Spuitenruil in WGC Brugse Poort
Een pilootproject
Drempels en facilitators voor implementatie

Dr Rana Holail Mohamed, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Frieda Matthys, VUB
Co-promotoren: Dr. Maria Sercu, Ugent
Dr. Frederick Van Der Sypt, FPC Gent, De Sleutel

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2016 – 2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

1. Voorwoord

Dit onderzoek speelt zich af in het Wijkgezondheidscentrum (WGC) Brugse Poort, waar ik als huisarts-in-opleiding mijn loopbaan startte. De Brugse Poort, de wijk in Gent waar dit WGC gelegen is, is een 19e -eeuwse gordelwijk. Het was vroeger een arbeiderswijk en evolueerde naar een levendige multiculturele wijk, met een rijkdom aan diversiteit maar ook met problemen zoals een hoge werkloosheidsgraad. Het was me een genoegen om dit pilootproject te onderzoeken. Het leerde me onder andere wat de kracht van een goede wijkwerking allemaal kan betekenen. Ik wil dus van harte de mensen van het buurtcomité, De Puzzel, bedanken voor hun doorzettingsvermogen want zonder hen was dit pilootproject niet tot stand gekomen. Het was voor mij ook heel interessant om collega's uit verschillende disciplines binnen het WGC te horen, elk vanuit zijn of haar perspectief. Als startende huisarts-in-opleiding in een wijkgezondheidscentrum zijn dit zaken die mij een groter inzicht hebben gegeven in ieders rol binnen het WGC, en heb ik mijn collega's en dit WGC beter leren kennen.

Het schrijven van deze masterproef was een hele uitdaging waarbij ik mijn twee geweldige co-promotoren, Maria Sercu en Frederick Van Der Sypt van harte wil bedanken. Hun steun, bereikbaarheid en inbreng is van onschatbare waarde geweest voor mij.

Ook wil ik mijn promotor Frieda Matthys bedanken voor haar bereidheid om promotor te willen zijn voor deze masterproef. Koenraad De Decker en Tessa Windelinckxs wil ik bedanken voor hun toegankelijkheid en het verlenen van toegang tot de jaarverslagen van spuitenruil van respectievelijk Oost-Vlaanderen en Vlaanderen.

Verder wil ik graag mijn familie, mijn lief, mijn vrienden en collega's van het WGC oprecht bedanken voor hun steun, begrip en geduld.

Rana Holail Mohamed

2. Abstract

Context

Het Wijkgezondheidscentrum (WGC) Brugse Poort en de apothekers in de wijk werden door het buurtcomité gevraagd om deel te nemen aan het project spuitenruil. Dit naar aanleiding van verschillende prikaccidenten met zwerfspuiten in het nabijgelegen park, en de verworven naam van de wijk als drugswijk ("De Drugse Poort"). Het heeft verschillende jaren geduurd alvorens het WGC besliste om in te stappen in het project. Vanaf januari 2017 was het mogelijk voor I.V.-druggebruikers die in het WGC als patiënt zijn ingeschreven, om hun gebruikte spuiten te ruilen voor propere in het WGC. Dit is het eerste wijkgezondheidscentrum in Vlaanderen dat deelneemt aan het spuitenruil programma.

Onderzoeksvragen

We wilden het verloop van dit pilootproject gedurende anderhalf jaar intensief opvolgen. Ten tweede wilden we onderzoeken wat de drempels en facilitators voor deelname waren bij de hulpverleners voor én tijdens implementatie het project. Bijkomend wilden we toetsen of er zaken waren die anders verliepen dan verwacht, en of er verbeterpunten waren voor het project.

Methode

Eerst werd een literatuurstudie uitgevoerd naar drempels en facilitators bij hulpverleners voor implementatie van spuitenruil in een wijkgezondheidscentrum. Nadien werden de onderzoeksvragen onderzocht aan de hand van ten eerste een content analyse van verslagen van de vergaderingen voorafgegaan aan de beslissing tot deelname aan het project. Ten tweede deden we interviews met twee deelnemende apothekers uit de wijk en twee dicht betrokken huisartsen en de gezondheidspromotor van het WGC en ten slotte deden we focusgroepsgesprekken met de verschillende betrokken disciplines (artsen, verpleging en onthaal).

Resultaten

Het project werd positief geëvalueerd over de hele lijn. Er kwamen twee patiënten voor spuitenruil in het WGC en er werd een zeer hoog aantal spuiten geruild. De belangrijkste drempels voor deelname alvorens de start van het project waren angst voor negatieve ervaringen en angst voor een te grote toestroom van gebruikers naar de praktijk. Tijdens het project werden deze (negatieve) verwachtingen geen realiteit. De belangrijkste facilitator om deel te nemen was de vraag van de buurt mee te helpen aan reductie van het aantal zwerfspuiten in de wijk. Een andere belangrijke facilitator voor de start was een goede kennis van de doelstellingen en effectiviteit van spuitenruil. Tijdens het project was de ondersteuning van de spuitenruilcoördinator een zeer belangrijke facilitator.

Conclusie

Het spuitenruil project in WGC Brugse Poort kende een succesvol, positief verloop. Er werd een hoog aantal spuiten geruild in dit eerste jaar. Ondanks de negatieve verwachtingen en angsten van velerlei aard, heeft er zich geen enkel incident voorgedaan. De verpleging gaf aan dat patiënten die aan spuitenruil konden doen in het WGC tevreden waren. Spuitenruil in dit WGC als antwoord op een vraag van de buurt is een stap in de goede richting naar een meer kwalitatieve zorg voor een kwetsbare patiëntengroep alsook naar de reductie van overlast en zwerfspuiten. Extra schadebeperkende maatregelen blijken echter nodig om het aantal zwerfspuiten in de buurt zichtbaar te kunnen verminderen.

3. Inhoudstafel

1. Voorwoord 2
2. Abstract 4
3. Inhoudstafel 6
4. Inleiding 8
5. Literatuurstudie 8
5.1.1. Methode 8
5.1.2. Toelichting van context en begrippen 9
5.1.3. Besluiten uit de literatuur 13
6. Pilootonderzoek in het wijkgezondheidscentrum 14
6.1.1. Aanleiding tot dit onderzoeksproject 14
6.1.2. Onderzoeksvragen 14
6.2 Methodologie 15
6.2.1 Content analyse van de notulen voorafgaand aan de goedkeuring 15
6.2.2 Nauwgezette opvolging van de ontwikkeling van het project in het WGC 15
6.2.3 Evaluatie van het project na 8 maanden via focusgroepsgesprekken en interviews 15
6.2.3.1 Data-analyse van de interviews en focusgroepsgesprekken 16
6.3 Resultaten 17
6.3.1 Evaluatie van het pilootproject in het wijkgezondheidscentrum 17
6.3.2 Resultaten van het eigen onderzoek naar drempels en facilitators bij hulpverleners 18
6.3.2.1 Persoonlijke drempels voor opstart van spuitenruil in de eigen praktijk 18
6.3.2.2 Persoonlijke facilitators voor opstart van project spuitenruil in de eigen praktijk 20
6.3.2.3 Facilitators tijdens het verloop van het project spuitenruil 21
6.3.2.4 Drempels tijdens het verloop van project spuitenruil 22
6.3.2.5 Zaken die anders verliepen dan verwacht 23
6.3.2.6 Verbeterpunten voor het project spuitenruil 24
6.4 Discussie 25
6.4.1 Bespreking van het praktisch verloop in het WGC 25
6.4.2 Bespreking van de drempels en facilitators 25
6.4.2.1 Angst als drempel 25
6.4.2.2 Kennis en ervaring 26
6.4.2.3 Zorg voor de buurt als belangrijke facilitator 26
6.4.2.4 Spuitenruil enkel voor ingeschreven patiënten in het WGC ? 27

6.4.2.5 Inbreng van de Gebruiker 27
6.4.2.6 Wat met het belang van anonimiteit? 27
6.4.2.7 De Rol van de Huisarts in spuitenruil ? 28
6.4.2.8 Beperkingen van de studie 28
6.4.2.9 Implicaties voor de praktijk en voor verder onderzoek 28
6.5 Conclusie 29
7. Referenties 30
Bijlage 1: Protocol Spuitenruil in WGC Brugse Poort 35
Bijlage 2: Protocol Spuitenruil in apotheken 37
Bijlage 3: Richtvragen focusgroepsgesprekken en interviews 38
Bijlage 4: Goedkeuring Ethische Comissie 39
Bijlage 5: Informed Consent 41
Bijlage 7: Protocol 43

4. Inleiding

Het wijkgezondheidscentrum (WGC) Brugse Poort werd door het buurtcomité (De Puzzel, een samenwerking tussen organisaties, diensten en bewoners van de Brugse Poort) herhaaldelijk gevraagd om deel te nemen aan spuitenruil. Het heeft verschillende jaren geduurd alvorens het WGC Brugse Poort toestemde om deel te nemen. Vorig jaar werd beslist om wel deel te nemen aan het project. Dit betekent dat I.V.-druggebruikers die in het WGC als patiënt zijn ingeschreven, de mogelijkheid hebben om vanaf 01/01/2017 hun gebruikt injectiemateriaal te komen ruilen voor steriel injectiemateriaal in het WGC. Dit WGC is het eerste wijkgezondheidscentrum in Vlaanderen dat deelneemt aan het spuitenruil programma.

Een studie in Gent (1) heeft aangetoond dat deelname van huisartsen en apothekers aan dit initiatief een grote meerwaarde zou kunnen betekenen. Dit bracht er ons toe om hierrond onderzoek te voeren. We wilden het verloop van dit pilootproject gedurende anderhalf jaar intensief opvolgen. In een tweede luik wilden we onderzoeken wat de drempels en facilitators voor deelname waren bij de hulpverleners voor en tijdens implementatie het project.

5. Literatuurstudie

5.1.1. Methode

Er werd gezocht naar artikels over drempels en facilitators bij *huisartsen* voor spuitenruil in een huisartsenpraktijk. De databanken Pubmed en Google Scholar werden geraadpleegd. Verschillende combinaties van de volgende zoektermen werden gebruikt: *syringe needle exchange, primary health care, general practice, general practitioners*, *barriers, facilitators*. Dit leverde echter geen resultaten op. Er werd ook gezocht naar artikels over drempels en facilitators bij *druggebruikers* voor spuitenruil in apotheken en in huisartsenpraktijken. Er werd opnieuw via de databanken Pubmed en Google Scholar gezocht. De zoektermen *drug user, barrier*s, *pharmacy, syringe needle exchange* (*program)*, en *drug user*, *general practice, general practicioner, needle exchange program*, *barriers* leidden ook tot geen enkel artikel. Het is opmerkelijk dat we hierover zo weinig literatuur vonden.

We gingen te rade bij drie experten in de drughulpverlening. De eerste expert was mijn co-promotor Frederick Van Der Sypt. Hij bracht me bij twee (1), (2) studies die van een enorme waarde bleken voor dit onderzoek.

De eerste gedetailleerde en grondige studie was in alle opzichten een verrijking*. Deze studie van 2015 betreft een onderzoek naar de lokale noden en prioriteiten van schadebeperkende maatregelen in Gent* (1). Deze studie bevat een literatuuronderzoek, waar we verschillende zeer goede artikels uit konden gebruiken, en een kwalitatief en kwantitatief onderzoek van de situatie in Gent, uitgevoerd bij professionele sleutelfiguren (politie, justitie, drughulpverlening, academici, enz…) en bij (ex-) druggebruikers.

De tweede studie was een systematische review over drempels en facilitators bij hulpverleners over druggebruikers, en de invloed daarvan op het verstrekken van gezondheidszorg (2). Deze review was ook een zeer goede bron voor relevante artikels.

De twee andere experten bij wie ik te rade ging waren de algemene coördinator van spuitenruil voor Vlaanderen en de coördinator van spuitenruil voor de provincie Oost-Vlaanderen. Zij gaven me toegang tot hun respectievelijke jaarverslagen van 2017 (3) (4). Dit waren zeer actuele en relevante bronnen.

Via een overzicht van deze literatuur willen we vooreerst de lezer kennis laten maken met de geijkte terminologie. Tegelijkertijd willen we voldoende informatie geven over het begrip druggerelateerde schade en de lezer kennis laten maken met mogelijke schadebeperkende maatregelen. Als laatste gaan we dieper in op spuitenruil zelf en op de dropbox.

5.1.2. Toelichting van context en begrippen

Spuitenruil kadert binnen de *harm reduction strategy (schadebeperkende maatregelen)*. De definitie van harm reduction volgens de International Harm Reduction Association luidt: "de beleidsplannen, programma's en praktijken die primair gericht zijn op de reductie van de nadelige, gezondheids-sociale en economische gevolgen van het gebruik van legale en illegale psychoactieve drugs, zonder daarom het druggebruik te verminderen" (5). Met andere woorden wil deze strategie de negatieve gevolgen van het druggebruik verminderen voor zowel de gebruikers, hun omgeving als de samenleving. Een belangrijke noot hierbij is dat schadebeperkende maatregelen en anderzijds interventies gericht op het *stoppen* van druggebruik, als complementair beschouwd moeten worden (6).

Druggerelateerde schade

Druggebruik kan aanzienlijke schade veroorzaken op verschillende vlakken. Ten eerste zijn er belangrijke gezondheidsrisico's en morbiditeit verbonden aan druggebruik. Specifiek voor injecterend druggebruik is het risico op bloed-overdraagbare infectieziekten zoals HIV en HCV sterk verhoogd (7), en is er ook een hoger risico op SOA's , tetanus en TBC (7). Het risico op een HIV-infectie is gemiddeld 22 keer groter bij personen die drugs injecteren dan bij de algemene populatie (8). Recent onderzoek toont aan dat 64% van alle hepatitis C - gevallen in Europa bestaan uit injecterende druggebruikers (7). Historisch was de aidsepidemie in de jaren tachtig een belangrijke katalysator voor het invoeren van schadebeperkende maatregelen.

Vervolgens is druggebruik ook een belangrijke oorzaak voor mortaliteit: bij I.V.-druggebruikers zijn er sterfgevallen door overdosis, alsook sterfte door druggerelateerde ziekten, geweld, ongelukken of zelfmoord. De meest frequente doodsoorzaak onder gebruikers is een fatale overdosis, vooral bij opioïd-gebruikers (7). Sterfte door HIV-gerelateerde morbiditeit is de tweede meest frequente doodsoorzaak onder gebruikers (9) (10).

Ook op het vlak van geestelijke gezondheidszorg speelt druggebruik een belangrijke rol. Druggebruik en (co-morbide) psychiatrische stoornissen beïnvloeden elkaar wederzijds (11) (12) (13). 40-60% van de gebruikers heeft ooit in het leven een psychiatrische stoornis gehad en omgekeerd heeft ongeveer een derde van personen met een psychiatrische stoornis op enig moment in het leven een drugverslaving (14).

Ten vierde zijn er ook problemen op andere levensdomeinen dan gezondheid: gebruikers kampen vaak met problemen zoals dakloosheid, sociale uitsluiting, stigmatisering, discriminatie en financiële moeilijkheden (15) (16). Ten slotte leidt druggebruik ook tot schade op maatschappelijk vlak. Overlast

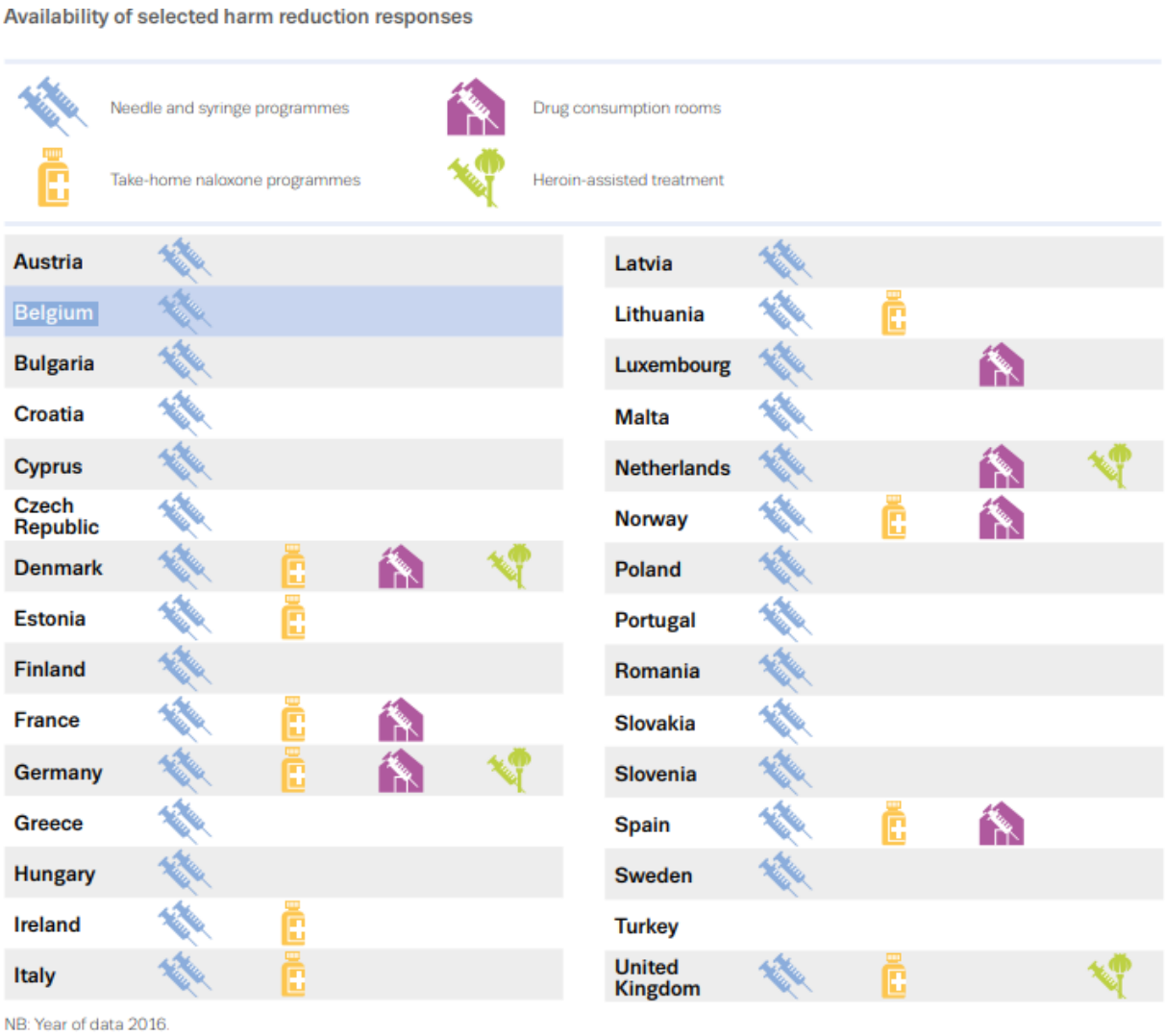
komt voor onder andere door openbaar druggebruik en dealen, overdoses, laten rondslingeren van injectiemateriaal op openbare plaatsen (17) (18) (19).

Schadebeperkende maatregelen

Spuitenruil, substitutiebehandeling, interventie door (ex-)druggebruikers, take-home naloxone programma's, gebruiksruimtes en medisch gecontroleerde heroïneverstrekking zijn officieel erkende schadebeperkende maatregelen. Desalniettemin zijn de drie laatst genoemde op dit moment niet beschikbaar in België (20) (21) .

Hieronder (Afbeelding 1) wordt een overzicht weergegeven van schadebeperkende maatregelen die van toepassing zijn in de verschillende landen in Europa in 2016 (20).

Afbeelding 1: schadebeperkende maatregelen in Europa: needle and syringe programmes, take home naloxone programmes , drug consumption rooms , heroin-assisted treatment(2016)



De dropbox

Dropboxen zijn containers waarin druggebruikers hun gebruikte naalden kunnen deponeren, buiten de openingsuren van spuitenruil instanties. Zulke dropboxen hebben niets te maken met het verspreiden van steriele spuiten of spuitenruil (1). In Gent werd in februari 2016 de eerste dropbox geplaatst in het Groene Vallei Park. Na de positieve evaluatie zijn nog drie andere dropboxen 24/24 uur beschikbaar (4).

Spuitenruil

Van de verschillende schadebeperkende maatregelen wordt hier enkel spuitenruil toegelicht gezien de context en onderwerp van dit onderzoek. Met spuitenruil worden de programma's bedoeld waar druggebruikers hun gebruikt injectiemateriaal gratis kunnen inruilen voor steriel injectiemateriaal. De meeste voorzieningen voorzien ook ander materiaal zoals filters, lepels, alcoholswabs, ascorbinezuur en steriel water, omdat ook het delen van deze parafernalia tot besmettingen kan leiden (22) (23).

Doelstellingen van spuitenruil

Spuitenruil heeft als *primair doel* de transmissie te verminderen van bloed-overdraagbare aandoeningen. Gebruikers worden gestimuleerd om steriel injectiemateriaal te gebruiken, zonder dit te delen met andere gebruikers. *Ten tweede* wordt preventie van andere gezondheidsrisico's door injecterend druggebruik (spuitabscessen en longembolen) nagestreefd. Dit gebeurt via adviezen, informatie en preventieboodschappen bij het ruilen. *Een derde* doelstelling van spuitenruil is het verminderen van besmettingsgevaar bij andere bevolkingsgroepen. Dit gebeurt via de recuperatie van de gebruikte spuiten waardoor er minder zwerfspuiten zijn, en bijgevolg minder prikongevallen kunnen voorkomen (25)(26)(27). *Ten slotte* kan spuitenruil dienen als toegangspoort tot gezondheidszorg of contact met gezondheids- of drughulpverlening in het algemeen (28).

Effecten van spuitenruil

Er is reeds veel onderzoek gedaan naar spuitenruil en het is aangetoond dat dit een kosteneffectieve maatregel is (29). Er is een overtuigend gunstig effect op het aantal HIV transmissies (30). Landen waar schadebeperkende maatregelen vroeg geïntroduceerd werden hebben een laag percentage HIV transmissies onder I.V.-druggebruikers. De landen die anderzijds een repressief beleid hanteren en afschrikking gebruiken als antwoord op het stijgend aantal HIV-transmissies bij druggebruikers, kennen nu de hoogste aantallen HIV-besmettingen onder druggebruikers (31). Voor Hepatitis C –transmissie is er niet voldoende bewijs om te kunnen stellen dat spuitenruil hierin effectief is (25) (32) . Ten derde blijkt spuitenruil ook bij te dragen tot een gedragsverandering bij druggebruikers. Er worden minder spuiten publiekelijk weggegooid, waardoor dus sprake is van een vermindering van overlast (32).

Belang van toegankelijkheid van spuitenruil

Voldoende beschikbaarheid en geografische spreiding is een essentiële voorwaarde voor de effectiviteit van spuitenruil (32). Beperkte toegankelijkheid tot steriel injectiemateriaal is een belangrijke voorspeller voor het delen van spuiten onder gebruikers (33). Van cruciaal belang is dus dat er naast de gespecialiseerde drughulpverleningscentra ook andere kanalen aan het initiatief participeren (33).

Desondanks weerstand

Ondanks de aangetoonde effectiviteit van spuitenruilprogramma's, wordt deze strategie nog gezien als controversieel: spuitenruil zou leiden tot stimuleren van injecterend druggebruik. Onderzoek spreekt dit tegen. Het spuitenruil programma leidt noch tot een toename in frequentie van I.V.-druggebruik, noch tot initiatie van injecterend druggebruik bij mensen die nog nooit I.V.- drugs gebruikt hebben (34).

Drempels en facilitators bij hulpverleners

Een systematische review (2) naar stigma bij professionals in de gezondheidszorg tegenover druggebruikers toont aan dat er over het algemeen een negatieve houding is jegens werken met druggebruikers. Gezondheidszorgverstrekkers hebben een lager beeld over hen en ervaren minder motivatie en minder gevoelens van tevredenheid bij het werken met deze patiëntengroep (35) (36) (37) (38). Dit wordt verklaard door de perceptie van de zorgverleners dat deze patiënten potentieel agressief, manipulatief of slecht gemotiveerd zijn, wat gevoelens van frustratie, weerzin en machteloosheid veroorzaakt bij de zorgverlener (39) (40) (41). Specifiek bij huisartsen worden patiënten met middelenmisbruik gezien als manipulatief, agressief, onbeleefd en slecht gemotiveerd (41). Over het algemeen hebben zorgverleners weinig kennis over drugmisbruik, en hebben ze het gevoel dat ze specifieke kennis en skills ontbreken bij de zorg voor deze specifieke patiëntengroep (37) (39) (41).

Enkele studies tonen een positief effect aan van training, opleiding en ondersteuning bij de zorgorganisatie voor het werken met patiënten met middelenmisbruik (42) (43) (44) (45). Gezondheidswerkers die frequent werken of vaak persoonlijk contact hebben met drugsverslaafden, hebben een positievere attitude naar hen toe (42) (46). Training wordt door hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg aangegeven als helpende factor in het werken met mensen die illegale drugs gebruiken (44).

Drempels bij druggebruikers

Injecterende druggebruikers zijn een moeilijk te bereiken groep. Zelfs bij een voldoende aanbod aan spuitenruilinitiatieven, zijn er nog mensen die geen contact hebben met dergelijke programma's. Vervreemding, angst voor discriminatie en stigmatisering, maar ook een chaotische levensstijl kunnen redenen zijn om dit programma niet te gebruiken. Vooral vrouwen, jongeren , daklozen en etnisch-culturele minderheden vinden minder aansluiting bij spuitenruilprogramma's. Bij deze laatste groep vormen culturele waarden en normen en de taalbarrière een belangrijke drempel (47) (48). Met langere openingsuren en een gullere vorm van spuitenruil (niet één-op-één) spuitenruil kunnen meer I.V.- druggebruikers bereikt worden (48) (49).

5.1.3. Besluiten uit de literatuur

De studie over de nood aan schadebeperkende maatregelen voor de stad Gent (1) concludeert dat het nut van spuitenruil in Gent zeker onderschreven wordt: een betere geografische spreiding van spuitenruilpunten is gewenst en apotheken kunnen een grotere rol opnemen in Gent. Het verder uitbouwen van een lokaal netwerk aan apotheken die aan spuitenruil deelnemen wordt als een must beschouwd. Ook huisartsen kunnen hierin een grotere rol opnemen. Voor het probleem van de zwerfspuiten in Gent wordt aangehaald dat een betere geografische spreiding aangewezen is, en dat ook installatie van dropboxen nuttig zouden zijn.

Bovenstaand onderzoek meldt ook dat gebruikers tevreden zijn met het huidige aanbod aan spuitenruil in Gent. Zij verkrijgen hun steriel injectiemateriaal in de eerste plaats via het MSOC (Medisch Sociaal Opvang Centrum, een ambulante werking die laagdrempelige multidisciplinaire hulpverlening biedt voor gebruikers van illegale drugs), en in tweede instantie via apotheken, waar steriele naalden *gekocht* kunnen worden. Bij de apotheken vermelden de gebruikers toch enkele barrières zoals gevoelens van stigmatisering en de kostprijs van spuiten. De prijs van de spuiten verschilt per apotheek, en zij pleiten voor meer apotheken waar aan spuiten*ruil* kan gedaan worden. Betreffende de openingsuren ondervinden zij geen probleem.

Een bevraging van druggebruikers door ‘de organisatie spuitenruil Vlaanderen’ (3) toont aan dat anonimiteit en vertrouwelijkheid bij spuitenruil belangrijke aspecten zijn voor de gebruiker en bevestigt de hoge tevredenheidsgraad over spuitenruil in de drughulpverlening. Dag-uren blijken een goed moment te zijn voor spuitenruil. 67% van de respondenten geeft aan gebruikers te kennen die geen gebruik maken van het spuitenruilproject. Dit toont aan dat slechts een fractie van de doelgroep bereikt wordt.

6. Pilootonderzoek in het wijkgezondheidscentrum

6.1.1. Aanleiding tot dit onderzoeksproject

Toen ik startte als huisarts-in-opleiding in dit WGC, werd mij al snel duidelijk dat op veel verschillende manieren en terreinen aan gezondheidszorg werd gedaan. Toen ik vernam dat het project spuitenruil in het WGC van start zou gaan was mijn nieuwsgierigheid gewekt: ik had hier immers nog nooit over gehoord. Toen ik me verder informeerde, ontdekte ik dat hieraan een heel proces vooraf gegaan was. Het spuitenruil project was er immers gekomen op vraag van het lokale buurtcomité, om een reductie aan zwerfspuiten in de buurt te kunnen bekomen. Het feit dat het enkele jaren geduurd had vooraleer toestemming werd gegeven om deel te nemen aan dit project én dat dit nog in geen enkel ander WGC werd aangeboden wakkerde mijn interesse aan. Toen ik in de literatuur geen antwoorden vond op de vragen die ik me stelde in deze setting, besloot ik ze zelf te onderzoeken in dit pilootproject.

6.1.2. Onderzoeksvragen

- Hoe verliep het pilootproject spuitenruil in het WGC?

- Wat waren drempels en wat waren facilitators vóór implementatie van het project en tijdens implementatie van het project?

- Wat waren zaken die anders verliepen dan verwacht tijdens het project? Wat waren verbeterpunten?

6.2 Methodologie

Dit onderzoek met kwalitatief design bestond uit een content analyse van de opstart van het project, een follow-up over het verloop van het project en een evaluatie van het project na acht maand.

6.2.1 Content analyse van de notulen voorafgaand aan de goedkeuring

De notulen van alle vergaderingen en mailverkeer van het buurtcomité *(De Puzzel),* van de vergadering van het buurtcomité met de apothekers uit de buurt en de vergaderingen en mailconversaties binnen het WGC die verband hielden met de ontwikkelingsfase (zowel het proberen motiveren van de apothekers en het WGC, als de beslissingen door de apothekers en het WGC) werden onderzocht. Er werd gezocht naar drempels en facilitators die door de verschillende hulpverleners geformuleerd werden.

De brochure SpuitenruilPlus (50), geschreven door het lokale buurtcomité, waarin het ganse verloop voorafgaand aan de start van de spuitenruil uitgebreid besproken wordt, werd gelezen. Ook hierin werd gezocht naar drempels en facilitators bij de apotheken en het WGC.

Er was ook een interview over hoe het project tot stand gekomen is, met een gezondheidspromotor (GP) van het WGC, die ook zetelde in het buurtcomité. De verwerking van dit interview wordt besproken bij het hoofdstuk over de data-analyse van de interviews en focusgroepsgesprekken.

6.2.2 Nauwgezette opvolging van de ontwikkeling van het project in het WGC

Het aantal spuitenruilcontacten werd geregistreerd. Deze registratie gebeurt verplicht in opdracht van de coördinatie van spuitenruil Vlaanderen. Er werd genoteerd op welke dag er een spuitenruilcontact was, wat er werd binnengebracht (aantal naaldcontainers of aantal losse spuiten) en wat er werd meegegeven (aantal zakjes spuiten).

De tussentijdse evaluaties met de spuitenruilcoördinator, de coördinerende arts en – verpleegkundige werden bijgewoond. Er werd steeds verslag gemaakt van de vergaderingen door de coördinerende arts.
Wekelijks werden op het artsenoverleg eventuele opmerkingen of vragen over het project spuitenruil geregistreerd.

6.2.3 Evaluatie van het project na 8 maanden via focusgroepsgesprekken en interviews

We wilden hulpverleners uit iedere betrokken discipline ondervragen over hun ervaringen en drempels en facilitators voor en tijdens het project spuitenruil. Per betrokken discipline in het WGC (artsen, onthaal, verpleging) werden focusgroepsgesprekken georganiseerd. De drie focusgroepen bestonden respectievelijk uit acht artsen, vier verpleegkundigen, en vier onthaalmedewerkers. Deze gesprekken vonden allen plaats in het WGC.

Twee van de huisartsen van het WGC werden individueel geïnterviewd, omdat zij dichter betrokken waren bij het project: één van hen was de coördinerende huisarts voor het project, de andere huisarts was dicht betrokken omdat zijn patiënt regelmatig kwam voor spuitenruil. Deze gesprekken vonden ook plaats in het WGC.

De apothekers uit de wijk die deelnamen aan het project werden ook geïnterviewd omdat dit ook voor hen een nieuw en analoog pilootproject was, en omdat zij samen met het WGC hiervoor uitgenodigd waren door de buurt. Eén van deze gesprekken vond plaats in de apotheek zelf, het andere vond plaats in het WGC.

Bijkomend wilden we de patiënten die kwamen voor spuitenruil aan het woord te laten, maar door omstandigheden is dit niet doorgegaan.

De vragen voor deze focusgroepsgesprekken en semi-gestructureerde interviews vindt u in bijlage 3.

Alle interviews en focusgesprekken werden door de onderzoeker zelf uitgevoerd en audiologisch geregistreerd. De onderzoeker werd voorbereid op het leiden van deze focusgesprekken door de co-promotoren, die hierin zelf ervaring hadden. Tijdens het eerste focusgroepsgesprek was één van de co-promotoren (Maria Sercu) aanwezig om eventueel bij te sturen indien nodig.

6.2.3.1 Data-analyse van de interviews en focusgroepsgesprekken

Alle geluidsopnames werden door de onderzoeker zelf getranscribeerd met behulp van het programma Expres Scribe versie 6.10. Tijdens het transcriberen werd reeds oriënterend geluisterd om inzicht te krijgen in de verkregen data. In het programma NVivo Pro versie 11 werden alle transcripties onderworpen aan een kwalitatieve analyse.

Eerst hebben we een thematische analyse gedaan. Aan de hand van de door ons voorziene vragen en door topics die aangebracht werden door de geïnterviewden, werden de teksten thematisch ingedeeld. Na verschillende herlezingen werden deze geordend en opnieuw ingedeeld en kwamen we uiteindelijk tot de resultaten zoals we ze hier zullen weergeven.

Eén vijfde van de interviews en focusgroepsgesprekken werden onafhankelijk van elkaar gecodeerd door de onderzoeker en één van de co-promotors, Maria Sercu. Na vergelijken bleken er zich geen manifeste verschillen in interpretatie voor te doen. Analyse van de rest van de interviews en focusgroepsgesprekken werden alleen uitgevoerd door de auteur.

6.3 Resultaten

6.3.1 Evaluatie van het pilootproject in het wijkgezondheidscentrum

Een omschrijving van het exacte en praktische verloop van het project in het wijkgezondheidscentrum vindt u in Bijlage 1.
Een analoog protocol voor het verloop van spuitenruil in de apotheken vindt u in Bijlage 2.

Er is sprake van een positieve evaluatie van het project over de hele lijn. Het project verloopt goed gestructureerd, zonder één enkel incident in de praktijk. Er waren twee ingeschreven patiënten die voor spuitenruil kwamen bij de verpleging. In het totaal werden 2083 spuiten verdeeld en 1551 spuiten gerecupereerd over het eerste jaar, over 49 contacten. Er is een return-rate van 74%.

De afspraak was dat patiënten een afspraak moeten maken bij de verpleging voor spuitenruil (zie Bijlage 1). Bij één van de patiënten gebeurde dit echter tijdens de vrije raadpleging, omdat deze voor een andere zorg, altijd tijdens de vrije raadpleging kwam.

Er werd gepoogd om de gebruikers ook aan het woord te laten, maar hier zijn we niet in geslaagd. De eerste participant is niet ingegaan op het voorstel voor een interview. Er werd niet aangedrongen om de gebruiker niet tot last te zijn en zo de opkomst binnen dit pilootproject mogelijks negatief te beïnvloeden. De tweede participant werd hiervoor niet aangesproken door aanpassing van prioriteiten tijdens het onderzoek.

Over de ervaring van de patiënten die kwamen voor spuitenruil in het WGC is er wel indirecte informatie via één van onze verpleegkundigen. Iemand gaf aan het WGC te verkiezen boven spuitenruil via het MSOC, omdat zo de confrontatie met andere druggebruikers kon vermeden worden. Hetzelfde argument werd ook gebracht door sommige druggebruikers bij één van de apotheken.

Er werden in de 13 dossiers waar een gezondheidselement “druggebruik” vermeld stond reminders voorzien opdat artsen spuitenruil ter sprake zouden brengen. Alle patiënten bij wie intraveneus druggebruik gekend was of vermoed werd, werden door hun huisarts ingelicht over het project. Bij de inschrijving van nieuwe patiënten werd druggebruik expliciet bevraagd. De stickers met het logo van spuitenruil die werden opgehangen in de artsen- en verpleegkabinetten werden door drie patiënten opgemerkt: twee werkzaam in de drughulpverlening, en één iemand die zelf vroeger aan spuitenruil gedaan had. Er waren geen opmerkingen of vragen over het project door andere patiënten. Een duidelijk effect op de zwerfspuiten in het park kon niet worden waargenomen. Er werden nog af en toe zwerfspuiten gevonden in het park en binnengebracht in de praktijk (geen exact cijfermateriaal). Na een tussentijdse evaluatie van het project werd besloten dat een dropbox een bijkomende maatregel zou zijn die een meerwaarde kan bieden voor veiligheid in de buurt. Dit werd aangevraagd aan de stad Gent via de spuitenruilcoördinator van Oost-Vlaanderen. Tijdens de eindfase van het pilootproject signaleerde een onthaalmedewerker gebruikers in het park. Hij kon deze door het raam van de wachtzaal zien gebruiken, op enkele meters afstand van spelende kinderen.

6.3.2 Resultaten van het eigen onderzoek naar drempels en facilitators bij hulpverleners

6.3.2.1 Persoonlijke drempels voor opstart van spuitenruil in de eigen praktijk

Een volledig overzicht van alle drempels voor implementatie van spuitenruil bij de hulpverleners vindt u in tabel 1.De meest opvallende worden hieronder beschreven.

Vooreerst blijkt angst een belangrijke drempel te zijn bij de verschillende disciplines, behalve bij de gezondheidspromotor. Er is angst voor agressie en incidenten, maar ook voor het verliezen van andere patiënten of cliënten. Ook werd door sommige artsen en apothekers gevreesd voor een grote toestroom en een aanlokkend effect van druggebruikers naar de eigen apotheek of praktijk. Vervolgens heerste in het WGC een uitgesproken weerstand om spuitenruil aan te bieden aan niet-ingeschreven patiënten. Aangehaalde redenen hiervoor zijn schrik voor een grote toestroom van gebruikers uit de wijk, en het gevoel dat we geen volwaardige zorg kunnen bieden aan deze groep. Als iemand niet in het centrum is ingeschreven, is er geen automatisch mandaat om die te omkaderen met eventuele doorverwijzing naar de huisarts of maatschappelijk assistent.

Verder is ook opvallend dat bij de groep artsen het meest aantal verschillende drempels geformuleerd werden. Sommige huisartsen gaven aan het soms moeilijk te hebben met het idee dat er geen curatieve opzet is binnen spuitenruil. Dit waren huisartsen die zelf geen rechtstreekse ervaring hadden met patiënten die aan spuitenruil deden en die ook weinig achtergrondkennis hadden van spuitenruil. Ook werd door sommige artsen aangehaald dat ze het goed vonden dat de verpleging de spuitenruil zelf uitvoerde. Argumenten hiervoor waren ten eerste de bestaande vertrouwensband tussen de verpleging en de patiënten. Ten tweede vonden sommige artsen het goed dat ze geen extra praktische taak op zich moesten nemen.

Quote 1:

Arts: " Want ik denk dat die vooroordelen eigenlijk de grootste drempel zijn he: vooroordelen naar de gebruikers, angst voor de andere patiënten, angst voor agressie, voor diefstal, voor ik weet het niet wat allemaal… En het feit dat wij nu totaal niet hebben, dat dat eigenlijk dezelfde patiënt is die voor andere dingen ook in de wachtzaal komt, dat gaat voor mij de belangrijkste vooroordelen wegnemen. De meesten zijn waarschijnlijk ongegrond. "

Quote 2:

Arts: "Bij mij is het vooral onwetendheid, het gevoel niet genoeg kennis te hebben, al die drugs... ik weet daar niet veel van! Je hebt het niet genoeg in de vingers, dat heb ik vooral. En dan zo… niet goed, die onvoorspelbaarheid, ja het gevoel dat je niet genoeg capaciteiten hebt op dat terrein "

Legende tabellen:

X : aspect werd door iemand van bovenstaande discipline aangehaald tijdens een interview of focusgesprek
V: aspect werd vermeld in de schriftelijke verslagen van de vergaderingen in de aanloop van de start van het project. Voor het WGC werd in de verslagen gesproken vanuit een consensus voor het WGC.
GP: Gezondheidspromotor

Tabel 1: Persoonlijke drempels voor implementatie van spuitenruil in eigen praktijk

	Artsen	Verpleging	Onthaal	GP	WGC	Apotheken
Angst voor negatieve ervaringen in de wachtzaal, met andere patiënten en personeel , diefstal,… *(Q1)*	X	X	X		V	X / V
Angst voor reacties en verlies van andere patiënten. Angst voor het imago van WGC/apotheek.	X	X	X		V	X/V
Angst om als hulpverlener zelf met agressie, onveiligheidsgevoel, vervelend gedrag geconfronteerd te worden.	X		X			X / V
Angst voor grote toestroom van gebruikers, “aanzuigeffect”	X					V
Terughoudendheid jegens niet ingeschreven patiënten	X	X	X	X	V	
Initiële vraag om deel te nemen was niet goed geformuleerd (apart lokaal voor spuitenruil, externe medewerker, open voor iedereen)	X	X	X	X	V	
Gespecialiseerde zorg verdient elders zijn plek en niet in een eerstelijnsactor met een brede en generalistische rol					V	
Grote praktische organisatie voor beperkt aantal patiënten					V	
Schrik voor falen van het project door angst voor weinig reactie/bereik van gebruikers	X					
Schrik onvoldoende anonimiteit te kunnen bieden aan de patiënt die komt voor spuitenruil	X				V	
Drempel om als arts zelf spuitenruil te doen door de wens naar genezing en naar stoppen van gebruik: discrepantie tussen zorgvraag patiënt en zorgen bij de arts	X					
Gevoel te weinig kennis/opleiding gehad te hebben m.b.t. drughulpverlening (Q2)	X					
Is dit wel een taak voor de huisarts?	X					
Geen concurrent willen zijn van andere huisartsen/apothekers die geen spuitenruil aanbieden	X					X
Tijdelijke interne problematiek op moment van vraagstelling belet interesse voor de vraag	X					X
Financiële drempel, geen vergoeding						X / V
Indruk van gedoogbeleid naar I.V.-druggebruik						V
Diabetespatiënten moeten hun spuiten betalen						X / V
Gratis aanbieden materiaal wordt bewust vermeden door WGC					V	
Vertrouwen met de spuitenruiler moeilijk kunnen opbouwen omwille van geen vaste woonplaats voor de gebruiker						V

6.3.2.2 Persoonlijke facilitators voor opstart van project spuitenruil in de eigen praktijk

Bij alle disciplines is solidariteit met de buurt en veiligheid voor de buurt een zeer belangrijke factor geweest om te willen starten met het project. Ook bleek de relevante informatie over spuitenruil, gegeven door de spuitenruil coördinator van Oost-Vlaanderen en Vlaanderen, een erg belangrijke facilitator bij alle verschillende disciplines. De praktische ondersteuning door de coördinator van Spuitenruil Oost-Vlaanderen werd ook als facilitator omschreven door alle verschillende disciplines.

Quote 3:

Arts: " Ik herinner me voornamelijk nog hoe plots het probleem werd omgedraaid van och god he, de arme druggebruiker, harm reduction, naar zorgen dat de buurt ook veilig is, de vraag vanuit de buurt, de zwerfspuiten… de manier waarop dat helemaal anders gedefinieerd werd als probleem. "

Quote 4:

Apotheker: " Het is eigenlijk altijd in mijn hoofd blijven spelen, vooral ook omdat ik hier woon en je denkt, ik help daar niet aan. Ik loop hier ook rond, mijn kinderen lopen hier ook rond... De buurt heeft een slechte naam daardoor, en als je dat wat meer gestructureerd krijgt en de spuiten komen ook terug, dan help je eigenlijk mee, ook om dat foutief beeld dat ze hebben van de buurt wat recht te zetten."

Tabel 2: Persoonlijke facilitators: Elementen die bijgedragen hebben om toch het spuitenruil project in eigen praktijk te willen laten doorgaan

	Artsen	Verpleging	Onthaal	GP	WGC	Apotheek
Solidariteit met de buurt, veiligheid voor de buurt, vraag persoonlijk gesteld door buurtbewoners *(Q3)*	X	X	X	X		X / V
Zelf buurtbewoner zijn, veiligheid van kinderen en zichzelf, confrontatie met zwerfspuiten *(Q4)*	X		X	X		X
Duidelijke informatie over spuitenruil gebracht door expert (het nut ervan voor de maatschappij, kost van hepatitis C behandeling)	X	X	X	X	V	X / V
De vraag past binnen visie op gezondheidszorg van het huis/team	X		X	X	V	X
IV- druggebruiker beschermen	X	X	X	X		X / V
Ingangspoort om druggebruik ter sprake te brengen bij patiënten	V					
Goede ondersteuning van gespecialiseerde drughulpverlening (informatie, organisatie, bijstand)	X	X	X	X	V	X / V
Spuitenruil beperken tot eigen ingeschreven patiënten	X	X	X	X	V	
Weinig extra inspanning: korte opleiding	X		X			X
Als centrum de tijd genomen om het idee te laten rijpen	X		X			X
Ontkrachten van vooroordelen/angsten; ervaringsdeskundige getuigt	X					X / V
Duidelijk protocol over het verloop en praktische organisatie van het project	X	X				

	Artsen	Verpleging	Onthaal	GP	WGC	Apotheek
Change leaders: een beperkt aantal medewerkers incorporeren het idee en motiveren in een tweede tijd het team	X	X				
Tijdelijk proefproject		X				X
Verschillende apothekers/artsen in de buurt worden gesensibiliseerd					V	V
Vernieuwend project, spannend om aan deel te nemen				X		

6.3.2.3 Facilitators tijdens het verloop van het project spuitenruil

De hulpverleners werden gemotiveerd door concrete feedback over hoeveel spuiten er al geruild werden. Ook was de aanhoudende ondersteuning en bereikbaarheid van de spuitenruilcoördinator een zeer belangrijke factor. De hulpverleners vonden het motiverend om op deze manier voor de druggebruiker te kunnen zorgen. Het was motiverende op zich om te merken dat eigenlijk alles goed verliep.

Quote 5:

Apotheker: " Tijdens dat je bezig bent denk je van ik geef er alleen maar. Je hebt daar geen zicht op he, de container stond daar, dat wordt daar in gegooid, dat wordt verpakt, je moet daar niet aan komen. Maar de spuitenruil coördinator toonde dan de cijfers en als je ziet hoe veel spuiten er dan terug komen, dan... was dat eigenlijk nog verbazingwekkend veel! En dat geeft dan nog een beter gevoel."

Quote 6:

Arts: "Ik denk dat we nu kunnen zeggen van je steekt er zo veel energie in, je haalt er veel van terug en je pakt een maatschappelijke rol op die misschien niet uitsluitend voor de huisarts is maar die voor iedereen gemakkelijk weg-schuifbaar is en op den duur blijft er niemand over die het wilt doen, dus dat we daar wel een beetje een voorbeeldfunctie in kunnen nemen, dat is wel mooi toch?"

Quote 7:

Verpleegkundige : "Ja want, ik wil jou helpen. En dat helpen is niet zomaar van, ik ga jou die zakjes met spuitjes geven spuit er nu maar op los, maar ik wil jou helpen om geen abcessen of ziektes te krijgen..."

Tabel 3: Aanmoedigende factoren (facilitators) tijdens verloop van het project

	Artsen	Verpleging	Onthaal	GP	Apotheken
Feedback cijfermateriaal: hoeveel spuiten werden al geruild *(Q5)*	X	X		X	X
Contact met spuitenruilcoördinator van Oost-Vlaanderen: opvolging en er altijd bij terecht kunnen met vragen	X	X			X / V
Gestructureerd verloop en organisatie spuitenruil	X				X
Duidelijke samenwerking en afspraken met patiënten die komen ruilen , opvoedingssfeer					V
Evaluatiemomenten tijdens project met spuitenruil coördinator, verpleging en coördinerende arts	X				
Proefondervindelijk ervaren dat het goed verloopt	X	X			X / V
Inzicht in de maatschappelijke waarde van het project en in de waarde van eigen rol als gezondheidswerker *(Q6)*	X			X	X
Zorg dragen voor de druggebruiker *(Q7)*	X	X	X		X
Positieve feedback van de gebruiker		X			
Dankbaarheid en respect krijgen van de druggebruiker		X			X / V
Meer aandacht voor druggebruik in populatie WGC, beter in kaart brengen van actieve I.V.-druggebruikers	X				
Indruk dat artsen moeite doen om druggebruikers te bereiken		X			
Aandacht en investering in veiligheid van verpleging tijdens spuitenruil (aankoop dure veiligheidshandschoenen)		X			

6.3.2.4 Drempels tijdens het verloop van project spuitenruil

De geringe opkomst in het WGC (2 patiënten) en in de apotheken (geen exact cijfermateriaal) was bevreemdend. Sommige artsen en verpleegkundigen stelden zich vragen over in hoeverre de anonimiteit van de patiënt hier kan en moet bewaard worden. Ook het gevoel dat de deelname van de praktijk weinig invloed had op de gevonden zwerfspuiten wekte vragen op.

Quote 8:

Arts: "ik wist hoe het project liep en volgens mij wist de patiënt dat niet dat ik dat wist. Nu is het ook anders, nu hebben we meer patiënten he, ik volg het nu ook minder bewust, we zijn er minder op gefocust en ik kan nu openlijker met hem over zijn bij-gebruik spreken. In het begin voelde dat voor mij wat verwrongen"

Tabel 4: Ontmoedigende factoren tijdens spuitenruil

	artsen	verpleging	onthaal	Gezondheids-promotor	Apotheken
Moeite met concept anonimiteit *(Q8)*	X	X			
Indruk geringe patiënten-respons	X				X
Gevoel dat het geen invloed heeft op aantal zwerfspuiten	X		X		

6.3.2.5 Zaken die anders verliepen dan verwacht

Voor iedereen bleek dat de negatieve verwachtingen en angsten niet terecht waren. De betrokken hulpverleners waren ook verbaasd over het hoge aantal geruilde spuiten, het waren er veel meer dan verwacht op basis van de opkomst.

Quote 9 :

Onthaalmedewerker: "Ik merk niets van de spuitenruil, dat is tussen de zorgverlener en de patiënt, dus... Eigenlijk kom je er niet mee in contact want het wordt in het verpleeglokaal gedaan."

Quote 10:

Apotheker: "En de ervaring is, degene die dan effectief binnen kwamen voor spuitenruil, dat die eigenlijk rustig hun toer afwachten. Dat had ik eigenlijk niet verwacht."

Tabel 5: Zaken die anders verliepen dan verwacht

	Artsen	Verpleging	Onthaal	GP	Apotheek
Angsten m.b.t. agressie/incidenten/invloed op wachtzaal of andere klanten bleken onterecht *(Q9)*	X	X	X	X	X
Geen opdringerig of gejaagd gedrag door de patiënt die komt ruilen *(Q10)*	X	X	X	X	X
Minder aantal mensen komen ruilen dan verwacht	X	X	X		X
Gevoel dat er weinig aan spuitenruil gedaan wordt, wordt tegengesproken door concreet cijfermateriaal	X	X			X
Geen grotere toestroom van gebruikers	X	X			X
Zeer gestructureerd verloop	X	X			

6.3.2.6 Verbeterpunten voor het project spuitenruil

Er werden suggesties gedaan om meer verschillende gebruikers te bereiken, binnen en buiten de eigen praktijk. Onder andere een open beleid naar niet-ingeschreven patiënten voor het WGC, deelname van andere apotheken en WGC's aan het project spuitenruil, en meer ruchtbaarheid van het project. Ook de installatie van een dropbox in de buurt werd geopperd. Men wilde graag ook meer inzicht in de ervaring van druggebruikers die komen voor spuitenruil in een WGC. Meer kennis en opleiding rond werken met druggebruikers werd ook gesuggereerd. Door de apothekers werd een financiële tegemoetkoming geopperd als verbeterpunt. Rond anonimiteit en discretie zouden betere afspraken kunnen gemaakt worden.

Quote 11:

Artsen: " En ook verder in de wijk verder investeren, om andere partners te vinden; als het probleem nog zo levendig is moeten we niet doen alsof wat we doen genoeg is. Het is ook naar de wijk…
- Misschien moeten wij de apothekers proberen motiveren, of mee motiveren, en andere WGC's ?
- En andere huisartsen in de buurt?"

Quote 12:

Arts: "Want wat je dan doet is puur op basis van je eigen gevoel, welke andere situaties heb je al gehad… Als je daar een beetje richtlijn of richting in hebt, dat zouden we zeker kunnen gebruiken."

Tabel 6:Verbeterpunten die gesuggereerd werden voor verloop spuitenruil

	Artsen	Verpleging	Onthaal	GP	Apotheken
Bereik voor patiënten verhogen door ook niet-ingeschreven patiënten toe te laten in WGC voor spuitenruil		X	X		X
Bereik van patiënten verhogen door zichtbaarheid van spuitenruil in WGC te verhogen (meer publiciteit via andere instanties/communicatie/poster)	X	X	X		
Deelname van meer apotheken/centra/instanties voor een goede bereikbaarheid (*Q11)*	X		X		X
Dropbox nabij praktijk	X		X		
Kennis verwerven rond hoe druggebruikers spuitenruil in WGC ervaren	X		X		
Kennis verwerven over hoe communiceren en omgaan met druggebruikers *(Q12)*	X		X		
Financiële vergoeding voorzien voor apothekers				X	X
Bewaken van discretie	X				X
Op regelmatige momenten feedback krijgen i.v.m. het verloop van het project	X				

6.4 Discussie

In dit onderzoek werd het pilootproject spuitenruil in WGC Brugse Poort onderzocht. Een eerste luik bestond uit de opvolging en evaluatie van het praktische verloop van het project spuitenruil in het WGC. In een tweede luik werden de drempels en facilitators bij de hulpverleners vóór en tijdens het verloop van het project onderzocht. De ervaringen van de wijkapothekers die aan spuitenruil deden werden ook betrokken in dit onderzoek. Een vergelijking met de literatuur over de specifieke onderzoeksvragen was niet mogelijk, vermits deze niet bestond. In de discussie zal de focus gelegd worden op enkele topics die wat meer aandacht verdienen.

6.4.1 Bespreking van het praktisch verloop in het WGC

Het project is over de hele lijn positief geëvalueerd. Twee punten brengen we hier ter sprake. De WHO stelt een verdeling van minimum 200 spuiten per jaar per patiënt als streefdoel (51). In het WGC werd dit ruim behaald. Ook de gemiddelde verdeling van 45 spuiten per contact in Vlaanderen (3) werd ruim overschreden. Een bron uit de drughulpverlening, Frederick Van Der Sypt, merkt hierover opdat er lang- en kortwerkende producten bestaan, die een invloed hebben op het aantal noodzakelijke spuiten. Er kan geen uitspraak gedaan worden of alle verdeelde spuiten bestemd waren voor de patiënten die bij ons kwamen voor spuitenruil. Er kan namelijk aan *secundaire distributie* gedaan worden. Dit is het fenomeen dat mensen die gebruik maken het spuitenruilprogramma, meer materiaal dan nodig voor persoonlijk gebruik vergaren en het materiaal onder andere druggebruikers binnen hun netwerk verdelen. Op deze manier wordt op een onrechtstreekse manier aan schadebeperking gedaan (52).

We hebben de gebruikers niet persoonlijk geïnterviewd, maar via de verpleging weten we dat een van de gebruikers tevreden was dat spuitenruil mogelijk was in het WGC. Er was reeds voor de start een goede vertrouwensband tussen de verpleging en de patiënt die het meeste kwam voor spuitenruil. In de literatuur is gekend dat vertrouwelijkheid een belangrijke factor is voor de druggebruiker bij spuitenruil (3) (4) .

6.4.2 Bespreking van de drempels en facilitators

6.4.2.1 Angst als drempel

De aanvankelijke negatieve vooronderstellingen bij de verschillende disciplines (ook beschreven in de literatuur (2) bleek niet terecht. Noch op vlak van een te grote toestroom, noch op het vlak van storend gedrag van de ruiler zoals agressie, opdringerig of gejaagd gedrag, noch waren er negatieve reacties van de andere patiënten. De opkomst van spuitenruilers in het WGC was geringer dan verwacht, maar de deelnemende apothekers in de buurt meldden ook geen grote toestroom. Hiervoor hebben we niet meteen een verklaring. Storend of manipulatief gedrag werd evenmin ervaren bij de apothekers en in de gespecialiseerde drughulpverlening, waar spuitenruil het meest wordt uitgevoerd. Dit wordt bevestigd in de literatuur (53).

Een verklaring hiervoor is dat gebruikers die komen voor spuitenruil dit doen op een moment dat ze zelf plannen, en niet op een moment van acute nood of craving, zoals soms voorkomt bij methadonverstrekking.
Vooroordelen bij hulpverleners over druggebruikers zijn welomschreven is in de literatuur (2).

6.4.2.2 Kennis en ervaring

Vooral de artsen hadden het gevoel specifieke kennis en skills te ontbreken over hoe om te gaan met druggebruikers en druggebruik in het algemeen. Ook dit blijkt een bevestiging van de literatuur (2).

Enkele studies tonen een positief effect aan van training, opleiding en daadwerkelijke ondersteuning op de ervaring van werken met patiënten met middelenmisbruik (42) (43) (44) (45).

Deze zaken herkennen we ook in dit onderzoek: de ondersteuning door de coördinatoren van spuitenruil werd door alle disciplines als sterk drempelverlagend en motiverend omschreven. Opleiding werd door onze artsen geopperd als verbeterpunt en zou dus nog een welkome aanvulling zijn. Voor de organisatie van het project werd de opleiding enkel aan de actueel betrokken actoren gegeven, namelijk de verpleging en één coördinerend arts. Omdat in deze set-up de artsen niet bij de spuitenruil zelf betrokken zijn, maar wel geacht worden de patiënten te rekruteren en het concept dienen te onderschrijven, is meer kennis en een mogelijkheid om specifieke vragen te stellen aan een expert een goed voorstel. Ook de onthaalmedewerkers gaven aan interesse te hebben in een training over omgaan met als moeilijk ervaren patiënten, dus ook zij zouden baat kunnen hebben bij een info-sessie. Wij suggereren dat er een specifieke training kan worden gegeven door een expert aan het gehele artsenteam en eventueel ook aan de onthaalmedewerkers.

Een derde interessante bevinding in de literatuur is dat gezondheidswerkers die vaak werken of in contact komen met druggebruikers, een positievere attitude naar hen toe hebben (42) (46). Dit is ook wat blijkt uit dit onderzoek: de ervaringen van alle hulpverleners met dit project zijn beter dan verwacht. Hoe vaker je omgaat met druggebruikers, hoe beter je leert omgaan met druggebruikers. Dit wordt aangehaald door verschillende disciplines; proefondervindelijk ervaren dat alles eigenlijk goed loopt werkt motiverend.

Een spuitenruilcontact dat klassiek verloopt buiten een acute nood, kan een opening bieden voor frequenter en betekenisvolle contacten. Dit pleit voor het verder uitbouwen van spuitenruil in niet-gespecialiseerde hulpverleningscentra.

6.4.2.3 Zorg voor de buurt als belangrijke facilitator

De literatuur beschrijft dat door spuitenruil druggebruikers minder risicovol injecteergedrag stellen, en dat minder spuiten publiekelijk worden weggegooid en er bijgevolg minder overlast is (54) (55).

We kunnen in het WGC vooralsnog niet bevestigen dat het aantal zwerfspuiten in het nabijgelegen park zou zijn afgenomen. Dit gaat om een gevoel, we hebben geen concrete cijfers. We zien nog steeds druggebruik in het park en er worden nog steeds spuiten gevonden. Er is dus meer nodig om overlastreductie te bekomen.

Mogelijke extra maatregelen zijn een open beleid van het WGC naar niet-ingeschreven patiënten, installatie van een dropbox en eventueel een gebruiksruimte in de buurt. Deze laatste maatregel wordt omschreven als een legale voorziening waar druggebruikers hun (elders verkregen) drugs op een veilige en hygiënische manier kunnen gebruiken. Dit blijkt een erg effectieve maatregel te zijn op vlak van morbiditeit, mortaliteit en overlast (56).

Ten behoeve van de lezer volgt hier uitleg over het principe van een gebruiksruimte. De doelstellingen van gebruiksruimtes zijn: ten eerste de veiligheid van de druggebruiker te vrijwaren (vermijden van overdoses en reductie HCV en HIV transmissie) ten tweede reductie van overlast (publiek gebruik, zwerfspuiten, prikongevallen). Bij een geïntegreerde gebruiksruimte is er supervisie van een multidisciplinair team. Hierbij is een derde objectief een toegangspoort bieden tot (drug)hulpverlening voor een zeer moeilijk te bereiken doelgroep. Er is onvoldoende bewijs om aan te tonen dat gebruikersruimtes de incidentie en prevalentie van HCV en HIV kunnen beïnvloeden. Er is wél een duidelijke impact op het aantal overdosissen en druggerelateerde overlijdens. In de directe omgeving van gebruikersruimtes kan een daling kan gezien worden van zwerfspuiten en van zichtbaar gebruik op openbare plaatsen. (56) (57) .

Gebruiksruimtes zijn reeds van toepassing in verschillende landen in Europa (zie Afbeelding 1, p.10). In Gent zijn verschillende betrokken sectoren (drughulpverlening, justitie, academici,…), alsook de druggebruikers zelf vragende partij voor installatie van gebruiksruimtes (1).

6.4.2.4 Spuitenruil enkel voor ingeschreven patiënten in het WGC ?

Spuitenruil wordt nu enkel aangeboden aan ingeschreven patiënten, dit was bij de opstart een voorwaarde voor deelname van het WGC aan het project. Het zou echter interessant zijn om, de resultaten van dit onderzoek indachtig, deze kwestie te herbekijken.

De toestroom werd voor de eigen patiëntenpopulatie alvast ruim overschat. Maar ook bij de apotheken in de buurt, die altijd toegankelijk zijn voor iedereen, werd geen grote toestroom van druggebruikers opgemerkt. Uitbreiding van het project naar niet-ingeschreven patiënten werd geopperd als verbeterpunt door enkele verpleegkundigen en onthaalmedewerkers van het WGC, en het zou tegemoet komen aan een vraag van de wijkapothekers en het buurtcomité.

6.4.2.5 Inbreng van de Gebruiker

Vanuit de literatuur is geweten dat anonimiteit en vertrouwelijkheid bij spuitenruil belangrijk zijn voor de druggebruikers. Ook wordt aangegeven dat dag-uren een goed moment blijken voor spuitenruil (3) (4). Er bestaat echter nog geen literatuur over ervaring van druggebruikers van spuitenruil specifiek in een WGC, noch in apotheken. Het is dus zeer spijtig dat dit onderzoek hier geen antwoord op biedt. De eerste participant is niet ingegaan op het voorstel voor een interview. Er werd niet aangedrongen om de gebruiker niet tot last te zijn en zo de opkomst binnen dit pilootproject mogelijks negatief te beïnvloeden. De tweede participant werd hiervoor niet aangesproken door aanpassingen van prioriteiten tijdens het onderzoek.

6.4.2.6 Wat met het belang van anonimiteit?

Spuitenruil verloopt in Vlaanderen per definitie anoniem (3). Ons project is een van de eerste projecten die spuitenruil loskoppelt van anonimiteit, aangezien gekende patiënten gebruik maakten van het pilootproject. Dit leidde tot wat bedenkingen; één van de huisartsen had het moeilijk met het feit dat hij informatie over het gebruik van de patiënt door het pilootproject te weten kwam, terwijl de patiënt zelf zijn gebruik naar de huisarts toe minimaliseerde. Aangezien anonimiteit niet mogelijk is in het systeem van een WGC, werd wel extra aandacht besteed aan discretie. Het delen van informatie is inherent aan werken in groep. De onderzoeker brengt in de discussie aan dat gedeeld beroepsgeheim extreem belangrijk is in een groepspraktijk. Het is voor alle medewerkers, zelfs los van het project spuitenruil, belangrijk om hier bewust mee om te gaan en om informatie weloverwogen te delen met

collega's. Delen van informatie heeft voordelen maar leidt ook onvermijdelijk tot een verlies van discretie. Het evenwicht bewaken is een belangrijke uitdaging.

6.4.2.7 De Rol van de Huisarts in spuitenruil ?

Een vraag die door sommige artsen gesteld werd luidt of dit een taak is voor de huisarts. De literatuur leert ons dat een goede geografische spreiding en toegankelijkheid essentieel zijn voor de effectiviteit van spuitenruil (32) . Andersom wordt gezien dat een beperkte toegang tot steriel injectiemateriaal een sterke predictor is voor het doorgeven van gebruikte spuiten aan elkaar (59). Daarom is het essentieel dat, naast conventionele laagdrempelige drughulpverlening, ook andere instanties aan spuitenruil deelnemen (34). Waar weinig bronnen aan steriel injectiemateriaal zijn, vervullen apotheken een cruciale rol in spuitendistributie, waar spuiten vaak kunnen gekocht worden tegen betaling (60).

In dit onderzoek blijkt dat een betere achtergrondkennis over het nut van spuitenruil bij de huisartsen belangrijk was om het spuitenruil project op te kunnen starten. Spuitenruil werd bekeken als een vorm van preventie voor een kwetsbare, moeilijk te bereiken doelgroep en als een preventieve maatregel voor de veiligheid van de buurt.Dit past binnen de visie van dit WGC. In dit pilootproject werd de spuitenruil op zich uitgevoerd door de verpleegkundigen. De rol van de huisarts in dit pilootproject was beperkt tot het bespreekbaar maken van druggebruik en het toeleiden van I.V.-druggebruikers naar het project spuitenruil. Spuitenruil uitgevoerd door de huisarts zélf werd niet onderzocht, hierover kunnen we dus geen conclusies trekken. Het is echter nodig om het project uit te breiden en te onderzoeken in praktijkvormen anders dan een WGC.

6.4.2.8 Beperkingen van de studie

Er zijn slechts twee patiënten gekomen voor spuitenruil in het WGC. Er kunnen geen uitspraken gedaan worden over uitkomsten van deze studie bij een grotere opkomst. Interviews met druggebruikers over ervaringen van spuitenruil in het WGC, of over spuitenruil in een apotheek had een meerwaarde kunnen bieden. Hieromtrent is er immers een hiaat in de literatuur.

6.4.2.9 Implicaties voor de praktijk en voor verder onderzoek

Gezien de positieve evaluatie van dit project en de nood aan extra maatregelen in de wijk om een invloed op de overlast te kunnen bekomen, is het zinvol om het project uit te breiden naar niet-ingeschreven patiënten. Dit zou ook tegemoetkomen aan de vraag van het buurtcomité en van de wijkapotheken. Een dropbox zou ook zinvolle aanvulling zijn, alsook de installatie van een gebruiksruimte in de buurt.

Spuitenruil integreren in het zorgaanbod van andere WGC's kan een meerwaarde betekenen voor de druggebruikers en voor de wijk. Dit onderzoek kan hiervoor drempelverlagend werken.
Er is nood aan onderzoek naar de eigen ervaring van de druggebruikers die komen voor spuitenruil in apotheken en in een WGC. Hoe omgaan met de privacy van de patiënten is een gevoelige kwestie. Het delen van informatie heeft voordelen maar leidt ook onvermijdelijk tot een verlies van discretie. Het evenwicht bewaken is een belangrijke uitdaging. Het contact tussen de druggebruiker en de hulpverlener tijdens spuitenruil kan drempelverlagend werken in beide richtingen. Dit biedt een opening naar wederzijds vertrouwen en meer betekenisvolle contacten. Onderzoek naar spuitenruil in huisartsenpraktijken met een andere praktijkorganisatie is zeker de moeite en nodig.

6.5 Conclusie

Dit is het eerste onderzoek naar de drempels en facilitators voor de implementatie van spuitenruil in een wijkgezondheidscentrum. Het project dat hierop volgde in WGC Brugse Poort kende een succesvol, positief verloop. Er werd een hoog aantal spuiten geruild in het eerste jaar van dit proefproject. Ondanks de negatieve verwachtingen en angsten van velerlei aard, heeft er zich geen enkel incident voorgedaan. De verpleging gaf aan dat patiënten die aan spuitenruil konden doen in het WGC tevreden waren. Spuitenruil in dit WGC als antwoord op een vraag van de buurt is een stap in de goede richting naar een meer kwalitatieve zorg voor een kwetsbare patiëntengroep alsook naar de reductie van overlast en zwerfspuiten. Extra schadebeperkende maatregelen blijken echter nodig om het aantal zwerfspuiten in de buurt zichtbaar te kunnen verminderen.

7. Referenties

1. Louis Favril, Freya Vander Laenen, Tom Decorte. Schadebeperkende maatregelen voor de stad Gent. Een onderzoek naar de lokale noden en prioriteiten. Antwerpen - Apeldoorn : Maklu, 2015.

2. Van Boekel, L.C., Brouwers, E.P.M, Van Weeghel, J.,Garretsen, H.F.L. Stigma among health professionals towards patients with subtance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. 131 (1-2), sl : Elsevier, 2013, Drug and Alcohol Dependence, Vol. 2013, pp. 23-25.

3. Windelincks, Tessa. Partnerorganisatie spuitenruil Vlaanderen: Eindrapport werkjaar 2017. 2018.

4. Koenraad De Decker, Jan Van Bouchaute. Eindrapport Terreinorganisatie Spuitenruil Provincie Oost-Vlaanderen Werkjaar 2017. 2018.

5. International Harm Reduction Association. What is harm reduction? A position statement from the international Harm Reduction Association. London : sn, 2010.

6. McKeganey, N. Abstinence and harm reduction: two roads to one destination? Drugs: Education, Prevention and Policy, 12,2005,pp. 251-253.

7. EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2014. Lisbon : 2014a.

8. Tavitian-Exley L, Vickerman P., Bastos F.I.,Boiley M.C.,.Influence of different drugs on HIV risk people who inject: Systematic Review and Meta-analysis. 2015, Addiction.

9. Lappalainen, L. Hayashi, K., Dong, H? Milloy, M.J., Kerr, T. , Wood, E.Ongoing impact of HIV infection on mortality among people who inject drugs despite free antiretroviral therapy. 110, 2015, Addiction, pp. 111-119.

10. Mathers B.M., Degenhardt L. , Bucello C. , Lemon J. , Wiessing L, Hickman, M.Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. 91, Bulletin of the World Healt Organisation, Vol. 2013, pp. 102-123.

11. Compton W.M., Thomas Y.F. Stinson F.S., Grant B.F. Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependencein the United States: Results from the Nation Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. 64, 2005, Archives of Feneral Psychiatry, pp. 566-576.

12. Conway K.P., Compton W.M., Stinson F.S., Grant B.F. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: Results from the National Epidemioologic Survey on Alcohol and Related Conditions. [red.] 247-257. 67, 2006, Journal of Clinical Psychiatry.

13. EMCDDA: European Drug Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: A review of the data. Lisbon : sn, 2013.

14. Popma A., Blaauw E., Bijlsma E. Psychiatrische comorbiditeit van verslavind in relatie tot criminaliteit. [boekaut.] Blaauw E.&Roozen H. Handboek forensische verslavingszorg. Houten : Bohn Stafleu van Loghum, 2012, pp. 21-40.

15. Havinga P. & Van der Poel, A.Organisatie en inrichting van gebruiksruimten in Nederland (2003-2010). 8, 2012, Verslaving, pp. 44-54.

16. Sumnall H., Brotherhood, A.Social Reintegration and employment: Evidence and interventions for drug users in treatment. Luxembourg : EMCDDA, 2012.

17. EMCDDA.Drug-related Public nuisance - Trends in policy and preventive measures. Lisbon : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2005.

18. Decorte T, De Ruyver B, Ponsaers P, Bodein M, Lacroix A.C., Lauwers S, Tuteleers P. Drugs en overlast. Studie van het fenomeen, de beheersing en de effecten van druggerelateerde overlast en dit vanuit verschillende invalshoeken. Gent : Academia Press, 2004.

19. Kerr T., Small W., Wood E. The publich health and social impacts of drug market enforcement: A review of the evidence. 16, International Journal of Drug Policy, pp. 210-220.

20. EMCDDA: European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction. Belgium: Country Drug Report 2017. Lisbon : sn, 2017.

21. EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2017: Trends and Developments. Lisbon : sn, 2017.

22. Todts, S. Harm Reduction: Een stand van zaken. [boekaut.] Hutsebaut F. , Vervaeke G. Goethals J. Gerechterlijke geestelijke gezondheidszorg: Wetenschap , beleid en praktijk. Leuven : Universitaire Pers, 2005, pp. 373-383.

23. Corson S., Greenhalgh D. , Taylor A, Palmateer N. Goldberg D. Hutchinson A. Modeling the prevalence of HCV amongst people who inject drugs: An investigation into the risks associated with injecting paraphernalia sharing. 133, Drug and Alochol Dependence, pp. 172-179.

24. Vorobjov S, Uusküla A., Abel-Ollo, K. Talu, A. Ruutel K, Des Jarlais D.C.Comparison of injecting drug users who obtain syringes from pharmacies and syringe exchange programs in Tallinn, Estonia. 3, 2009, Harm Reduction Journal, Vol. 6.

25. Palmateer N., Kimber J. , Hickman M. , Hutchinson S. , Rhodes T. , Goldberg D.Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitic C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: A review of Reviews. 105, 2010, Addiction, pp. 844-859.

26. Tilson H., Aramrattana A. , Bozette S. A. Celentano D.D. , Falco M. , Hammett T.M. Preventing HIV infection among injecting drug users in high-risk countries: An assessment of the evidence. Washington, DC : Institute Of Medicine.

27. Wodak A., Cooney A.Effectiveness of sterile needle and syringe programmes. 16, 2005, International Journal of Drug Policy, pp. 31-44.

28. Macneil J, Pauly B. Needle exchange as a safe haven in an unsafe world. 30, Drug and Alcohol Review, pp. 26-32.

29. WHO: World Health Organisation. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva : sn, 2014.

30. Aspinal E.J., Nambiar, D. Goldberg, D.J. , Hickman, M. Weir. A. Van valzen, E. Palmateer, N. , Doyle J.S. , Hellard, M.E. , Hutchinson, S.J. Are Needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: A systematic review and meta-analysis. 43, 2014, International Journal of Epidemiology, pp. 235-248.

31. Global Commission On Drugs. War On Drugs: Report of the Global Commission on Drug Policy. 2011.

32. MacArthur G.J., Van Velzen E. , Palmateer N. , Kimber J. , Pharris A., Hope V. , Taylor A. , Roy K. , Aspinall E. , Goldberg D. , Rhodes T. , Hedrich D. Salminen M. , Hickman M. , Hutchinson S.J. Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: A review of reviews to assess evidence of effectiveness. 25, 2014, International Journal of Drug Policy, pp. 34-52.

33. Cooper H.L., Des Jarlais D.C. , Ross Z. , Tempalski B. , Bossak B., Friedman S.R. Spatial access to syringe exchange programs and pharmacies selling over-the-counter syringes as predictors of drug injectors' use of sterile syringes. 101, American Journal of Public Health, pp. 1118-1125.

34. Wodak A., Cooney A. Effectiveness of sterile needle and syringe programmes. 16, 2005, International journal of Drug Policy, pp. 31-44.

35. Ford R., Bammer G., Becker N. The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development 17, 2008, Journal of Clinical Nursing, pp. 2452-2462.

36. Gilchrist, G., Moskalewicz, J., Slezakova, S., Okruhlica, L., Torrens, M., Vajd, R., Baldacchino A Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study.. 106, 2011, Addiction, pp. 1114 - 1125.

37. McLaughlin, D., McKenna, H., Leslie, J., Moore, K., Robinson, J.Illicit Drug users in Northern Ireland: perceptions and experiences of health and social care professionals. 13, 2006, Journal of Psychiatric Mental Health Nursing, pp. 682 - 686.

38. Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, P., Sessay, M., Abraham, A., Luty, J.A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. 16, 2009, Journal of Psychiatric Mental Health Nursing, pp. 279 - 284.

39. Deans C., Soar R. Caring for clients with dual diagnosis in rural communities in Australia: the experience of mental health professionals. 12, 2005, Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing, pp. 268-274.

40. Ford, R.Interpersonal challenges as a constraint on care: the experience of nurses' care of patients who use illicit drugs and implications for workforce development. 17, 2011, Journal of Clinical Nursing, pp. 2452-2462.

41. McGilliion J., Wanigaratne S. , Feinmann C. Godden T. Byrne A.GP's Attitudes towards the treatment of drug misusers. 50, 2000, British Journal of General Practice, pp. 385-386.

42. Ding L, Landon, B.E., Wilson, I.B., WOng, M.D., Shapiro, M.F., Cleary, P.D.Predictors and consequences of negative phycician attitudes toward HIV-infected injection drug users. 165, 2005, Archives of Internal Medicine, pp. 618-623.

43. Happell, B. , Taylor, C. Negative attitudes towards clients with drug and alcohol related problems: finding the elusive solution. 10., 2001, The Australian and New Zealand journal of mental health nursing, pp. 87-96.

44. Howard, V. Holmshaw, J.Inpatient staff perceptions in providing carde to individuals with co-occuring mental health problems and ilicit substance use. 17, 2010, Journal for Psychiatric mental health Nursing, pp. 862 - 872.

45. May, J.A., Warltier, D.C., Pagel, P.S. Attitudes of anesthiologist about addiction and its treatment: a survey of Illinois and Wisconsin members of the American Society of Anesthesiologists. 14, Journal of Clinical Anesthaesiology, pp. 284-289.

46. Brener L., von Hippel, W., Kippax, S. Prejudice among health care workers toward injecting drug users with hepatitis C: does greater contact lead to less prejudice? 18, 2007, International Journal of Drug Policy, pp. 381-387.

47. P.G., Miller. Safe using messages may not be enough to promote behaviour change amongst injecting drug users who are ambivalent or indiffernt towards death. 18, 2009, Harm reduction Journal, Vol. 6.

48. Treloar C., Cao W. Barriers to use of needle and syringe programmes in a high drug area of Sydney, New South Wales. 16, 2005, International Journal of Drug Policy, pp. 308-315.

49. Kerr T., Stoltz J. A. , Tyndall M. , Li K. , Zhang R. Montaner J. , Wood E.Impact of a medically supervised safer injection facility on community drug use patterns: A before and after study. 332, 2006a, British Medical Journal, pp. 220-222.

50. Werkgroep Drugs - De Puzzel Wijk Brugse Poort Gent. Brochure Spuitenruil Plus: een inspirerend verhaal over hoe bewoners rond het thema drugs in hun wijk aan de slag gaan en de buurtapothekers – met succes – proberen te motiveren om aan spuitenruil te doen. Gent : sn, 2013-2016.

51. International Aids Vaccine Initiative. Injection of Hope: Needle and Syringe Programs can lower HIV infection rates and provide important outreach to injection drugusers. 2006.

52. Irwin K ., Karchevsky E. , Heimer R. , Badrieva L. Secondary syringe exchange as a model for HIV prevention programs in the Russian Federation . Substance Use & Misuse. 2006, 41, pp. 979-999.

53. Wodak A., Cooney A. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva : World Health Organisation, 2004.

54. Doherty M.C., Junge B. , Rathouz P. , Garfein R.S. , Riley E. , Vlahov D.The effect of a needle exchange program on numbers of discarded needles: A 2 year follow-up. 90, 2000, American Journal of Public Health, pp. 936-939.

55. K., Ksobiech.Assessing and improving needle exchange programs: Gaps and problems in the literature. 1:4, 2004, Harm Reduction Journal.

56. Potier C., Laprévote V. Dubois-Arber F. , Cottencin O. , Rolland B.Supervised injection services: What has been demonstrated? A systematic literature review. . 145, 2014, Drug and Alcohol Dependence, pp. 48-68.

57. Werkgroep Drugs, Dé Puzzel. Brochure: SpuitenruilPlus. Een inspirerend verhaal over hoe bewoners rond het thema drugs in hun wijk aan de slag gaan en de buurtapothekers - met succes - proberen te motiveren om aan spuitenruil te doen. 2013-2016.

58. Mc Gillion J., Wanigaratne S., Feinmann C., Godden T., Byrne A GP's attitudes towards the treatment of drug misusers.. 50 (454), 2000, Britisch Journal of General Practice, pp. 385-386.

Bijlage 1: Protocol Spuitenruil in WGC Brugse Poort

1. De organisatie en coördinatie van het spuitenruil project wordt opgenomen door de spuitenruilcoördinator van Oost-Vlaanderen, die verbonden is aan het MSOC (Medisch Sociaal Opvang Centrum) van de Stad Gent.
2. De spuitenruil wordt uitgevoerd door de verpleging in een verpleeglokaal op afspraak, niet tijdens vrije consultatie. Er is één verpleegkundige verantwoordelijk en aanspreekpunt van het spuitenruilproject. Spuitenruil kan wel door iedere verpleegkundige uitgevoerd worden die de opleiding heeft gevolgd (zie punt 3). De spuitenruil is gratis.
3. Alle verpleegkundigen en de zorgcoördinator krijgen een korte opleiding, dit is verplicht. Er is een vorming prikongevallen die ongeveer 1 uur duurt, en er is een basisvorming spuitenruil, die ongeveer 2 uur duurt. In het WGC werden de belangrijkste zaken van de basisvorming spuitenruil verteld op de uitgebreide infosessie over prikaccidenten, dit duurde ongeveer 2 uur.
4. Het draaiboek spuitenruil is aanwezig in het verpleeglokaal. Deze uitgebreide informatiebundel kan altijd geraadpleegd worden ter ondersteuning.
5. Een spuitenruil contact is anoniem volgens de definitie van spuitenruil Vlaanderen. Aangezien we enkel aan spuitenruil doen voor eigen patiënten is de naam van de patiënt bekend. Wanneer deze een afspraak maakt bij de verpleging, is niet geweten dat dit voor spuitenruil is door de andere hulpverleners. Bij registratie wordt de naam van de patiënt niet genoteerd. Zo wordt er niet standaard doorgegeven aan de betrokken huisarts dat zijn of haar patiënt aan spuitenruil doet, tenzij er expliciet toestemming voor is van de patiënt. Als er medische problemen worden gedetecteerd door de verpleging wordt dit steeds in overleg en met toestemming van de patiënt doorgegeven aan de arts.
6. Er worden pakketten verse spuiten (insulinenaalden per pakjes van 10 stuks), lege naaldcontainers, ontsmettende swabs, flacons steriel water en informatiefolders over drugs en preventieve gezondheidsmaatregelen voorzien.
7. Er wordt maandelijks telefonisch contact gemaakt tussen de spuitenruil coördinator en de aangestelde verpleegkundige, zowel in verband met het aanleveren en binnenbrengen van materiaal als voor opvolging over het verloop en antwoord op eventuele vragen of opmerkingen.
8. Registratie is verplicht voor de organisatie van spuitenruil in Vlaanderen. Er is een registratieformulier waar alle contacten worden geregistreerd, anoniem. Er wordt genoteerd op welke dag er een spuitenruilcontact is, wat er wordt binnengebracht (aantal naaldcontainers of aantal losse spuiten) en wat er wordt meegegeven (aantal zakjes spuiten).
9. Er wordt een lege naaldcontainer meegegeven en zakjes verse insulinespuiten, hoeveel de cliënt er wenst mee te krijgen. De gebruikte naalden worden door de spuitenruiler in de naaldcontainer teruggebracht. Deze gooit ze zelf in de grote verzamelcontainer. Als de patiënt geen container terugbrengt is het alsnog mogelijk propere spuiten mee te krijgen, dit in kader van 'hoogdringendheid'. De patiënt wordt hierbij wel aangesproken op het belang van de 'ruil'.

10. Er wordt een verantwoordelijke arts aangesteld voor het project. Bij alle patiënten bij wie drugsmisbruik als actief of belangrijk stond genoteerd in het EMD, werd er een *post-it* “spuitenruil” aangemaakt. Dit als reminder aan de arts om het druggebruik na te vragen en eventueel het project spuitenruil ter sprake te brengen en aan te bieden.
11. Er staat wekelijks op het artsenoverleg de topic “spuitenruil” op de agenda. Eventuele gebeurtenissen of meldingen kunnen hier worden gebracht. Ook dient dit als reminder voor de artsen om alert te blijven en het onderwerp ter sprake te brengen bij gelegenheid.
12. Bij wijze van affichering worden kleine stickers met het logo van spuitenruil gebruikt. In alle artsen- en verpleeglokalen wordt één sticker aangebracht. Deze worden doorgaans herkend door mensen die reeds in contact kwamen met spuitenruil.
13. Er is halfjaarlijks een evaluatiemoment met de coördinerende arts, verpleegkundige en de spuitenruilcoördinator.

Bijlage 2: Protocol Spuitenruil in apotheken

1. De organisatie en coördinatie van het spuitenruil project wordt opgenomen door de spuitenruilcoördinator van Oost-Vlaanderen, die verbonden is aan het MSOC (Medisch Sociaal Opvang Centrum) van de Stad Gent. Er is samenwerkingsovereenkomst tussen de apotheek, de provinciaal coördinator spuitenruil en de Vlaamse coördinatie. Initieel betreft het een proefperiode van 6 maanden.
2. Er wordt een korte opleiding (1 à 1,5 uur) gegeven m.b.t prikaccidenten aan iedere apotheker, dit is verplicht volgens de organisatie van spuitenruil in Vlaanderen. Ook heeft elke apotheek de basisvorming spuitenruil gekregen (ca. 2u), deze vorming is ook verplicht. Er worden pakketten (2 zakjes spuiten (10 spuiten/zakje) en alcohol swabs, lege naaldcontainers, en informatiefolders over drugs en preventieve gezondheidsmaatregelen voorzien.
3. Het draaiboek spuitenruil wordt in de apotheek achtergelaten met een uitgebreide uitleg i.v.m. spuitenruil.
4. Er wordt maandelijks telefonisch contact gemaakt tussen de spuitenruil coördinator en de ruilapotheek, in verband met het aanleveren en binnenbrengen van materiaal, en voor eventuele vragen of opmerkingen. Indien er tussendoor andere vragen of opmerkingen zijn is de spuitenruilcoördinator ook bereikbaar voor contact.
5. Er is een registratieformulier waar alle contacten verplicht worden geregistreerd, anoniem. Er wordt genoteerd op welke dag er een contact is met iemand die spuiten wil komen ruilen, wat er wordt binnengebracht (aantal naaldcontainers of aantal losse spuiten), wat er wordt meegegeven (aantal zakjes spuiten). Registratie van verstrekking nieuwe lege containers is niet nodig.
6. Klanten die normaal insulinenaalden komen kopen, waarbij de apotheker vermoed dat het voor druggebruik is, worden door de apotheker aangesproken. Er wordt uitgelegd dat ze via het spuitenruilproject gratis en anoniem propere naalden kunnen krijgen in ruil voor het binnenbrengen van gebruikte naalden.
7. Er wordt een lege naaldcontainer meegegeven en verse insulinespuiten, hoeveel de cliënt er wenst mee te krijgen.
8. Afhankelijk van de apotheek wordt al dan niet afgesproken om enkel verse naalden mee te geven als er ook gebruikte naalden worden terug gebracht. De apotheek kan dan doorverwijzen naar bijvoorbeeld de spuitenruil in het MSOC.
9. Er wordt enkel aan spuitenruil gedaan tijdens reguliere openingsuren, niet tijdens wachtdiensten.

Bijlage 3: Richtvragen focusgroepsgesprekken en interviews

- Hoe heb je het spuitenruilproject beleefd?
- 4 jaar geleden werd voor het eerst de vraag gesteld door “de puzzel” om spuitenruil in het WGC/de apotheek te laten doorgaan. Er werd toen beslist om er niet op in te gaan.
  Weet jij nog wat voor jou persoonlijke redenen waren om het niet te doen?
- Wat heeft jou van gedachte doen veranderen om spuitenruil hier wel te laten doorgaan?
- Wat denk je dat er zéker aanwezig moet zijn opdat een ander WGC/apotheek zou willen en kunnen starten met spuitenruil in de praktijk?
- Hoe vind je dat het project nu loopt? Lopen er dingen anders dan verwacht? In positieve en negatieve zin?
- Wat is het kleinste stapje dat je zou kunnen zetten om het project nog beter te doen lopen?

Bijlage 4: Goedkeuring Ethische Comissie

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

PROF. DR. F. MATTHYS
VAKGROEP HUISARTSENGENEESKUNDE
VUB

Brussel, 08-11-2017

Ons Kenmerk: **2017/114**

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
Spuitenruil in een wijkgezondheidscentrum, een pilootproject : drempels en facilitators voor implementatie
B.U.N. 143201731974

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, inclusief het antwoord op de bijkomende vragen en de aangepaste informatie- en toestemmingsformulieren voor de patiënten en voor de hulpverleners, in het Nederlands, versies 2 dd 24-Sep-2017, besluit de commissie medische ethiek tijdens de vergadering van 8 november 2017

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

A. Van Steirteghem, voorzitter

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel +32 2 477 55 84
Fax +32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Meeting date 08-11-2017

Ons kenmerk: 2017/114

MEMBERS OF THE MEDICAL ETHICS COMMITTEE UZ BRUSSEL - VUB (since 21-06-2017)

Name	Function	Gender
Prof. Dr. Em. A. Van Steirteghem	CHAIRMAN UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. van der Werff ten Bosch, MD, PhD	VICE- CHAIRMAN Pediatrics UZ BRUSSEL	F
Dr. Y. Adriaenssens, MD	General Practitioner Mechelen	M
Dr. K. Beeckman, PhD	Nursing and Midwifery research group UZ BRUSSEL	F
Dr. Apr. V. Caveliers, PhD	Pharmacist UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. F. Cools, MD, PhD	Neonatology UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. De Grève, MD, PhD	Medical Oncology UZ BRUSSEL	M
Mrs. M. De Win	External Member	F
Prof. Dr. I. Gies, MD, PhD	Pediatrics UZ BRUSSEL	F
Mr. S. Gondry, LLM	Attorney at Law Antwerp	M
Prof. Dr. P. Lacor, MD	Internal Medicine UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. Poelaert, MD, PhD	Anesthesiology UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. C. Schotte, PhD	Clinical Psychology UZ BRUSSEL	M
Dr. D. Van den Berge, MD	Radiotherapy UZ BRUSSEL	M
Mrs. A. Van Scharen, LLM	Legal Expert Research & Development - VUB	F
Prof. Dr. T. Vanhaecke, PhD	Toxicology - Faculty of Medicine and Pharmacy VUB	F
Mrs. T. Vanderreken	Nurse UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. I. Willekens, MD, PhD	Radiology UZ BRUSSEL	F

If member of the Ethics Committee, the investigator does not participate to the vote

Bijlage 5: Informed Consent

Informatie en Toestemmingsformulier voor de hulpverlener

Spuitenruil in een wijkgezondheidscentrum, een pilootproject: drempels en facilitators voor implementatie

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van mijn opleiding tot huisarts in het wijkgezondheidscentrum Brugse Poort doe ik een onderzoek naar drempels en facilitators bij hulpverleners voor deelname aan het project spuitenruil.

Dit onderzoek gebeurt tussen december 2017 en september 2018.
Wijkgezondheidscentrum (WGC) Brugse Poort werd door het buurtcomité, met name “de puzzel” (een samenwerking tussen organisaties, diensten en bewoners van de Brugse Poort) gevraagd om deel te nemen aan spuitenruil. Dit jaar werd beslist om deel te nemen aan het project, wat betekent dat I.V.-druggebruikers die bij ons als patiënt zijn ingeschreven, de mogelijkheid hebben om vanaf 01/01/2017 hun gebruikte spuiten te komen ruilen voor steriele naalden in het WGC. Wij zijn het eerste wijkgezondheidscentrum in Vlaanderen dat deelneemt aan het spuitenruilprogramma.

De vraag naar deelname aan spuitenruil werd twee maal gesteld aan het wijkgezondheidscentrum, maar deelname kwam pas na enkele jaren.
In dit onderzoek wil ik nagaan wat de drempels en facilitators zijn om deel te nemen aan dit project. Dit zal enerzijds gebeuren aan de hand van gesprekken met hulpverleners van het wijkgezondheidscentrum, alsook met de wijkapothekers die reeds deelnemen of deelgenomen hebben aan het spuitenruilproject.
Anderzijds is er een retrospectief gedeelte waarin verslagen worden onderzocht van vergaderingen van de werkgroep drugs van de precaire puzzel, alsook interne vergaderingen over het onderwerp binnen het wijkgezondheidscentrum.
We willen u dus vragen ons hierbij te helpen door deel te nemen aan een interview of focusgroepgesprek met mij. Het interview gebeurt vanaf december 2017 en de focusgroepgesprekken gaan door eenmaal in het najaar van 2017 en één in het voorjaar 2018.
Uiteraard gebeurt de verwerking van de informatie volledig anoniem. Het gesprek zal worden opgenomen en worden bewaard als archiefmateriaal en voor analyse achteraf.
Alsook vraag ik uw toestemming om de verslagen te lezen en hieruit informatie anoniem te verwerken in de masterproef. Uiteraard gebeurt dit ook volstrekt vertrouwelijk en anoniem.
Daarnaast heeft het al dan niet deelnemen aan deze studie geen enkele invloed op uw relatie met de gezondheidsmedewerkers binnen het wijkgezondheidscentrum.
Als u deelneemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.
Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met mij.
Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Rana Holail
rana.holail@wgcbrugsepoort.be
0473324771

Toestemmingsformulier na voorlichting

Toestemming om uw gegevens te gebruiken in het kader van de studie: Spuitenruil in een wijkgezondheidscentrum, een pilootproject: drempels en facilitators voor implementatie

De onderzoeker:

Ik heb de deelnemer geïnformeerd en op zijn/haar vragen antwoord gegeven. Ik verklaar dat de verzamelde gegevens enkel zullen worden gebruikt voor het hierboven genoemd wetenschappelijk onderzoek. Ik verklaar dat zijn/haar anonimiteit te allen tijde gerespecteerd zal worden. De gegevens zullen verzameld en verwerkt worden volgens de Belgische wetgeving en de voorschriften ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer, de verzekering en goedkeuring door commissie medische ethiek UZ Brussel en VUB:

- Elke klinische studie houdt een risico in, hoe klein dit ook is, al is het maar op vlak van onvoldoende bescherming van de vertrouwelijkheid van de persoonsgegevens van de deelnemer. Overeenkomstig de Belgische wet van 7 mei 2014 inzake experimenten op de menselijke persoon (artikel 29), is de opdrachtgever, zelfs foutloos, aansprakelijk voor de schade die de deelnemer of zijn rechthebbenden opliepen en die rechtstreeks dan wel onrechtstreeks verband houdt met de uitgevoerde experimenten. De opdrachtgever heeft daarvoor een verzekering afgesloten.
- De resultaten zullen vertrouwelijk worden behandeld, in overeenstemming met de Belgische Wetgeving op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de wet op de patiëntenrechten. Elk onjuist gegeven kan op ow verzoek verbeterd worden. Verslagen waarin u wordt geïdentificeerd zullen niet openlijk beschikbaar zijn; Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd zal uw identiteit vertrouwelijke informatie blijven.
- De studie werd goedgekeurd door de commissie Medische Ethiek van het UZ Brussel en de VUB.

De deelnemer aan het onderzoek:

Ik ben duidelijk geïnformeerd en heb het informatieformulier doorgenomen. Ik heb de kans gehad vragen te stellen en op mijn vragen heb ik steeds een bevredigend antwoord gekregen.
Ik stem vrijwillig toe dat de verzamelde gegevens voor dit onderzoek zullen gebruikt worden.
Ik kan mij te allen tijde **uit de studie terugtrekken** zonder een reden voor deze beslissing te geven.
Ik begrijp dat de gegevens **strikt vertrouwelijk** zullen behandeld worden.
Ik weet dat de resultaten **anoniem** zullen verwerkt worden en dat ik niet zal geïdentificeerd worden in het onderzoeksrapport.

Datum: …/…/2017

Handtekening Deelnemer	Handtekening Onderzoeker

Bijlage 7: Protocol

Masterproef: Spuitenruil in een wijkgezondheidscentrum, een pilootproject: drempels en facilitators voor implementatie

Inleiding:

Wijkgezondheidscentrum (WGC) Brugse Poort werd door het buurtcomité (met name "de puzzel": een samenwerking tussen organisaties, diensten en bewoners van de Brugse Poort) gevraagd om deel te nemen aan spuitenruil. Het buurtcomité was op zoek naar manieren om actie te ondernemen rond de drugproblematiek in de wijk. Initieel werd niet ingegaan op deze vraag door het WGC, maar dit jaar werd beslist om wel deel te nemen aan het project. Dit betekent dat I.V.-druggebruikers die bij ons als patiënt zijn ingeschreven, de mogelijkheid hebben om vanaf 01/01/2017 hun gebruikte spuiten te komen ruilen voor steriele naalden in het WGC. Wij zijn het eerste wijkgezondheidscentrum in Vlaanderen dat deelneemt aan het spuitenruilprogramma. Naast het wijkgezondheidscentrum zijn er in de wijk ook enkele apothekers die aan spuitenruil doen, dit ook op vraag van het buurtcomité.

Het is beschreven in de literatuur dat spuitenruil een efficiënte schade beperkende maatregel is. De primaire doelstelling is het verminderen van bloed-overdraagbare aandoeningen bij I.V.-druggebruikers. Voor HIV werd een substantiële daling in incidentie en prevalentie vastgesteld bij I.V.-druggebruikers door spuitenruil. Ook blijkt spuitenruil bij te dragen tot gedragsverandering, namelijk minder risicovol injecteergedrag. We zien ook een reductie van het aantal publiekelijk weggegooide spuiten, waardoor sprake is van overlastreductie.

Het is aangetoond dat de effectiviteit van spuitenruil toeneemt als de geografische spreiding goed is, als de toegankelijkheid en bereikbaarheid goed is, en als er rekening gehouden wordt met de lokale noden.

Een studie in Gent heeft aangetoond dat deelname van huisartsen en apothekers aan dit initiatief een grote meerwaarde zou betekenen. Reeds 3 apotheken in de Brugse Poort hebben toegestemd en nemen al deel aan het project.
Het heeft verschillende jaren geduurd alvorens het wijkgezondheidscentrum Brugse Poort toestemde om deel te nemen. Dit bracht er ons toe om hierrond onderzoek te voeren. Vooreerst willen we onderzoeken wat de drempels waren om aan dit project deel te nemen, en anderzijds de facilitators om wel deel te nemen. Voorts willen we dit pilootproject gedurende anderhalf jaar intensief opvolgen.

Onderzoeksvraag:

De onderzoeksvraag is tweeledig:
Wat waren drempels en facilitators voor implementatie vooraf bij de professionele hulpverleners? (in de apotheken en in het wijkgezondheidscentrum)
Hoe zijn de ervaringen van de professionele hulpverleners nu het project loopt?

Methode:
Mixed method

Retrospectief gedeelte:

- Onderzoek van de verslagen van de verscheidene vergaderingen voorafgaand aan de toestemming tot deelname. Vergaderingen van het buurtcomité “de puzzel”, waarin onze gezondheidspromotor zetelt, alsook interne WGC vergaderingen worden onderzocht. Er wordt nagegaan welke drempels en facilitators worden aangegeven door de apothekers en het wijkgezondheidscentrum als reactie op de vraag naar deelname aan spuitenruil. Er wordt toestemming gevraagd aan de voorzitter van de vergadering, alsook aan de reagerende apothekers en het wijkgezondheidscentrum. Dit zowel mondeling en schriftelijk. Alle informatie wordt ook geanonimiseerd.
- Dit onderdeel wordt voorzien om plaats te vinden zodra er toestemming is om het onderzoek te starten, vermoedelijk in december.

Prospectief gedeelte:

- interviews met de voornaamste actoren van het initiatief (onze gezondheidspromotor als tussenpersoon tussen wijk en wijkgezondheidscentrum) Dit na voorafgaande mondelinge en schriftelijke informatie en toestemming.
  Dit wordt gepland in de loop van december.
- interviews met de deelnemende wijkapothekers aan de spuitenruil. Dit na voorafgaande mondelinge en schriftelijke informatie en toestemming.
  Deze gesprekken worden gepland vanaf december 2017, afhankelijk van hun agenda.
- focusgroep gesprekken met de artsen, onthaalmedewerkers en verpleegkundigen over de totstandkoming van deelname aan het project spuitenruil alsook over de evaluatie van de drempels en facilitators in het verloop van het project
  Er wordt een gesprek gepland in het najaar en een gesprek in het voorjaar 2018.

  Interviews met de patiënten die spuiten komen ruilen, dit wordt hen gevraagd via de verpleegkundige die de spuiten ruilt. Toestemming wordt via mij nog eens mondeling en schriftelijk gevraagd. Uiteraard wordt anonimiteit gegarandeerd.
  De exacte timing is nog niet gekend, er wordt geen vast moment afgesproken, de gebruiker komt op een ochtend aansluitend na een spuitenruil moment op gesprek bij mij, doorgestuurd via de verpleegkundige.

- Follow-up van het aantal spuitenruilen die plaatsvinden.

- Wekelijkse registratie via de professionele hulpverleners van mogelijke vragen en opmerkingen van ons patiëntenpubliek die betrekking hebben op het spuitenruilproject.

- De focusgroep gesprekken worden geleid door mezelf, de onderzoeker. Ik word hiervoor opgeleid door Dr Frederick Van Der Sypt, mijn co-promotor en Dr Maria Sercu, mijn praktijkopleider, die zelf werkt aan een doctoraat.
- De gesprekken worden opgenomen, getranscribeerd, en worden als archiefmateriaal opgeslagen voor naslagwerk en tijdens de analyse ervan. De deelnemers worden hierover ingelicht en geïnformeerd op het informed consent formulier.
- Al deze gegevens worden geanonimiseerd: namen worden bij interviews en focusgroepen geschrapt en in geen geval genoteerd.

Verwachte resultaten

Een opsomming van drempels en facilitators bij hulpverleners, zowel voorafgaandelijk aan het onderzoek als tijdens de follow-upfase.

Verwachte winst

Er wordt verwacht dat dit werk een bron zal zijn voor verbetering van het pilootproject. Ook kan dit onderzoek een drempelverlagende functie hebben voor de opstart van spuitenruil in andere wijkgezondheidscentra of eerstelijnspraktijken.