groot aantal gebruikers van illegale drugs onder hun gebruikers.

De kritiek die de interveniënten en hun gebruikers (heroïnegebruikers) het vaakst formuleerden ten opzichte van het project, was de beperkte behandelingsduur van 12 maanden: één jaar leek hen een te korte periode om een verslaafde aan straatheroïne op efficiënte wijze te volgen; bovendien hadden ze vragen bij wat er met die personen moest gebeuren na het behandelingsjaar. Bovendien vonden sommige werknemers dat het project te veel voorwaarden meebracht voor de meest gedesocialiseerde gebruikers, zowel op het vlak van de formaliteiten die nodig zijn voor de inclusie als op het vlak van de strenge behandelingsvoorwaarden (vooral de vaste uren en de tijd die wordt gegeven om diacetylmorfine te roken). Volgens de centra wilden sommige heroïnegebruikers er niet toe verplicht worden elke dag naar het centrum te komen voor hun behandeling, daar ze regelmatige maar geen dagelijkse gebruikers zijn en niet elke dag wilden gebruiken. Ook de randomisering werd genoemd als een obstakel om deel te nemen aan het project.

Tijdens dit onderzoek heeft de onderzoekster vernomen dat meerdere geruchten de ronde deden. Zo werden de voor de inclusie te vervullen formaliteiten vaak geacht veel omslachtiger te zijn dan ze in werkelijkheid waren. Bovendien meenden de betrokkenen en de heroïnegebruikers ten onrechte dat personen geen cocaïne mochten gebruiken en huisvesting moesten hebben om te kunnen worden geïnculueerd. De onderzoekster heeft deze misvattingen rechtgezet en legde uit dat de inclusieformaliteiten vrij eenvoudig waren, dat cocaïneverbruik geen uitsluitingscriterium was en dat de inclusiecriteria een bewijs van verblijfplaats maar geen huisvesting vereisten.

In de centra die geen heroïnegebruikers naar het project hebben gestuurd, realiseerden de interveniënten (soms vrijwilligers) geen geïndividualiseerde begeleiding en waren ze niet bij machte om het TADAM-onderzoek in detail te beschrijven. Het begrip ‘referentiecentra’ was wellicht slecht gekozen, daar de betrokken centra, waarvan de meeste geen behandelingscentra waren, niet bij machte waren om een heroïnegebruiker op actieve wijze door te verwijzen naar een partnercentrum: het ging veeleer om plaatsen die informatie verstrekten over het project.

4. Besluit

De informatieverstrekking voor de heroïnegebruikers via de referentiecentra lijkt goed te hebben gefunctioneerd. Door het bezoek van het onderzoeksteam konden misvattingen worden rechtgezet. In de centra heeft de onderzoekster vastgesteld dat er zeer weinig verzet was tegen het project TADAM zelf of tegen de behandeling door middel van diacetylmorfine.

Hoofdstuk D. Kenmerken van de patiënten - Samenvatting

1. Inleiding

In dit hoofdstuk nemen we de gegevens op die werden ingezameld bij de 74 patiënten die aan het project hebben deelgenomen v or hun randomisering in de experimentgroep of de controlegroep. We hebben de kenmerken van onze patiënten vergeleken met die van andere bevolkingsgroepen: de algemene bevolking, personen die in België een behandeling voor een verslavingsprobleem hebben gevraagd en de patiënten die in het buitenland zijn ge nclueerd in de onderzoeken naar een behandeling door middel van diacetylmorfine.

2. Methode

De beschrijvende gegevens werden ingezameld tijdens de inclusiefase van 17 januari 2011 tot 16 januari 2012. De standaardvragenlijsten die werden gebruikt om de gegevens in te zamelen, werden beschreven in het protocol: EuropASI, TDI, EQ-5D, SCL-90-R, MAP-HSS, vragenlijsten inzake delinquentie en slachtofferschap. De vragenlijsten werden geïnformatiseerd op MS Access en de antwoorden van de patiënten werden tijdens het gesprek gecodeerd. Om de kenmerken van de patiënten te beschrijven hebben we ook de gegevens van het medisch onderzoek evenals de resultaten van de urine- en bloedstalen gebruikt.

3. Resultaten

De 74 ge nclueerde patiënten waren gemiddeld 43 jaar oud (tussen 29 en 60 jaar). Onze bevolking bestond vooral uit mannen (88%; n=65). Zoals dit geldt voor de algemene bevolking had 84% (n=62) de Belgische nationaliteit. 23% (n=17) behaalde een diploma van het hoger secundair onderwijs (tegen 69% van de algemene bevolking). 78% (n=58) van de patiënten had als voornaamste inkomensbron een sociale uitkering of een uitkering van het ziekenfonds, terwijl 28% (n=21) van de patiënten ten tijde van de inclusie geen eigen huisvesting had.

60% (n=44) van de patiënten leed aan een chronisch gezondheidsprobleem. 61% (n=44) had antilichamen voor het hepatitis C-virus en 7% (n=5) van de personen was besmet met het hiv-virus. 86% (n=64) van de patiënten had problemen met het gebit. 81% (n=60) verklaarde te kampen met ('lichte' of 'ernstige') problemen van angst of depressie. 51% van de patiënten (n=38) leed aan slaapstoornissen en 41% (n=30) had depressieve stoornissen. 45% van de patiënten heeft al een zelfmoordpoging ondernomen (n=33)).

93% (n=69) van de patiënten werd al eens strafrechtelijk vervolgd en 64% (n=47) heeft al ten minste  en maand in de gevangenis gezeten.

De patiënten hadden gemiddeld gedurende 20 jaar regelmatig heroïne verbruikt. Tijdens de laatste 30 dagen hebben ze op 27 dagen heroïne verbruikt. 93% (n=69) koos ervoor om

diacetylmorfine in te ademen in het DAM-centrum. Alle patiënten hadden al een methadonbehandeling gevolgd (gemiddeld gedurende 14 jaar). Op het ogenblik van de inclusie volgde 93% van de patiënten (n=69) een methadonbehandeling en 3% (n=2) een buprenorfinebehandeling. Gemiddeld hadden de patiënten 9 behandelingen voor een drugsprobleem geprobeerd.

4. Bespreking

Onze patiënten waren ouder dan de patiënten die deelnamen aan de buitenlandse onderzoeken, terwijl de inclusiecriteria van soortgelijke aard waren. Dit verschil zou kunnen worden verklaard door de algemene vergrijzing van de gebruikers van psychoactieve stoffen in Europa en Noord-Amerika. In ons onderzoek was de verhouding (78%) patiënten die voornamelijk van een sociale uitkering leefden duidelijk hoger dan in het buitenland, wat zou kunnen worden verklaard door een toegankelijker netwerk van sociale bescherming in België. Het percentage personen zonder stabiele huisvesting (28%) was niet groter dan in het buitenland maar was wel groter dan bij de andere behandelde bevolkingsgroepen in België.

Terwijl onze patiënten tijdens hun leven even delinquent zijn geweest als die van de buitenlandse studies, waren ze echter minder delinquent geworden dan in het buitenland op het ogenblik van de evaluatie. Dit lager delinquentiecijfer zou verband kunnen houden met het feit dat onze patiënten ouder zijn. De delinquentie zoals die welke we in het kader van ons project hebben bestudeerd, vertoont immers de neiging om af te nemen met de leeftijd.

Onze patiënten hebben een grote stabiliteit getoond in hun verbruik van straatheroïne. Op het ogenblik van het gesprek hadden ze hun gebruik van andere substanties echter vaak verminderd in vergelijking met wat ze enkele jaren eerder nog gebruikten. Het relatief beperkt aantal overdosissen onder onze patiënten zou kunnen worden verklaard door de vaak voorkomende gewoonte om heroïne in te nemen door inademing (in plaats van injectie), maar ook door het feit dat ze vaak een behandeling volgen (gemiddeld hadden onze patiënten 9 behandelingen voor een drugsprobleem gevolgd).

5. Besluit

Onze bevolking komt overeen met de doelgroep van het project, i.e. zware heroïneverslaafden voor wie hun verslaving een chronische ziekte is geworden: regelmatige gebruikers sinds 20 jaar, ondanks vele behandelingspogingen, met problemen van lichamelijke of geestelijke gezondheid evenals integratie in een delinquent milieu. Deze personen vormen een specifieke bevolkingsgroep die verschilt van de bevolking die in België vraagt om voor een drugsprobleem te worden behandeld.

Hoewel onze bevolking statistisch ver verwijderd ligt van de algemene bevolking, bestaat ze niet uit personen die op zich verschillend zijn. Onze 74 patiënten hebben immers slechts één gemeenschappelijk kenmerk: hun verslaving aan heroïne. Voor het overige toont onze bevolking een zeer grote diversiteit achter de statistieken die de neiging hebben die bevolking te uniformiseren.

RESULTATEN VAN HET GERANDOMISEERD GECONTROLEERD ONDERZOEK

Hoofdstuk E. Efficiëntie - Samenvatting

1. Inleiding

In dit hoofdstuk hebben we de efficiëntie van de behandeling door middel van diacetylmorfine vergeleken met de efficiëntie van methadonbehandelingen voor de 74 patiënten die in het gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek zijn geïncludeerd, volgens de voorwaarden van het protocol.

2. Methode

Het protocol heeft de evaluatiemodaliteiten bepaald: voorwaarde van de behandelingen, inclusiecriteria van de subjecten, efficiëntiecriteria, omstandigheden en evaluatie-instrumenten. Onze evaluaties steunden op bij de patiënten ingezamelde gegevens (vragenlijsten, urine- en bloedstalen), op gegevens van het Parket (over eventuele vervolgingen m.b.t. onze patiënten) en op gegevens die de partnercentra hebben opgestuurd (voor het methadonvoorschrift en de psychosociale begeleiding).

3. Analyse van de resultaten

Op T12 hebben we 70 (95%) van de 74 patiënten teruggezien; 3 wilden niet dat we opnieuw contact met hen opnamen en 1 patiënt is in de loop van het project overleden.

➤ *Verloop van de behandelingen*

In het DAM-centrum bedroeg de gemiddelde ingeademde DAM-dosis 574 mg. Na 360 dagen behandeling was de gemiddelde dosis nog steeds hoog (355 mg), wat erop wijst dat vele patiënten niet klaar waren voor onthouding. De patiënten kwamen gemiddeld 2,3 maal per dag langs in het DAM-centrum (met een mediaan van 2,0). De ernstige ongewenste gebeurtenissen die zich hebben voorgedaan, waren niet rechtstreeks verbonden met het toedienen van DAM. Inademen zou de risico's van een overdosis kunnen beperken, daar dit een geleidelijke toediening mogelijk maakt in tegenstelling met de injectie van het product. De patiënten van de methadongroep kregen gemiddeld 67 mg methadon per dag (77 mg voor wie een behandeling voortzette in de partnercentra).

➤ *Retentie in behandeling*

Na de 12 maanden van begeleiding was de retentie in het door randomisering toegewezen centrum groter in de experimentgroep dan in de controlegroep (75% vs. 34%). In deze berekening werd een aanzienlijk deel van de patiënten van de controlegroep echter geacht de behandeling te hebben beëindigd terwijl ze nog een methadonbehandeling volgden buiten een

partnercentrum. Tellen we die patiënten mee, dan wordt het verschil in retentie tussen beide groepen kleiner (83% versus 79%).

➤ *Vergeleken efficiëntie van beide groepen*

Op alle evaluatiemomenten toonde de behandeling door middel van diacetylmorfine een grotere efficiëntie dan de methadonbehandeling: de patiënten van de experimentgroep (n=36) toonden grotere verbeteringen dan de patiënten van de controlegroep (n=38) volgens het protocol. Het verschil tussen beide groepen was statistisch gezien significant op de momenten van tussentijdse evaluatie (op T03, T06 en T09), maar dit was niet langer het geval op T12. De situatie van de experimentgroep is immers verslechterd tussen T09 en T12 (meer bepaald voor het verbruik van straatheroïne).

Deze afname van de efficiëntie op T12 zou kunnen worden verklaard door de vrees voor het einde van de behandeling door middel van diacetylmorfine in de 12^{de} maand. Het ontbreken van significantie van het verschil op T12 zou dus kunstmatig zijn en verband houden met de voorwaarden van het onderzoek, niet met de experimentele behandeling. Bovendien legde het onderzoek geen stopzetting van de methadonbehandeling op. Tijdens de laatste vergadering van de wetenschappelijke commissie van het project in juni 2013 hebben de deskundigen de aanbeveling geformuleerd om de resultaten van de evaluatie op T09 als referentie te nemen, daar die volgens hen waardevoller zijn dan de resultaten op T12.

➤ *Andere efficiëntiemetingen*

Op T12 toonde de experimentgroep echter significant grotere verbeteringen dan de controlegroep, zonder een verslechtering te tonen. Zo consumeerde de experimentgroep beduidend minder straatheroïne en benzodiazepine. De (lichamelijke en geestelijke) gezondheid van de experimentgroep is aanzienlijk verbeterd (meer bepaald wat betreft de gevoelens van depressie en de psychotische trekjes).

De patiënten van beide groepen significant minder delinquente feiten gepleegd. In vergelijking met de controlegroep toonden de patiënten van de experimentgroep een grotere maar niet significante afname van dergelijke feiten. Het cocaïneverbruik in beide groepen was relatief zwak in vergelijking met de buitenlandse studies en op dit vlak werd er geen enkel bijzonder gevolg van de behandelingen vastgesteld. 43% van de patiënten van het project had geen vaste woonplaats op het ene of andere ogenblik tijdens de 12 maanden van evaluatie (zonder verschil tussen beide groepen). Het project TADAM heeft dus geen daklozen uitgesloten.

4. Besluit

Op T12 was het verschil in efficiëntie tussen beide groepen statistisch gezien niet significant, terwijl dat wel het geval was op elk moment van tussentijdse evaluatie (T03, T06 en T09). De verschillende analyses vergroten de waarschijnlijkheid dat het ontbreken van significantie van dit verschil op T12 een fout negatief is. Deze hypothese van het fout negatief wordt versterkt

door het resultaat van de buitenlandse studies (met hetzelfde behandelingsmodel) die stuk voor stuk onze resultaten bevestigen.

Het meest significante verschil tussen beide groepen had betrekking op de afname van het verbruik van straatheroïne, dat drastisch is verminderd in de experimentgroep ten opzichte van de controlegroep ($p < 0,01$).

Het gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek heeft aangetoond dat de behandeling door middel van diacetylmorfine in België praktisch haalbaar is. Net als in het buitenland biedt deze behandeling een efficiëntere oplossing dan een methadonbehandeling voor personen die straatheroïne blijven gebruiken en al een methadonbehandeling hebben gevolgd. Op termijn kan deze oplossing echter alleen werkelijk efficiënt zijn indien de patiënt er niet toe wordt verplicht om zijn behandeling stop te zetten. De behandeling beëindigen zonder dat de patiënt het wil, heeft een grote negatieve impact op zijn evolutie. De verslaving aan heroïne van onze doelgroep moet immers worden beschouwd als een chronische ziekte die een langdurige begeleiding vereist.

Hoofdstuk F. Sociaaleconomische evaluatie - Samenvatting

1. Streefdoel

Dit deel van de evaluatie had tot doel het niveau van sociaaleconomische efficiëntie van de behandeling door middel van diacetylmorfine in het DAM-centrum te bepalen in vergelijking met de methadonbehandelingen in de partnercentra en dit voor de 74 patiënten van het project.

2. Design, kader, deelnemers en resultaatsindicatoren

Deze evaluatie steunt op een kosten-batenanalyse die is aangepast aan de specifieke context van de behandeling door middel van diacetylmorfine en werd gemaakt vertrekkende van de gerandomiseerde patiënten tussen beide behandelingen en die werden gevolgd gedurende 12 opeenvolgende maanden tijdens de periode 2011-2012 in een gecontroleerde homogene organisatorische context, op basis van het protocol dat in juni 2010 werd goedgekeurd. De 74 deelnemers vertegenwoordigen een groep van personen die zwaar verslaafd zijn aan straatheroïne, die weerstaan aan de bestaande behandelingen en die bereid zijn dagelijks naar het gestructureerd DAM-centrum te komen dat met het oog op de experimentele behandeling werd gecreëerd.

De volgende resultaatsindicatoren werden geselecteerd:

- De tijdens de periode 2011-2012 waargenomen reële kosten die voortvloeien uit de behandeling van de 74 patiënten, ongeacht of het om vaste of variabele kosten gaat.
- De maatschappelijke baten gemeten door het verschil tussen de experimentgroep en de controlegroep dat afkomstig is van het boekhoudkundig verschil tussen de maatschappelijke opbrengsten tijdens de observatieperiode van het experiment en de maatschappelijke kosten die tijdens diezelfde periode worden opgelopen, geïdentificeerd op basis van verklaringen die de deelnemers zelf naar voren brengen en die tijdens de behandelingsperiode stelselmatig werden verzameld.

3. Analyse van de resultaten

Om de samenvatting van de resultaten te vertegenwoordigen nemen we als referentiejaar het jaar 2011, dat het grootste aantal behandelingsdagen telt (6.333⁵ dagen in 2011 versus 4.649 dagen in 2012), daar een groot aantal patiënten begin 2011 werd geïncludeerd. De kostprijs van de behandeling in het DAM-centrum bedroeg 844.371 € (voor 6.333 dagen effectieve behandeling). De kosten die uitsluitend verbonden zijn met de private stichting TADAM

⁵ Het gaat om het totaal aantal dagen dat een patiënt effectief in het centrum werd behandeld en er diacetylmorfine heeft gekregen.

(177.669 €) werden niet meegerekend, daar ze niet konden worden toegeschreven aan de behandeling door middel van diacetylmorfine. In 2011 vertegenwoordigden de vaste kosten 64% van de totale kostprijs van de behandeling. De rechtstreekse human resources vertegenwoordigden 72% van de kosten (lonen en erelonen). De dagelijkse behandelingskosten per patiënt in het DAM-centrum bedroegen gemiddeld 133 €. Indien 74 patiënten waren behandeld in het DAM-centrum, zou deze kostprijs 63 € hebben bedragen; indien 100 patiënten waren behandeld, dan zou het om een bedrag van 46 € zijn gegaan. Die laatste kosten komen in de buurt van de kostprijs van het experiment in Zwitserland. In ons onderzoek werd de dagelijkse kostprijs voor een patiënt die in een partnercentrum een methadonbehandeling volgt tussen 9 € en 14 € geraamd.

Op deze basissen hebben we berekend dat de behandeling in het DAM-centrum, in vergelijking met de methadonbehandeling in een partnercentrum, jaarlijkse meerkosten per patiënt van ca. 20.000 € meebracht. Deze meerkosten werden niet gecompenseerd door de extra maatschappelijke winst. De bijkomende maatschappelijke winst die in het DAM-centrum werd gegenereerd, bedroeg immers ca. 2.500 €, rekening houdend met de maatschappelijke inkomsten maar ook met de onvermijdelijke bijkomende maatschappelijke kosten als gevolg van een snelle re-integratie van de patiënten in het maatschappelijk leven en in een klassiek proces van medische opvolging. Die maatschappelijke winst bedroeg ca. 4.500 € wanneer we alleen rekening houden met de maatschappelijke inkomsten die een patiënt van het DAM-centrum genereert tijdens de inclusieperiode (waarvan bijna 71% het gevolg is van de vermindering van de gerechtelijke kosten).

Het te klein aantal patiënten dat effectief in het experiment werd geïncludeerd en er tot het einde aan heeft deelgenomen, is duidelijk een inductor van overconsumptie van middelen die zwaar op het experiment heeft gewogen.

Om de impact van de vaste kosten sterk terug te dringen, situeren de oplossingen waaraan voorrang moet worden gegeven, naast de verhoging van het aantal patiënten, zich op de volgende paden die klassieke paden zijn op het gebied van de organisatorische strategie, of in een combinatie van die paden:

- Uitbesteden (i.e. in onderaanneming geven) van een deel van de gespecialiseerde human resources aan een ter zake gespecialiseerde entiteit (bv. private vennootschap of vzw).
- Het experiment onderbrengen bij een bestaande structuur waarmee de vaste ondersteuningskosten op betekenisvolle wijze kunnen worden gedeeld, meer bepaald op het niveau van de infrastructuur (bv. de al bestaande centra voor methadonbehandeling of andere dergelijke structuren).
- De activiteiten diversifiëren door in de minder drukke periodes andere activiteiten op te nemen (bv. toezicht op een methadonbehandeling), teneinde opnieuw de vaste kosten af te schrijven over een groter aantal activiteiten in de boekhoudkundige betekenis.

4. Besluit

De behandeling door middel van diacetylmorfine bleek economisch gezien minder efficiënt te zijn dan een methadonbehandeling in het precieze kader van dit gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek waarin 74 patiënten werden geïnclueerd. Als gevolg van de beperkte observatieduur van de maatschappelijke gevolgen van de behandeling door middel van diacetylmorfine wordt de definitieve omvang van die maatschappelijke gevolgen echter onderschat.

Hoofdstuk G. Criminologische aspecten - Samenvatting

1. Inleiding

In dit hoofdstuk stellen we eerst en vooral de complexe relatie tussen druggebruik en delinquentie voor, alsook het resultaat van buitenlandse studies naar de behandeling door middel van diacetylmorfine met betrekking tot de delinquente feiten van de patiënten. Vervolgens harnemen we de criminologische gegevens van het onderzoek, met inbegrip van die welke al aan bod zijn gekomen in de hoofdstukken *D. Kenmerken van de patiënten* en *E. Efficiëntie*.

2. Methode

We hebben gebruik gemaakt van de gegevens afkomstig van het EuropASI, van zelfgerapporteerde vragenlijsten inzake delinquentie en slachtofferschap alsook van de gegevens van het Parket. Dit punt bevat ook een gedetailleerde beschrijving van de methode die we hebben gebruikt om de door het Parket van Luik geregistreerde vervolgingen tegen de 74 patiënten van het onderzoek te verzamelen. Die laatste gegevens werden behandeld in het hoofdstuk *E. Efficiëntie* en, in mindere mate, in het hoofdstuk *M. IMPEN*.

3. Analyse van de resultaten

Voor al onze patiënten is er een algemene dalende tendens gebleken uit de bestudeerde feiten, of het nu gaat om de prevalentie, het voorkomen of het voordeel dat uit de inbreuken wordt gehaald. De daling is groter in de experimentgroep. Afhankelijk van het soort inbreuk hebben we meer bepaald meerdere vaststellingen gedaan:

- In beide groepen is de daling zeer duidelijk voor drie soorten inbreuken: winkeldiefstal, diefstal in een voertuig en drugshandel.
- Heling kwam weinig voor bij de patiënten van de experimentgroep en is duidelijk afgenomen in de controlegroep.
- Onze 70 subjecten hebben weinig feiten van inbraak gepleegd. Die weinige feiten zijn nog gedaald in de experimentgroep.
- Sommige feiten werden niet of bijna niet gepleegd door onze subjecten. Geen enkele patiënt heeft feiten gepleegd van grijpdiefstal, valsheid in geschrifte of gebruik van valse geschriften of van bedrog bij de verkoop van drugs tijdens de 18 bestudeerde maanden (6 maanden vóór de inclusie en tijdens de 12 maanden van het onderzoek). Slechts twee patiënten van de controlegroep hadden feiten van gauwdiefstal gepleegd (weliswaar tijdens de 6 maanden voorafgaand aan de inclusie). Vóór T12 heeft slechts één patiënt zich schuldig gemaakt aan diefstal met geweld.

- Twee soorten feiten zijn licht gestegen tijdens de laatste 6 maanden, maar hebben betrekking op slechts zeer weinig patiënten: feiten van openbare schennis van de goede zeden zijn gestegen in de experimentgroep (2 vrouwelijke prostituees hebben meer feiten gepleegd vóór T12 in vergelijking met de periode voorafgaand aan de inclusie) en het aantal daders van slagen en verwondingen is toegenomen in de controlegroep en is niet gedaald in de experimentgroep.

Het aantal feiten van slachtofferschap in verband met diefstallen en oplichterij bij de aankoop van drugs is parallel gedaald in de experimentgroep. Tijdens de 18 bestudeerde maanden is geen enkele patiënt het slachtoffer geweest van seksuele agressie.

4. Besluit

In de experimentgroep zijn de prevalentie en het voorkomen van delinquente feiten en feiten van slachtofferschap meer gedaald dan in de controlegroep met betrekking tot feiten van verwerving (winkeldiefstal, diefstallen in voertuigen en verkoop van drugs). De prevalentie inzake slagen en verwondingen en prostitutie kende echter geen wijziging. Dit resultaat is vergelijkbaar met het resultaat van de studies in het buitenland. De behandeling door middel van diacetylmorfine zou bijgevolg de verwervende en systemische delinquentie van zware heroïneverslaafden kunnen verminderen. Deze behandeling zou een efficiënte techniek van situationele preventie van sommige delinquente feiten zijn.

Hoofdstuk H. Tevredenheid van de behandelde patiënten - Samenvatting

1. Inleiding

We hebben de tevredenheid van de patiënten gemeten vóór hun inclusie in het project TADAM en tijdens de 12 maanden waarin ze werden behandeld (met diacetylmorfine of methadon). We meten deze tevredenheid op kwantitatief en kwalitatief vlak.

2. Methode

We hebben gebruik gemaakt van twee standaardvragenlijsten. De Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8), voorgelegd van T0 tot T12, werd gebruikt om de evolutie van de globale tevredenheid van beide groepen vóór T0 en tijdens het project te vergelijken. Dankzij de Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ) konden we de elementen die de tevredenheid van de patiënten tijdens het project versterken of beletten nauwkeuriger analyseren. Bij elke vraag van de TPQ hebben de onderzoeksters de patiënten er immers toe aangezet om hun mening toe te lichten. Met behulp van de software voor kwalitatieve analyse NVivo 9 werden de commentaren grondig geanalyseerd.

3. Analyse van de resultaten

Vóór hun inclusie in het project TADAM behaalden de patiënten een gemiddelde score van 73% in de CSQ-8. Als gevolg van de randomisering was de tevredenheid verschillend in beide groepen (71% versus 76%). Tijdens het experiment waren de patiënten die in het DAM-centrum een behandeling door middel van diacetylmorfine volgden duidelijk tevredener dan ze dat waren vóór hun inclusie: hun score steeg van 71% tot 82%. De patiënten die een methadonbehandeling volgden, bleven min of meer even tevreden (of ontevreden) op T0 en T03 (hun score daalde van 76% tot 75%). Op T12 daalde de tevredenheid voor de patiënten van het DAM-centrum en steeg de tevredenheid bij de patiënten die een methadonbehandeling volgden (81% versus 79%). Deze scores en hun evolutie kwamen sterk overeen met die van het Canadees onderzoek waar de behandeling door middel van diacetylmorfine eveneens werd stopgezet na een periode van 12 maanden (83% versus 78%).

In de TPQ echter waren de patiënten van het DAM-centrum minder tevreden over hun behandeling na 3 maanden in vergelijking met de patiënten die een methadonbehandeling volgden (70% versus 73%). De verschillen tussen beide groepen konden worden toegelicht dankzij de commentaren van de patiënten. Zo waren de patiënten van het DAM-centrum duidelijker tevredener over de overeenstemming tussen de gekregen en de gezochte hulp (82% versus 71%). Ze verklaarden tevreden te zijn over het feit dat ze diacetylmorfine kregen; dit liet hun toe minder straatheroïne te gebruiken en zo verminderden ook de problemen als gevolg van het zoeken naar straatheroïne. De ontevredenheid van de patiënten

die een methadonbehandeling volgden kon overigens deels worden verklaard door hun ontgoocheling over het feit dat ze geen behandeling in het DAM-centrum konden volgen. Volgens een andere studie was deze vraag positief gecorreleerd met een verbetering van de gezondheid en met de onthouding.

De patiënten van het DAM-centrum waren echter veel minder tevreden dan de anderen met betrekking tot de regels van hun behandeling (54% versus 73%). Hun belangrijkste verwijt, dat tijdens de TPQ vaak werd herhaald, betrof de tijd die ze kregen om diacetylmorfine in te ademen (maximaal 30 minuten) en die te kort was om de voorgeschreven dosis diacetylmorfine te kunnen innemen. Ze hadden ook kritiek op de onbuigzaamheid van deze regel die gold voor alle patiënten, ongeacht de gekregen dosis diacetylmorfine. Geen enkele andere vraag in een groep kreeg een zo lage tevredenheidsscore. Met betrekking tot de gekregen informatie waren de patiënten van het DAM-centrum minder tevreden dan zij die een methadonbehandeling volgden. Voor deze patiënten hadden de voornaamste tekortkomingen op het vlak van de informatieverstrekking betrekking op het voorschrijven van diacetylmorfine en de samenstelling van de zakjes met inadembare diacetylmorfine.

4. Besluit

Terwijl de vragenlijst CSQ-8 wordt aanbevolen om de algemene tevredenheid van de patiënten van twee verschillende diensten te vergelijken, is de TPQ een nuttiger instrument om de concrete redenen van tevredenheid of ontevredenheid van de behandelde patiënten te kennen. Deze vragenlijst zou na drie maanden en vervolgens om de 12 maanden kunnen worden gebruikt in de behandelingen met diacetylmorfine of methadon met als doel de kwaliteit van de opvang te verbeteren. Beide vragenlijsten hebben ons geleerd dat, voor onze patiënten, de behandeling door middel van diacetylmorfine beter beantwoordde aan de verwachte hulp dan een methadonbehandeling, maar ook dat de patiënten van het DAM-centrum minder tevreden waren dan de patiënten die een methadonbehandeling volgden met betrekking tot specifieke aspecten van hun behandeling. De tevredenheid van de patiënten van het DAM-centrum zou groter kunnen worden indien er rekening wordt gehouden met hun mening betreffende de behandeling.

WERKING VAN HET DAM-CENTRUM EN IMPACT OP DE OMGEVING

Hoofdstuk I. Waarnemingen in het DAM-centrum - Samenvatting

1. Inleiding

Het onderzoeksteam heeft waarnemingen verricht in het DAM-centrum. Het doel bestond erin de concrete werking van dit centrum, zoals waargenomen door twee onderzoeksters, te beschrijven. Met deze beschrijving hopen we de lezer ertoe te bewegen zich onder te dompelen in het leven van het centrum en de organisatoren van een nieuw DAM-centrum te helpen door hun aandacht te vestigen op de moeilijkheden waarmee het verzorgingspersoneel en de patiënten te maken kunnen krijgen tijdens deze behandeling.

2. Methode

Om dit werk behoorlijk uit te voeren, hebben we gebruik gemaakt van drie soorten gegevens: een zo nauwkeurig mogelijke beschrijving van de lokalen (gestaafd met foto's), aantekeningen die werden gemaakt tijdens gesprekken met het verzorgingspersoneel en waarnemingen inclusief het maken van aantekeningen tijdens de periodes van toediening van de diacetylmorfine. De tijdens de waarnemingsperiodes gemaakte aantekeningen werden getranscribeerd en geanalyseerd met behulp van de software NVivo 9 (gebruikt voor kwalitatieve analyses).

3. Analyse van de waarnemingen

Tijdens de waarnemingen werd de onderzoekster getroffen door de algemeen gemoedelijke sfeer bij het toedienen van de diacetylmorfine. Ondanks een globaal probleemloze werking heeft ze toch enkele moeilijkheden vastgesteld in het centrum:

- Sommige patiënten kwamen een heel eind vóór het openingsuur naar het centrum en bleven in groep op het voetpad voor het centrum staan.
- Het centrum bevond zich in een grote glazen en niet-geïsoleerde ruimte, als gevolg waarvan er extreme temperaturen werden gemeten in de lokalen. De patiënten, die niet lang ter plaatse bleven, hadden daarover geen klachten, maar dit leidde tot een penibele situatie voor het verzorgingspersoneel.
- De persoon die instond voor het onthaal, werd soms overrompeld door de komst van de patiënten: ze moest meerdere taken uitvoeren (sleutels voor de kastjes, sleutel voor de toiletten, de aangekomen patiënten inschrijven, controle van de toestand van de patiënten vóór en na het inademen, ademtest) en moest tegelijk vragen van de patiënten beantwoorden en hun aankomst in de lokalen waar het product werd toegediend beheren.

- Het lokaal waar het product werd ingeademd, had niet de configuratie zoals aanbevolen door het protocol op basis van de normen die in Nederland worden toegepast. Er was kritiek op de toedieningslokalen en de inademcabines:
 - De patiënten vonden de cabines te nauw; bij het betreden of verlaten van de cabines bestond het risico dat ze andere patiënten aanraakten of een por gaven terwijl die het product aan het inademen waren.
 - Het verzorgingspersoneel ondervond moeilijkheden bij het toezicht op de patiënten tijdens het inademen van diacetylmorfine, daar de patiënten vrij dicht bij elkaar zaten, de weerspiegeling op de ruiten van de cabines het personeel verhinderde om de gebaren van de patiënten duidelijk waar te nemen en het aanwezige personeel ook andere taken moest uitvoeren (vragen van patiënten beantwoorden, registratie van aankomende en vertrekkende patiënten, het zakje met diacetylmorfine en het inademingsmaterieel overhandigen, erop toezien dat de patiënten het lege zakje en het materieel teruggaven na inademing).
- De specifieke configuratie van het inademlokaal liet anderzijds een direct contact tussen het team en de patiënten toe en dit leek bevorderlijk voor de uitwisselingen tussen beide partijen.
- De tijd die de patiënten kregen om hun diacetylmorfine in te nemen was een bron van spanning tussen het verzorgingspersoneel en de patiënten. Die patiënten waren vaak gestresseerd omdat de tijd die ze kregen niet altijd volstond om hun dosis diacetylmorfine volledig in te nemen. Van hun kant moesten de verzorgers drie controletaken uitvoeren: oog hebben voor een eventuele staat van intoxicatie van de patiënten bij het inademen van het product, erop toezien dat er geen diacetylmorfine werd weggenomen en, tot slot, ervoor zorgen dat eenieder de voorgeschreven timing in acht nam. Deze niet aflatende controle werd soms moeilijk verdragen door de patiënten.

4. Besluit

Ondanks deze enkele moeilijkheden gaven de verzorgers blijk van een welwillende houding en stelden ze alles in het werk opdat de behandeling optimaal zou verlopen. We vinden het belangrijk de nadruk te leggen op de grote bijdrage van de patiënten tot deze positieve sfeer. Het gaat om een broos evenwicht waarbij enkel het aanpassingsvermogen van elke aanwezige het mogelijk maakte een aangename sfeer te behouden en te voorkomen dat spanningen uit de hand zouden lopen.

Hoofdstuk J. Drie maanden na het beëindigen van de behandeling door middel van diacetylmorfine - Samenvatting

1. Inleiding

Het protocol voorzag in een onderzoek m.b.t. de patiënten na het einde van de behandeling, maar alleen in het geval waarin de werklust van het onderzoeksteam dit zou toelaten daar dit deel van het onderzoek plaats had na afloop van het gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. In dit deel van het onderzoek werden de patiënten die aan het onderzoek hadden deelgenomen 3 maanden na het einde van hun 12 maanden durende behandeling, i.e. in de 15^{de} maand (T15), ondervraagd met behulp van dezelfde instrumenten die werden gebruikt om de efficiëntiecriteria te evalueren op de andere evaluatiemomenten. De analyse van deze kwantitatieve gegevens op T15 werd toegevoegd aan het hoofdstuk *E. Efficiëntie*.

Er werd ook een kwalitatieve analyse toegevoegd op T15. De patiënten die in het DAM-centrum waren behandeld, werden grondig ondervraagd over hun experiment in het DAM-centrum en over de gevolgen daarvan voor hun leven (op het vlak van gezondheid, op relationeel en sociaal-professioneel vlak en op het vlak van hun druggebruik). Deze kwalitatieve analyse van de mening van de patiënten werd al uitgevoerd, maar moet nog worden neergeschreven en werd bijgevolg niet opgenomen in het eindrapport.

2. Analyse van de resultaten

Het verschil in efficiëntie tussen beide groepen bleef groot op T15 en er waren meer responders bij de patiënten van de experimentgroep, i.e. meer patiënten van die groep hebben verbeteringen van hun situatie getoond ten opzichte van T0 (vóór de randomisering). Er was een groot verschil op het vlak van het aantal responders in beide groepen. Uit dit eerste resultaat bleek dat verbeteringen als gevolg van de behandeling in het DAM-centrum niet verdwenen na het einde van de behandeling.

De toename van het heroïneverbruik in de experimentgroep op T15 was echter aanzienlijk. Deze toename was het opvallendste gevolg van het beëindigen van de DAM-behandeling. Op T15 was het gemiddeld verbruik van straatheroïne door de experimentgroep bijna even groot als het verbruik door de controlegroep. Het begin van deze verbruikstoename werd al vastgesteld op T12. Volgens ons was deze toename het gevolg van het feit dat de patiënten anticipeerden op het einde van de DAM-behandeling.

3. Besluit

Deze sterke toename van het verbruik van straatheroïne op T15 was wellicht een aanwijzing van een toekomstige verslechtering van de situatie van de experimentgroep. Deze hypothese werd nog versterkt door de gevoelens van leegte, eenzaamheid en depressie waaraan veel patiënten uiting gaven na afloop van hun behandeling in het DAM-centrum.

Hoofdstuk K. Ervaring van de verzorgers van het DAM-centrum - Samenvatting

1. Inleiding

Tijdens de periode van twee jaar waarin het DAM-centrum open was hebben we diepgaande individuele gesprekken gevoerd met de personeelsleden van het centrum om te vernemen wat zij vonden over de werking van het centrum. We hebben deze gesprekken gebruikt om de ervaring van de verzorgers in het DAM-centrum te illustreren.

2. Methode

We hebben alleen gesprekken gevoerd met het personeel dat rechtstreeks betrokken was bij de behandeling door middel van diacetylmorfine en contact had met de patiënten in het DAM-centrum: de verplegers en verpleeghulpen enerzijds en de artsen anderzijds. De diepgaande gesprekken, van het half-gestuurde type met een gespreksrooster, lieten de ondervraagde toe naar believen uit te weiden over het ene of andere thema. De gesprekken werden opgenomen en elk gesprek werd anoniem gemaakt ter gelegenheid van het *ad verbatim* transcriberen. De gesprekken werden geanalyseerd met behulp van de software NVivo 9.

3. Analyse van de resultaten

We hebben 13 verplegers en verpleeghulpen ondervraagd. De tevredenheid van de verzorgers kwam vooral tot uiting op het niveau van de relaties die ze binnen hun team of met de patiënten onderhielden. Ze verklaarden dat er binnen het team een goede sfeer heerste en dat er solidariteit was onder de teamleden. Buiten deze aspecten spraken ze vooral over de moeilijkheden die ze bij hun werk ondervonden; dit zou een verklaring kunnen bieden voor het grote personeelsverloop dat we bij de verplegers en verpleeghulpen hebben waargenomen. Een groot deel van de moeilijkheden zou het resultaat zijn van de tegenstrijdigheid tussen twee van de rollen die ze moesten vervullen: die van bewaker en van referent.

In hun rol van bewaker zorgden de personeelsleden er enerzijds voor dat de patiënten geen ongewenste effecten vertoonden bij het innemen van diacetylmorfine en daarna. Anderzijds moest het personeel erop toezien dat de patiënten hun dosis diacetylmorfine niet verduisterden. De taak van bewaker had dus een dubbele doelstelling: medisch en repressief. Deze bewakingstaak werd als routineus, vermoeiend of ondankbaar ervaren.

Een andere belangrijke rol van het verpleegkundig team was die van referent. In dit kader moest elke interveniënt regelmatig een gesprek hebben met de patiënten die hij moest opvolgen. De interveniënten vonden dit een belangrijke rol en verklaarden dat ze een relatie wensten aan te knopen met de patiënten en met hen een vertrouwensband te ontwikkelen. Had een patiënt echter vragen inzake medische, psychologische en sociale begeleiding die het strikte kader van de behandeling door middel van diacetylmorfine te buiten ging, dan moest

de referent de patiënt doorsturen naar zijn partnercentrum, wat tot een gevoel van frustratie leidde.

Een eerste conflict tussen beide rollen deed zich voor met betrekking tot de tijd. Het toezicht nam een belangrijke plaats in het dagelijks werk in en verhinderde een onmiddellijk antwoord wanneer een patiënt om een gesprek vroeg. Een tweede conflict had betrekking op het beeld dat de patiënten kregen. Enerzijds moest de interveniënt toezicht houden en eventueel bestraffen, anderzijds probeerde hij als referent een vertrouwensrelatie tot stand te brengen opdat de patiënt zijn behoeften onder woorden zou kunnen brengen. Volgens de ondervraagden leidde deze tegenstrijdigheid tot moeilijkheden bij de patiënten die het soms lastig hadden zich te positioneren tegenover het team. De interveniënten betreurden ook dat sommige patiënten hen alleen zagen in hun rol van opzichter en jegens hen een defensieve houding aannamen door de gesprekken te weigeren of geen vragen te stellen. Geconfronteerd met deze situatie toonde het personeel tekenen van ontgoocheling en frustratie, gaf het des te meer de schuld aan de rol van opzichter en gaf het de wens te kennen meer in relatie met de patiënt te willen treden.

De verzorgers verklaarden dat ze psychosociale taken wensten te vervullen en een functie wensten te bekleden die gewoonlijk door opvoeders, maatschappelijk assistenten of psychologen wordt ingenomen. Deze wens om psychosociaal werk te verrichten zou het gevolg kunnen zijn van een behoefte om nuttig te zijn en zich nuttig te voelen, die op geen enkele andere wijze kon worden uitgedrukt in het kader van hun werk in het DAM-centrum.

Bovendien was het personeel van mening dat het klaarmaken en afleveren van de diacetylmorfine stress met zich meebracht, meer bepaald als gevolg van de strenge controleprocedures en de vrees om van diefstal te worden beschuldigd.

Van de vier artsen in het DAM-centrum verrichtte de arts-psychiater voornamelijk coördinerend werk, terwijl de andere drie regelmatig contact hadden met de patiënten (voorschrijven van diacetylmorfine). Deze artsen waren tevreden met de positieve gevolgen van de behandeling voor de patiënten. Twee huisartsen betreurden echter dat hun rol zich beperkte tot het voorschrijven van diacetylmorfine. Ze hadden de patiënten graag op globalere wijze begeleid.

2. Besluit

De interviews met de artsen, de verplegers en de verpleeghulpen van het behandelingscentrum brachten moeilijkheden aan het licht in hun dagelijks werk, meer bepaald op het vlak van het vervullen van de verzorgende rol. Een optimale begeleiding van de patiënten veronderstelt ook een goed beheer van de verzorgingsteams. Met het oog op de eventuele opening van een toekomstig DAM-centrum zal het belangrijk zijn oog te hebben voor de moeilijkheden die het verzorgend personeel ervaart.

Hoofdstuk L. Integratie van het DAM-centrum in het netwerk van instellingen die met verslavingen werken

1. Inleiding

Het DAM-centrum werd in het stadscentrum van Luik geïnstalleerd met als doel dicht bij zijn doelgroep te zijn, i.e. personen die zwaar verslaafd zijn aan straatheroïne. In het belang van de medische, psychologische en sociale begeleiding van deze patiënten moest dit nieuwe centrum ook in contact staan met de andere instellingen die deze mensen opvangen. Op basis van de gesprekken met de interveniënten van deze sector, voornamelijk die van de partnercentra, hebben we bijgevolg een analyse gemaakt van de integratie van het DAM-centrum in het Luiks netwerk van hulp- en zorginstellingen voor verslavingen.

2. Methode

Het onderzoeksteam heeft de gegevens verzameld tijdens overlegvergaderingen tussen de hulp- en zorginstellingen op het voor verslavingen (vergaderingen van het Luiks psychiatrisch platform), tijdens specifieke vergaderingen in de partnercentra, in het kader van individuele gesprekken met interveniënten van de partnercentra en, tot slot, door middel van een enquête van de private stichting TADAM naar de samenwerking met de partnercentra. De opgenomen gesprekken en de aantekeningen die tijdens deze ontmoetingen werden gemaakt, werden getranscribeerd en geanalyseerd met behulp van de software voor kwalitatieve analyse NVivo 9.

3. Resultaten

Terwijl de meeste interveniënten van de partnercentra nog vóór de start van het project blijken gaven van een positieve houding ten aanzien van het project TADAM, vreesde de verantwoordelijke van een van deze centra (dat, in tegenstelling met de andere, geen wachtlijst had) dat er bij zijn patiënten massale belangstelling voor de nieuwe behandeling door middel van diacetylmorfine zou ontstaan. Ondanks deze vrees en ondanks het gebrek aan plaatsen voor nieuwe patiënten in de andere structuren, heeft elk centrum zich geïmpliceerd in het rekruteren en begeleiden van de patiënten. Wanneer het de werknemers aan tijd ontbrak, aarzelden ze niet om aan de betrokkenen het advies te geven zich voor de inclusie tot een ander centrum te wenden. Bovendien hebben de interveniënten zich steeds beschikbaar opgesteld, zowel om samen te werken met het onderzoeksteam (vragen beantwoorden, patiënten helpen vinden, de vergaderingen bijwonen) als wat betreft de inclusie van de patiënten waarin ze veel tijd en energie moesten steken.

De patiënten hebben zich echter niet op het project ‘gestort’ ondanks de vrees van een van de centra en ondanks de goede wil van de partnercentra in het algemeen: heel wat

heroïnegebruikers hadden, rekening houdend met de inclusievoorwaarden, geen belangstelling voor het project.

Hoewel de samenwerking tussen de partnercentra en het DAM-centrum algemeen positief wordt geëvalueerd, betreurden sommige interveniënten van partnercentra echter de gebrekkige informatiedeling vanwege het DAM-centrum met betrekking tot hun patiënten. Deze lacunes op het vlak van informatie-uitwisseling leidden bij enkele zeer geëngageerde werknemers zelfs tot een gevoel van onrechtvaardigheid, gelet op de energie en de tijd die ze staken in het project TADAM. Sommige interveniënten verklaarden deze moeilijkheden door het gebrek aan maatschappelijke werkers in het DAM-centrum.

Voor de toekomst wensten alle interveniënten niet alleen dat het project duurzaam zou worden gemaakt, bovendien legden de meesten onder hen de nadruk op het belang, voor het DAM-centrum, om over een eigen multidisciplinair team te beschikken met als doel zijn aanbod op het vlak van verzorging te vervolmaken.

4. Besluit

Naast de actieve samenwerking van de interveniënten op het terrein met de actoren van het project TADAM, was het feit dat het bestaan van het project vanaf zijn opening niet in vraag werd gesteld een aanwijzing van de snelle integratie van het DAM-centrum in het netwerk van hulp- en zorginstellingen.

Hoofdstuk M. Impact van het DAM-centrum op zijn stedelijke omgeving (IMPEN) - Samenvatting

1. Inleiding

Hoewel de inwoners van Luik het principe van de behandeling door middel van diacetylmorfine globaal leken te aanvaarden, was er toch wat onrust over de eigenlijke installatie van het behandelingscentrum. Die onrust was meer bepaald het gevolg van de vrees dat de heroïneverslaafden hinder zouden veroorzaken in de wijk waar het centrum werd gevestigd. Het IMPEN-onderzoek had tot doel na te gaan of de opening van het DAM-centrum al dan niet bijkomende hinder veroorzaakte voor de buurtbewoners.

2. Methode

Om deze vraag te beantwoorden werden er zowel vóór als na de inplanting van het centrum gegevens verzameld. Er werden twee grote categorieën van gegevens geëxploiteerd: gegevens die het onderzoeksteam verzamelde in een welbepaalde perimeter rond het DAM-centrum (met de hulp van de straathoekwerker van het DAM-centrum) en gegevens die afkomstig waren van de stadsdiensten en van de lokale politie. Die laatste gegevens bestonden uit gegevens inzake openbare hinder en uit de klachten die de politie had geregistreerd met betrekking tot op straat gepleegde inbreuken.

3. Analyse van de resultaten

In 2009, vóór de opening van het DAM-centrum, werd er een enquête gehouden bij de buurtbewoners van het toekomstige DAM-centrum. Die personen vonden hun wijk niet aangenaam, meer bepaald door de aanwezigheid van personen die op straat drugs gebruikten, van straatprostituees en van klanten van die prostituees. Al bij het voeren van deze enquête kregen we te maken met het NIMBY-effect (*Not In My Backyard*); de buurtbewoners waren niet gekant tegen het principe van de behandeling door middel van diacetylmorfine, maar wilden geen dergelijk centrum bij hen in de buurt. Tijdens de periode van twee jaar waarin het centrum was geopend, heeft het DAM-centrum echter slechts één klacht van een buurtbewoner ontvangen. Deze klacht had betrekking op het samentroepen van de patiënten op het voetpad vóór de opening van het centrum. De straathoekwerker van het DAM-centrum is tussengekomen om dit samentroepen te beperken. We hebben geen andere aanwijzingen van een buurtprobleem met het centrum. We leggen echter de nadruk op de bijzonder proactieve houding van de straathoekwerker en op zijn preventieve functie bij de vele contacten die hij sinds juni 2009 met de buurtbewoners heeft gelegd.

Bij onze waarnemingen en vaststellingen in de perimeter rond het DAM-centrum hebben we vastgesteld dat het publiekelijk druggebruik vrij frequent was en dat er vele sporen van druggebruik zichtbaar waren; dit geldt vooral voor 2009 en het begin van 2010. Na een

afname eind 2010 en in 2011 werd er in 2012 opnieuw meer materieel aangetroffen (zonder echter de niveaus van 2009 en 2010 te bereiken), waarna er begin 2013 opnieuw een daling werd vastgesteld. De vaststellingen door de Stad in dezelfde perimeter wezen echter op een constante afname van het aantal injectienaalden dat van 2010 tot 2012 werd aangetroffen. Deze afname was parallel met de afname van het aantal (door de politie vastgestelde) inbreuken in verband met drugs van 2008 tot 2012. In 2011 werd er voor het volledige grondgebied van de gemeente echter een toename vastgesteld van het aantal problemen met drugs. Anderzijds zijn de inbreuken voor het aanzetten tot ontucht binnen de perimeter van het onderzoek duidelijk gedaald tussen 2008 en 2012, met een toename van de vaststellingen in 2011 die werd gevolgd door een duidelijke vermindering in 2012. Het aantal inbreuken wegens bedelen is binnen onze perimeter voortdurend afgenomen in vergelijking met het geheel van de gemeente. Voor de inbreuken met betrekking tot alcoholverbruik en openbare dronkenschap werd er zowel binnen onze perimeter als voor het geheel van de gemeente een toename vastgesteld in 2011.

De toename van sommige feiten in 2011 of 2012 was niet constant en verliep niet parallel met het aantal patiënten die in het DAM-centrum werden behandeld. We hebben dus geen duidelijke negatieve gevolgen van het DAM-centrum aangetroffen in onze eigen vaststellingen, in de vaststellingen inzake hinder door de Stad of bij de door de politie geregistreerde inbreuken. Wel hebben we aanzienlijke dalingen van de feiten en inbreuken vastgesteld na 2008. Twee elementen zouden hiervoor een verklaring kunnen bieden: de sluiting van de prostitutiesalons in 2009 en de opening, in 2010, van het commissariaat naast het DAM-centrum.

We hebben gecontroleerd of er, zoals in het Canadees onderzoek, een verband was tussen de weersomstandigheden en onze vaststellingen, maar we hebben geen enkel verband gevonden. Dit gebrek aan zichtbare effecten zou kunnen worden verklaard door het feit dat onze winters minder streng zijn dan in Canada.

We hebben zoveel mogelijk objectiveerbare gegevens verzameld in de hoop dat de vergelijking van deze verschillende gegevens de subjectiviteit van elk gegeven beperkt.

3. Besluit

Naar het voorbeeld van het Canadees onderzoek werd er geen enkel effect van *honeypot* vastgesteld rond het DAM-centrum: niets wees op een toename van het aantal gebruikers van illegale drugs binnen de IMPEN-perimeter.

We hebben echter vastgesteld dat de aanwezigheid van een centrum voor behandeling door middel van diacetylmorfine aanleiding kan geven tot feiten die de buurtbewoners als hinderlijk ervaren (bv. samentroepen van de patiënten op het voetpad vóór het centrum zijn deuren opent). In de praktijk werden deze feiten in ons geval snel tot een minimum beperkt dankzij de snelle reactie van het DAM-centrum. Het beperkte aantal klachten voor problemen in verband met het DAM-centrum zou bijgevolg ook het resultaat kunnen zijn van de

proactieve acties van het DAM-centrum (via de straathoekwerker), zowel ten aanzien van de patiënten als van de buurtbewoners.

Sectie IV. AANBEVELINGEN

Voor een nieuw centrum voor behandeling door middel van diacetylmorfine

1.1. Besluiten van het project TADAM

- 1.1. De behandeling door middel van diacetylmorfine (DAM) is efficiënter dan een methadonbehandeling voor zware heroïneverslaafden die weerstaan aan de bestaande behandelingen.
- 1.2. De DAM-behandeling moet een behandeling zijn waarvan de duur niet van tevoren wordt beperkt. De verplichte beëindiging van de behandeling kan immers tot een snelle verslechtering van de toestand van de patiënt leiden.
- 1.3. De DAM-behandeling moet een tweedelijnsbehandeling blijven en moet pas aan een patiënt worden voorgesteld nadat een methadonbehandeling is mislukt.
- 1.4. De DAM-behandeling heeft tot doel het voor een patiënt mogelijk te maken niet langer straatheroïne te verbruiken en bijgevolg de negatieve gevolgen van zijn verslaving – op korte termijn op zijn gezondheid en zijn integratie in een delinquent milieu en op langere termijn op zijn sociale relaties en zijn beroepsintegratie – te verminderen.

2. Voorafgaande voorwaarden voor de installatie van een DAM-centrum

- 2.1. In de regio waar het DAM-centrum wordt gevestigd, moet er een voldoende aantal heroïneverslaafden zijn.
- 2.2. In de regio waar het toekomstig DAM-centrum zal komen, moeten methadonbehandelingen toegankelijk blijven, meer bepaald voor een kwetsbaar publiek.
- 2.3. Het wettelijk kader moet een behandeling met inadembare diacetylmorfine mogelijk maken (eventueel ook een behandeling met injecteerbare diacetylmorfine volgens de praktijken in de betrokken regio).
- 2.4. Een DAM-centrum moet worden ingeplant in een gebied dat te voet of met het openbaar vervoer bereikbaar is.

- 2.5. Om de vaste kosten te verminderen kan een DAM-centrum fuseren met een centrum voor methadonbehandeling.
- 2.6. Om de installatie van een DAM-centrum te bevorderen is het zinvol het overleg met de bevolking te ontwikkelen.

3. Voorwaarden opdat een heroïneverslaafde een DAM-behandeling zou kunnen volgen

- 3.1. De patiënt moet een zware heroïneverslaafde zijn die weerstaat aan de bestaande behandelingen.
- 3.2. De patiënt moet verblijven in een gebied dat het mogelijk maakt dagelijks naar het centrum te komen, te voet of met het openbaar vervoer.
- 3.3. De patiënt mag diverse problemen hebben op het vlak van verslaving, (lichamelijke of geestelijke) gezondheid, maatschappelijke situatie of delinquent gedrag.

4. Voornaamste regels van de DAM-behandeling

- Uren en planning

- 4.1. Een DAM-centrum opent elke dag ten minste tweemaal per dag zijn deuren.
- 4.2. De openingsuren zijn voldoende ruim om het voor de patiënt mogelijk te maken 's morgens vroeg te komen (alvorens eventueel naar zijn werk te gaan of een beroepsopleiding te volgen) en opdat hij 's avonds geen straatheroïne nodig zou hebben.
- 4.3. Het aantal bezoeken aan het DAM-centrum per dag en per week wordt van tevoren vastgelegd in overleg met de patiënt. Zodra de patiënt dat wenst, kan deze planning worden herzien.

- Onderbreking van de behandeling

- 4.4. De patiënt kan zijn DAM-behandeling wanneer hij dat wenst en zonder beperking in de tijd onderbreken voor zover hij het verzorgingsteam daarvan kennis geeft of in geval van overmacht (bv. ziekte, gevangenisstraf).
- 4.5. Om de stopzetting van de DAM-behandeling te bevorderen, zou de patiënt die de behandeling wenst te stoppen er zeker van moeten kunnen zijn dat hij naar het centrum kan terugkeren zodra dat noodzakelijk blijkt.

- Voorschrift

- 4.6. De inadembare DAM is steeds beschikbaar. De injecteerbare DAM moet alleen beschikbaar zijn indien dit wordt gerechtvaardigd door het aantal personen dat voor injectie kiest.

- 4.7. De patiënt moet de DAM ten minste gedurende 30 minuten kunnen inademen met een dosis tot 200 mg en gedurende ten minste 40 minuten met een dosis van meer dan 200 mg tot 400 mg.
- 4.8. Het voorschrift van DAM wordt aangepast in overleg met de patiënt; daarbij wordt vóór alles op zijn welzijn gelet.
- 4.9. De inadembare DAM is beschikbaar in luchtdicht afgesloten zakjes.
- 4.10. Methadon kan in een DAM-centrum worden geleverd.

- **Algemeen**

- 4.11. Een DAM-centrum mag geen volledig en definitief antwoord bieden voor de behoeften van de patiënt.
- 4.12. Om de efficiëntie van de behandeling te vergroten en het gebruik van straatheroïne te verminderen moet een DAM-centrum oog hebben voor de tevredenheid van de behandelde patiënten.

5. Voorwaarden m.b.t. de infrastructuur

- 5.1. Met een aangepaste structuur kan een DAM-centrum tot 75 patiënten opvangen (indien een meerderheid van hen de diacetylmorfine inademt).
- 5.2. De lokalen moeten zodanig zijn ingericht dat het mogelijk is toe te zien op het inademen van het product om te voorkomen dat er DAM wordt ontvreemd.
- 5.3. De lokalen moeten een respectvolle behandeling van de patiënt mogelijk maken.

6. Personeel van het centrum

- 6.1. Het team van het centrum moet multidisciplinair zijn om een medische en psychosociale begeleiding te verzekeren.

7. Parcours van de gebruikers van straatheroïne die een DAM-behandeling zouden kunnen volgen

- 7.1. Is er een wachtlijst, dan moeten sommige personen voorrang krijgen om een DAM-behandeling te volgen.
- 7.2. Wordt een patiënt door de politie gearresteerd of opgenomen in het ziekenhuis, dan moet het personeel van een DAM-centrum proberen de patiënt eventueel te volgen door de diacetylmorfine te vervangen door methadon.

- 7.3. Na het beëindigen van de DAM-behandeling zou de patiënt zoveel mogelijk verder moeten worden begeleid, daar het einde van de behandeling in een DAM-centrum (waar de patiënt elke dag heen ging) tot een gevoel van depressie kan leiden.
- 7.4. Een DAM-centrum moet in het kader van een netwerk functioneren en wisselt informatie uit met andere instellingen in het belang van de patiënt.

Bibliografie

- Ansseau, M., Gustin, F., Hodiaumont, F., Lemaître, A., Lo Bue, S., Lorant, V., Portet, M. I., Reggers, J., Tyberghein, M., & Van Deun, P. (2005). *DHCo Délivrance d'héroïne sous contrôle médical : Etude de faisabilité et de suivi*. Gand, Belgique: Academia press.
- Demaret, I., Herné, P., Lemaître, A., & Anseau, M. (2011). Feasibility assessment of heroin-assisted treatment in Liège, Belgium. *Acta Psychiatrica Belgica*, *111*(1), 3-8.
- Demaret, I., Lemaitre, A., & Anseau, M. (2010). [Efficacy of the treatment assisted by diacetylmorphine (pharmaceutical heroin)]. *Rev Med Liege*, *65*(12), 681-687.
- Demaret, I., Lemaitre, A., & Anseau, M. (2012). Staff concerns in heroin-assisted treatment centres. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, *19*(6), 563-567. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01810.x
- Demaret, I., Lemaitre, A., & Anseau, M. (2013). [Heroin]. *Rev Med Liege*, *68*(5-6), 287-293.
- Ferri, M., Davoli, M., & Perucci, C. A. (2011). Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. [Meta-Analysis Review]. *Cochrane Database Syst Rev*(12), CD003410. doi: 10.1002/14651858.CD003410.pub4
- Strang, J., Groshkova, T., Metrebian, N. (2012). New heroin-assisted treatment. Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (Ed.) *Insights Series* (pp. 170 pp.). Retrieved from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/heroin-assisted-treatment>
doi:10.2810/50141

Lijst van de bestanden en fascikels

Titel van het document	Bestandsnaam	Fascikel
Eindrapport (met de samenvattingen)	TADAM.RapportFinal..pdf (48 pp.)	Eindrapport (48 pp.)
Deel I. VOORBEREIDING		
Hoofdstuk A. Heroïne	TADAM.RapportFinal.IA.Héroïne.pdf (7 pp.)	
Hoofdstuk B. Efficiëntie van de behandeling in het buitenland	TADAM.RapportFinal.IB.EtudesAl'Etranger.pdf (7pp.)	
Hoofdstuk C. Behandelingscentra in het buitenland	TADAM.RapportFinal.IC.VisitesAuxCentresAL'Etranger.pdf (5 pp.)	Deel I & II. Voorbereiding en protocol (182 pp.)
Hoofdstuk D. Aantal heroïnegebruikers in de provincie Luik	TADAM.RapportFinal.ID.EpidémiologieAssuétudeHéroïne.pdf (6 pp.)	
Deel II. PROTOCOL	TADAM.RapportFinal.II.Protocole.pdf (103 pp.) TADAM.RapportFinal.II.Protocole__avenant.pdf (1 pp.) TADAM.RapportFinal.II.Protocole__Annexe.A.Pharmacologie.pdf (19 pp.) TADAM.RapportFinal.II.Protocole__Annexe.B.Cons....pdf (14 pp.) TADAM.RapportFinal.II.Protocole__Annexe.C.Consentement.pdf (9 pp.) TADAM.RapportFinal.II.Protocole__Annexe.D.Précisions.pdf (11 pp.)	
Deel III. RESULTATEN		
Rekruteringsprocedure van de patiënten		Deel III. Resultaten – Rekruteringsprocedure van de patiënten (188 pp.)
Hoofdstuk A. Verloop van de inclusie	TADAM.RapportFinal.III.A.Déroulement de l'inclusion.pdf (40 pp.)	
Hoofdstuk B. Redenen om deel te nemen aan het project	TADAM.RapportFinal.III.B.MotivationAParticiperAuProjet.pdf (34 pp.)	
Hoofdstuk C. Referentiecentra	TADAM.RapportFinal.III.C.CentresRéférents.pdf (22 pp.)	
Hoofdstuk D. Kenmerken van de patiënten	TADAM.RapportFinal.III.D.CaractéristiquesPatients.pdf (75 pp.) TADAM.RapportFinal.III.D.CaractéristiquesPatients__Annexe_....pdf (17 pp.)	
Resultaten van het gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek		Deel III. Resultaten – Resultaten van het gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (252 pp.)
Hoofdstuk E. Efficiëntie	TADAM.RapportFinal.III.E.Efficacité.pdf (123 pp.)	
Hoofdstuk F. Sociaaleconomische evaluatie	TADAM.RapportFinal.III.F.EvaluationSocioEconomique.pdf (41 pp.)	
Hoofdstuk G. Criminologische aspecten	TADAM.RapportFinal.III.G.AspectsCriminologiques.pdf (41 pp.)	
Hoofdstuk H. Tevredenheid van de behandelde patiënten	TADAM.RapportFinal.III.H.SatisfactionsDesPatients.pdf (47 pp.)	
Werking van het DAM-centrum en impact op de omgeving		Deel III. Resultaten – Werking van het DAM- centrum en impact op de omgeving (275 pp.)
Hoofdstuk I. Waarnemingen in het DAM-centrum	TADAM.RapportFinal.III.I.ObservationsCentreDAM.pdf (31 pp.)	
Hoofdstuk J. Drie maanden na het beëindigen van de behandeling door middel van diacetylmorfine	TADAM.RapportFinal.III.I.3moisAprèsLeTraitementParDAM.pdf ---- Beschikbaar na januari 2014 (± 40 pp.) ----	
Hoofdstuk K. Ervaring van de verzorgers van het DAM-centrum	TADAM.RapportFinal.III.K.ExpérienceDesSoignantsCentreDAM.pdf (36 pp.)	
Hoofdstuk L. Integratie van het DAM-centrum in het netwerk van instellingen die met verslavingen werken (INTRES)	TADAM.RapportFinal.III.L.INTRES.pdf (37 pp.)	
Hoofdstuk M. Impact van het DAM-centrum op zijn stedelijke omgeving (IMPEN)	TADAM.RapportFinal.III.M.IMPEN__SansAnnexes.pdf (80 pp.) TADAM.RapportFinal.III.M.IMPEN__Annexes.pdf (91 pp.)	
Deel IV. AANBEVELINGEN	TADAM.RapportFinal.IV.Recommandations.pdf (25 pp.)	Deel IV. Aanbevelingen (25 pp.)