De aanpak van problematisch druggebruik in de huisartsenpraktijk

Clara Looghe, KU Leuven

Claudia Stout, KU Leuven

Sanne Ceuppens, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Gijs Van Pottelbergh

Co-promotor: Dr. Kristien Coteur

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar 2023 – 2024

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.

Voorwoord

Met voldoening schrijven wij dit voorwoord voor onze masterpaper over de aanpak van problematisch druggebruik in de huisartsenpraktijk. Deze uitdagende en boeiende reis zou niet mogelijk zijn geweest zonder de begeleiding van enkele personen, die wij graag willen bedanken.

Allereerst willen wij onze promotor, Prof. Dr. Gijs Van Pottelbergh en onze copromotor, Dr. Kristien Coteur hartelijk bedanken voor de waardevolle ondersteuning gedurende dit hele proces. Hun constructieve feedback heeft ons werk aanzienlijk verrijkt. Een speciale vermelding gaat ook naar Sander Nulens, wiens technische ondersteuning van onschatbare waarde was bij het uitvoeren van dit onderzoek.

Abstract

Inleiding

De voorbije jaren is het druggebruik in Belgie sterk toegenomen. Bij veel druggebruikers is er bovendien ook een hoog risico op problematisch gebruik. Hoewel dit aanleiding geeft tot zowel medische als psychosociale problemen, blijken huisartsen weinig vertrouwd met het begeleiden van personen met problematisch druggebruik. De bestaande internationale richtlijnen zijn vaak verouderd en focussen voornamelijk op detoxificatie door middel van medicamenteuze substitutietherapie en op hervalpreventie. Veel druggebruikers slagen er echter niet in hun druggebruik te minderen of stoppen. Daarom is het belangrijk om de schade aangericht door dit gebruik te proberen beperken. Het doel van deze scoping review is een narratief overzicht te bieden van de harm reduction-strategieën en farmacotherapeutische en psychosociale interventies die de huisarts kan toepassen om druggebruikers om op een holistische wijze te begeleiden, aangepast aan de Belgische zorgcontext.

Methode

Er werd een protocol opgesteld volgens de principes van de PRISMA for Scoping Reviews. Er werd gezocht in de databanken Pubmed, Embase, Cochrane, Web of science en Cinahl tussen 2013 en 2023 op basis van de zoektermen ‘screening’, ‘illicit drugs’, ‘primary care’, ‘signs and symptoms’, ‘diagnostic test’ en ‘counseling’. Hiermee werd getracht een antwoord te bieden op twee onderzoeksvragen: “Op welke manieren kan de huisarts werken aan harm reduction bij patiënten met een problematisch gebruik van illegale drugs?” en “Welke farmacotherapeutische en psychosociale interventies zijn er door de huisarts mogelijk in de begeleiding van patiënten met een problematisch gebruik van illegale drugs?”. Er werden 7174 resultaten bekomen, waarvan finaal 51 artikels werden geïncludeerd op basis van de vooropgestelde in- en exclusiecriteria.

Resultaten

De huisarts kan inzetten op harm reduction door te informeren over spuit- en naaldprogramma’s, PrEP, anticonceptie en het belang van correcte mondzorg. Men dient te vaccineren zo nodig en te screenen voor (seksueel) overdraagbare infectieziekten en suïciderisico. Er bestaat te weinig evidentie voor farmacotherapeutische interventies of een korte interventie door de huisarts. Verder kan er ook verwezen worden voor substitutietherapie in een gespecialiseerd centrum of voor intensieve psychotherapie.

Conclusie

Deze scoping review, aangepast aan de Belgische zorgcontext, biedt een overzicht van de verschillende harm reduction strategieën die de huisarts kan toepassen in de begeleiding van patiënten met een problematisch druggebruik. Er is nog meer onderzoek nodig naar de evidentie voor andere medicamenteuze therapieën dan substitutie therapie en naar de meerwaarde van een korte interventie als motivatie voor verwijzing naar intensievere psychotherapie.

Inhoudsopgave

Abstract **4**

Inleiding *4*

Methode *4*

Resultaten *4*

Conclusie *4*

Afkortingenlijst **7**

Inleiding **8**

Problematisch druggebruik in België *8*

Verschillende soorten harddrugs *8*

Definitie van een stoornis in het gebruik van middelen *9*

Gebrek aan kennis bij huisartsen *10*

Noodzaak voor dit onderzoek *10*

Methode **11**

Design *11*

In- en exclusiecriteria *11*

Datacollectie *12*

Screening *12*

Data-extractie *12*

Data-analyse *12*

Resultaten **13**

1. Harm reduction *13*

1.1 Spuit- en naaldprogramma's 13

1.2 Pre-exposure profylaxe 13

1.3 Vaccinaties tegen infectieziekten 14

1.4 Screening naar infectieziekten 15

1.5 Screening naar seksueel overdraagbare aandoeningen 16

1.6 Anticonceptie 16

1.7 Overdosispreventie 16

1.8 Substitutietherapie 16

1.9 Mondzorg 17

1.10 Screening naar suïciderisico 18

2. Farmacotherapeutische interventies *18*

2.1 Cannabis 18

2.2 Methamfetamine 19

2.3 MDMA 19

2.4 Cocaïne 19

3. Psychosociale interventies *20*
3.1 Korte interventie 20
3.2 Verwijzing psychotherapie 22

Discussie **23**

Harm reduction *23*

Farmacotherapeutische interventies *25*

Psychosociale interventies *25*

Sterktes en limitaties *26*

Conclusie **27**

Literatuurlijst **29**

Bijlage 1: 7 categorieën van het drugwiel, de beoogde effecten en de gevaren (5,6) *34*

Bijlage 2: Zoekstrategie *35*
Zoekstrategie Pubmed 35
Zoekstrategie Embase 36
Zoekstrategie Cochrane 37
Zoekstrategie Web of science 39
Zoekstrategie Cinahl via EBSCO 40

Bijlage 3: Data flow diagram *43*

Bijlage 4: Data extractie tabel *44*
Bijlage 4.1 – Harm reduction strategieën 44
Bijlage 4.2 – Farmacotherapeutische interventies 46
Bijlage 4.3 – Psychosociale interventies 47

Afkortingenlijst

ADHD: attention deficit hyperactivity disorder

APA: American Psychological Association

ASSIST: The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

CDC: Het Amerikaanse Center for Disease Control and Prevention

DSM-V: Diagnostic And Statistical Manual V

FRAMES: feedback, responsibility, advice, menu, empathy, enhancement of self

GCIDR: Global Continuum of Illicit Drug Risk

GGZ: geestelijke gezondheidszorg

HCV: hepatitis C virus

HGR: Hoge Gezondheidsraad

HIV: humaan immunodeficiëntie virus

LOK: lokale kwaliteitsgroep

MSM: mannen die seks hebben met mannen

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

NPS: nieuwe psychoactieve substanties

PEP: post-exposure profylaxe

PREMiS: potential radiating effects of misusing substances

PrEP: pre-exposure profylaxe

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

RIZIV: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

RR: relatief risico

SNP's: spuit- en naaldprogramma's

SNRI: serotonine en noradrenaline reuptake inhibitor

SOA: seksueel overdraagbare aandoening

SSI: specific substance use involvement

SSRI: selective serotonin reuptake inhibitors

SUD: substance use disorder

TCA: tricyclisch antidepressivum

TICI score: Total illicit substance use involvement

VAD: Vlaams Expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs

VRGT: Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding

WHO: World Health Organization

WIV: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Inleiding

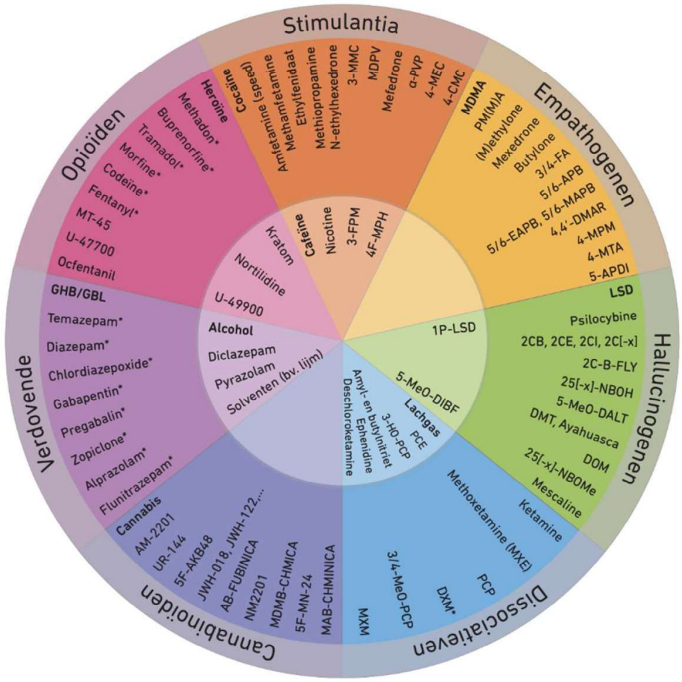
Problematisch druggebruik in België

In 2018 werd de vierjaarlijkse bevolkingsenquête uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) bij 11.611 inwoners van België. Uit deze enquête bleek dat 22,6% van de deelnemers ooit in hun leven cannabis had gebruikt. Bij 3% was er in het jaar voorafgaand aan de enquête sprake van problematisch cannabisgebruik. Het cannabisgebruik nam duidelijk toe t.o.v. de vorige enquête duidelijk. In 2013 gaf 2,6% van de deelnemers aan het voorbije jaar cannabis te hebben gebruikt t.o.v. 7% in 2018. Ook het gebruik van andere drugs nam de voorbije jaren fors toe. 2,9% van de deelnemers gebruikte in 2018 andere drugs dan cannabis het jaar voorafgaand aan het interview t.o.v. 0,8% in 2013. De resultaten van de gezondheidsenquête onderschatten vermoedelijk het druggebruik omdat gemarginaliseerde bevolkingsgroepen (gevangenen, geïnstitutionaliseerde personen, daklozen, enz.) niet werden uitgenodigd (1). In 2023 werd de jaarlijkse Belgische Drugbevraging (Drug Vibes) uitgevoerd bij 2618 druggebruikers. Uit deze enquête bleek dat cannabis de meest gebruikte drug is (78%), gevolgd door ecstasy (27%), cocaïne (26%), ketamine (11%), nieuwe psychoactieve substanties (8%) en amfetamines (7%). Uit de resultaten bleek tevens dat bijna de helft (41%) van de respondenten die maandelijks cannabis gebruikten een hoog risico op problematisch cannabisgebruik vertoonde (2). Uit de sterftecijfers in België bleek dat in de periode 2008-2018 in het Vlaams gewest 598 personen overleden zijn als direct gevolg van het gebruik van illegale drug. Drugs kunnen echter ook onrechtstreeks aanleiding geven tot sterfte (verkeersongeval, ziekte, suïcide…). Het is bovendien de vraag of alle overlijdens door overdosis ook gemeld worden. Deze indirecte sterfte is niet zichtbaar in de officiële statistieken (3).

Verschillende soorten harddrugs

Voor veel zorgverleners is het een uitdaging om een overzicht te behouden in de steeds evoluerende wereld van de harddrugs. Zo bemerkt men de laatste jaren een toename van nieuwe synthetische derivaten van bestaande psychoactieve middelende, de zogenaamde nieuwe psychoactieve substanties (NPS), ook gekend als ‘designer drugs’ (4). Deze substanties worden vaak minimaal chemisch gewijzigd om zo de bestaande regelgeving te omzeilen (4). Toch is het belangrijk om als zorgverlener over voldoende basiskennis te beschikken over verschillende harddrugs die vandaag in omloop zijn, zowel in het kader van preventie, behandeling als harm reduction.

Het classificeren van drugs binnen één categorie is onderwerp van discussie, gezien vele drugs verschillende effecten hebben (bv. op verschillende neurotransmitters inwerken) en dus bij meerdere subgroepen kunnen ondergebracht worden (5). Het drugswiel biedt een overzichtelijke manier van classificeren. Hierbij worden drugs ingedeeld in zeven categorieën: stimulantia, empathogenen, hallucinogenen, dissociatieven, cannabinoïden, verdovende middelen en opioïden, met verdere onderverdeling volgens hun legale status (5). Per categorie kunnen de beoogde effecten en geassocieerde gezondheidsrisico’s worden gevonden in *bijlage 1*. Aanliggende categorieën in het drugwiel zijn gelinkt bijvoorbeeld sommige empathogenen en dissociatieven delen vergelijkbare subjectieve effecten en neurotransmitteractiviteit. In 2016 werd het drugswiel door het Vlaams Expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs (6) (6) vertaald naar de Belgische context en deze werd in 2018 geüpdatet volgens de nieuwe wetgeving (*figuur 1*) (7). In de binnencirkel staan legale drugs, in de buitencirkel staan illegale of voorschriftplichtige (aangeduid in het drugwiel met een ‘*’) stoffen.



Figuur 1: Het Drugwiel: indeling volgens effect en legale status, aangepast aan de Belgische zorgcontext in 2018. Voorschriftplichtige stoffen worden aangeduid met '' (7)*

Definitie van een stoornis in het gebruik van middelen

In deze thesis definiëren wij het begrip 'stoornis in het gebruik van middelen' volgens de *Diagnostic And Statistical Manual V* (DSM-V). De DSM-V is het meest gebruikte internationaal naslagwerk voor de diagnose en classificatie van mentale aandoeningen (8). Tabel 1 geeft de 11 DSM-V criteria voor problematisch middelengebruik weer. De afzonderlijke criteria dienen allemaal bevraagd te worden en mogen enkel positief worden gescoord indien van toepassing op de voorbije 12 maanden. Tabel 2 geeft de drempelwaarde voor de diagnose en de criteria voor stratificatie naar gelang de ernst weer. Vanaf twee of meer criteria spreken we van een stoornis in het gebruik van middelen. Er wordt onderscheid gemaakt tussen een milde, matige en ernstige stoornis in het gebruik van middelen (Tabel 3) (8). In de praktijk wordt echter vaker gebruik gemaakt van de *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)* om de ernst van het middelenmisbruik in te schatten en hieraan een behandeling aan te koppelen (9).

DSM-V criteria voor een stoornis in het gebruik van middelen
• **Vaker** en in **grotere hoeveelheden gebruiken** dan het plan was (**controleverlies**) • Meerdere **mislukte pogingen** gedaan om te **minderen** of te **stoppen** • **Veel tijd** spenderen aan het **gebruik** en herstel • Sterk **verlangen** voelen om te gebruiken • Door gebruik **tekortschieten op werk, tijdens studie of thuis** • Blijven gebruiken **ondanks dat het problemen** veroorzaakt op het **relationele** vlak • **Hobby's, sociale activiteiten of werk** opgeven door gebruik

- Voortdurend gebruiken, zelfs als iemand daardoor in **gevaar** komt
- Voortdurend gebruiken, ondanks dat de persoon weet dat het **gebruik lichamelijke of psychische problemen** met zich meebrengt of verergert
- Grotere hoeveelheden nodig hebben om het effect nog te voelen (**tolerantie**)
- **Onthoudingsverschijnselen** ervaren, die minder hevig worden door meer te gebruiken

Tabel 2: DSM-V criteria voor een stoornis in het gebruik van middelen

Stratificatie in functie van de ernst van de stoornis in het gebruik van middelen	
Mild	2-3 criteria
Matig	4-5 criteria
Ernstig	6-11 criteria

Tabel 3: Indeling in functie van de ernst van de stoornis in het gebruik van middelen

Gebrek aan kennis bij huisartsen

Er werd hierboven reeds aangetoond dat druggebruik alom aanwezig is in onze samenleving. Toch is er een gebrek aan kennis omtrent de aanpak van dit probleem bij huisartsen (10-12). Uit een vragenlijst in het Verenigd Koninkrijk bleek dat amper 18% van de huisartsen zich voldoende getraind voelde om te screenen naar overmatig druggebruik en 14% zich voldoende vertrouwd voelde om deze patiënten te begeleiden (13). Uit enkele kwalitatieve vragenlijsten uit de Verenigde Staten bleek dat huisartsen een drempel voelen om te screenen naar druggebruik omdat ze het gevoel hebben de kennis en handvaten te missen om het misbruik aan te pakken wanneer het zou worden vastgesteld. Ze weten dit voornamelijk aan een gebrek aan ervaring en training tijdens de basisopleiding (10-12). Huisartsen gaven ook aan geremd te zijn om te screenen omdat ze bang zijn dat hun patiënten niet willen praten over hun druggebruik (11, 12, 14). Een ander argument dat regelmatig terugkwam is tijdsgebrek (11). Tot slot gaven artsen aan dat ze minder voldoening halen uit de opvolging van patiënten met een harddrugsverslaving en dat ze sceptisch staan t.o.v. de effectiviteit van de behandeling (11, 15).

In 2015 werd in België bij 20 huisartsen door Vanmeerbeek et al. een interview afgenomen waarbij werd nagegaan welke factoren een huisarts stimuleren of afremmen om bij een patiënt te screenen naar drugmisbruik en deze te behandelen. De belangrijkste redenen om niet te screenen waren tijdsgebrek en angst voor de reactie van de patiënt. Verschillende artsen gaven aan liever geen patiënten met verslaving aan harddrugs te begeleiden. Redenen hiervoor waren de angst voor uitputting of burn-out, aangezien deze patiënten veel arbeidstijd en mentale energie vragen en het feit dat de behandeling van drugmisbruik hen slechts zelden voldoening schenkt. Tot slot uitten de artsen de nood aan meer samenwerking met andere zorgverleners bijvoorbeeld via lokale kwaliteitsgroep (LOK)-vergaderingen of intervisies. Ze stuitten op lange wachtlijsten voor gespecialiseerde centra en ook voor ambulante afspraken bij een psycholoog of psychiater lopen de wachtlijst en de kostprijs te hoog op (16) .

Noodzaak voor dit onderzoek

De zoektocht naar richtlijnen voor de aanpak van problematisch druggebruik door huisartsen leverde geen enkele richtlijn op voor huisartsen die toegespitst is op de Belgische zorgcontext. Hoewel er enkele

internationale richtlijnen over dit onderwerp bestaan, zijn deze vaak verouderd, hebben ze vooral als doel het druggebruik te doen verminderen of stoppen en leggen ze vooral de focus op medicamenteuze substitutietherapie. Gezien veel druggebruikers er echter niet in slagen hun druggebruik te verminderen of stoppen (17), is het ook belangrijk in te zetten op strategieën om de patiënt met gecontinueerd drugmisbruik te begeleiden en de schade aangericht door dit gebruik te beperken. In deze masterpaper willen we een overzicht geven van de harm reduction-strategieën en farmacotherapeutische en psychosociale interventies die door de huisarts kunnen worden toegepast bij actieve druggebruikers om op een holistische wijze tewerk te gaan zonder detoxificatie als enige einddoel te beschouwen.

Methode

Design

Dit is een scoping review die tot doel heeft een narratief overzicht te bieden van hoe huisartsen patiënten met een problematisch gebruik van illegale drugs in de eerste lijn kunnen begeleiden.

Er werd een protocol opgesteld volgens de principes van de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) for Scoping Reviews (18).

Volgende twee onderzoeksvragen werden gedefinieerd:

1. Op welke manieren kan de huisarts werken aan harm reduction bij patiënten met een problematisch gebruik van illegale drugs?
2. Welke farmacotherapeutische en psychosociale interventies zijn er door de huisarts mogelijk in begeleiding van patiënten met een problematisch gebruik van illegale drugs?

In- en exclusiecriteria

Er werd overgegaan tot inclusie als het artikel focuste op problematisch drugmisbruik met harddrugs bij een volwassen populatie in de eerstelijnszorg. Het begrip 'problematisch gebruik' werd gedefinieerd volgens de DSM-V criteria van stoornissen in het gebruik van middelen, zoals eerder vermeld in de inleiding. Tot de groep van de harddrugs behoren de drugs uit het drugwiel met uitzondering van de legale drugs (vermeld in de binnencirkel) en de voorschriftplichtige drugs (aangeduid met een '*') (figuur 1). Enkel artikels in het Nederlands en Engels werden geïncludeerd.

Er werd gekeken naar publicaties vanaf 01/01/2013 tot 02/04/2023 om ervoor te zorgen dat we de meest recente informatie omtrent dit onderwerp verzamelden. We kozen ervoor om alle relevante bronnen te gebruiken, waaronder originele studies (randomised controlled trials, cohortstudies, case-control studies), systematische reviews en grijze literatuur.

Artikels werden geëxcludeerd wanneer ze uitsluitend gingen over verslaving aan tabak, alcohol en/of voorschriftplichtige medicatie, de onderzoekspopulatie jonger dan achttien jaar was, of beperkt tot volwassenen in gevangenschap of zwangere vrouwen, omdat hier vermoedelijk een andere aanpak vereist is. Er werd gekozen om artikels te excluderen waarbij de onderzoekspopulatie zich niet in Europa, Canada, de Verenigde Staten, Australië of Nieuw-Zeeland bevond. Dit omdat de gezondheidszorg in deze geografische regio's aanleunt bij de Belgische situatie. Er werd beslist geen case reports of dierenstudies te gebruiken gezien er voldoende evidentie van hoger niveau beschikbaar was.

Datacollectie

Op een systematische wijze werd gezocht naar literatuur in de volgende databanken: Pubmed, Embase, Cochrane, PsycArticles, Web of science en Cinahl. Verder werd ook literatuur verkregen via snowballing, alsook grijze literatuur toegevoegd.

Op basis van onze onderzoeksvragen werd een zoekstrategie opgesteld met volgende concepten: 'screening', 'illicit drugs', 'primary care', 'signs and symptoms', 'diagnostic test' en 'counseling'. Voor een gedetailleerd overzicht van de zoekstrategie verwijzen we naar *bijlage 2*.

De zoekstrategie werd na review door de copromotor ingevoerd in de bovengenoemde databanken op 02/04/23 door de drie onderzoekers.

Screening

Na het uitvoeren van de zoekstrategie werden duplicaten verwijderd in Rayyan. Nadien werd elk artikel per twee onderzoekers onafhankelijk gescreend, een eerste maal op basis van titel en abstract en erna op basis van volledige tekst. Gezien het grote aantal artikels, werd besloten tijdens dit screeningsproces de geïncludeerde artikels te categoriseren. Uiteindelijk werden enkel artikels uit de categorieën die een antwoord gaven op de onderzoeksvragen definitief geïncludeerd nl. artikels omtrent motivationele gespreksvoering, behandeling, verwijzing en samenwerking en harm reduction.

Om te beslissen of een artikel waarover de onderzoekers een tegengestelde mening hadden al dan niet geïncludeerd zou worden, werden consensusvergaderingen gehouden waarin ook de derde onderzoeker aanwezig was. In totaal werden er vijf vergaderingen gehouden, gemiddeld éénmaal om de twee weken. In deze vergaderingen werd met behulp van de derde onafhankelijke onderzoeker tot een consensus gekomen door de in- en exclusiecriteria nogmaals kritisch na te gaan over de desbetreffende bron. Tenslotte werden via snowballing extra artikels toegevoegd. Het data flowdiagram kan geraadpleegd worden in *bijlage 3*.

Data-extractie

Een data extractietabel werd per onderwerp (namelijk harm reduction, farmacotherapeutisch en psychosociale interventies) opgesteld door de drie onderzoekers samen. Deze geeft een overzicht van de studiekarakteristieken (titel, eerste auteur, studie design), steekproefkarakteristieken (deelnemers, type drugs), interventies (harm reduction, farmacotherapeutische en psychosociale interventies, samenwerking en/of verwijzing) en conclusie van de geïncludeerde artikels (*bijlage 4*).

De geselecteerde artikels werden nogmaals grondig gelezen en informatie werd door twee onafhankelijke onderzoekers geëxtraheerd en ingevuld in deze tabellen. Vervolgens werden per duo de resultaten overlopen en na discussie samengevoegd. Nadien werden met de derde onafhankelijke onderzoeker deze resultaten nogmaals overlopen.

Data-analyse

De studies uit de data extractietabel werden gegroepeerd per thema, namelijk harm reduction, psychosociale interventies en farmacologische interventies. Elke onderzoeker kreeg een thema toegewezen en maakte een narratieve synthese met behulp van de informatie bekomen uit de data extractietabellen en na het lezen van de volledige artikels om op deze manier een antwoord te geven op de onderzoeksvragen. Nadien werden deze synthesen overlopen, en aangepast naar de consensus van de andere twee onderzoekers.

Resultaten

Finaal werden 51 bronnen geïncludeerd, gepubliceerd tussen 2013 en 2023. De meest besproken drug was cannabis. Er werden voornamelijk meta-analyses, systematic review en randomised controlled trials geïncludeerd. Voor verdere studiekarakteristieken verwijzen we naar de data extractietabel (*bijlage 4*).

1. Harm reduction

Bij harm reduction beoogt men de kans op (gezondheid)schade te beperken zonder per definitie het problematisch druggebruik te stoppen. Hier volgt een bespreking van de verschillende harm reduction-strategieën die een huisarts kan gebruiken tijdens het begeleiden van patiënten met gecontinueerd gebruik van illegale drugs.

1.1 Spuit- en naaldprogramma's

Spuit- en naaldprogramma's (SNP's) vormen een belangrijk onderdeel van de harm reduction-strategieën bij problematisch drugmisbruik (19). Dit houdt het gratis uitdelen van steriele spuiten en naalden in, en daar bovenop kunnen druggebruikers ook steriele filters, kooksystemen, steriel water, ontsmettingsmaterialen, naaldcontainers en aanzuurmiddelen verkrijgen (19, 20). SNP's zorgen voor een daling in de transmissie van het humaan immunodeficiëntievirus (HIV) (19, 21, 22) en hepatitis C (19), zonder dat dit leidt tot een toename in druggebruik (19). Het succes wordt mede verklaard doordat SNP's ingebed zijn in een groter systeem van harm reduction-strategieën zoals HIV-testing, opioïdsubstitutie en overdosiseducatie (21). Hierdoor zullen meer patiënten opioïdesubstitutietherapie starten en vaker geneigd zijn te stoppen met het druggebruik (21). Counseling omtrent het bestaan van SNP's wordt aangeraden, alsook het informeren van de patiënt over hygiënische maatregelen bij het injecteren van drugs en weggooien van spuiten en naalden (23).

Een variant op SNP's zijn *supervised injection facilities*, ook wel *drug consumption rooms* of druggebruikruimtes genoemd (21). In deze centra worden op een niet-oordelende manier steriele naalden uitgedeeld in aanwezigheid van medisch personeel en is er de mogelijkheid om drugs te gebruiken in de daarvoor voorziene gebruiksruimtes (21). Dit biedt een alternatief voor druggebruik in openbare ruimtes en heeft als voordeel dat hier ook educatie kan worden gegeven omtrent veilig druggebruik. Ook hier ziet men een daling van transmissie van HIV, HCV, infectiegerelateerde complicaties en mortaliteit door overdosissen. Tevens vergroot het de kans op het opstarten van behandelingsprogramma's (20, 21, 24).

De Vlaamse overheid heeft in samenwerking met Free Clinic vzw een spuitenruilprogramma opgestart (25). Dit heeft als doel steriele naalden en toebehoren te verdelen, deze op een veilige manier te verzamelen en vernietigen en educatie te bieden aan druggebruikers (25). De adressenlijst per Vlaamse provincie met centra waar een spuitenruilprogramma plaatsvindt kan gevonden worden via https://free-clinic.be/free-clinic/spuitenruil/spuitenruiladressen-in-vlaanderen/ (26). In het Brussels gewest staat Transit vzw in voor het voorzien van spuitenruilprogramma's (27). Op heden zijn er in België slechts twee druggebruikruimtes, één in Brussel en één in Luik (28).

1.2 Pre-exposure profylaxe

Pre-exposure profylaxe (PrEP) heeft als doel het voorkomen van een HIV-infectie door inname van antiretrovirale middelen door een hoogrisico HIV-negatieve persoon (20). Gezien 8 tot 12% van de nieuwe HIV-infecties in de Verenigde Staten wordt veroorzaakt door injectie van drugs, al dan niet in

combinatie met hoogrisico seksueel gedrag, is het gebruik van PrEP een belangrijke vorm van harm reduction (19). PrEP is dan ook een evidence based harm reduction-strategie bij druggebruikers die drugs injecteren en reduceert het risico op HIV-transmissie met 90% bij correct gebruik (13, 19, 21, 29). Het succes van PrEP wordt ook verklaard doordat dit een kader creëert om te testen op andere ziekten zoals hepatitis B, hepatitis C en andere seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) en omdat het gebruik hiervan een toegangspoort kan zijn naar andere zorgprogramma's zoals spuit- en naaldprogramma's of opioïd-substitutietherapie (21). Nadelen zijn dat PrEP onterecht een vals gevoel van veiligheid kan bieden. Tevens is ook nog niet aangetoond dat het gebruik van PrEP kosteneffectief kan zijn om HIV te vermijden bij IV-druggebruikers (21).

Het Amerikaanse Center for Disease Control and Prevention (CDC) raadt het gebruik van PrEP aan bij patiënten die de voorbije zes maand drugs hebben geïnjecteerd, patiënten die naalden delen of patiënten die betrokken zijn bij hoogrisico seksueel gedrag (19, 20). In België is het volgens het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) voldoende dat druggebruikers de drugs injecteren en naalden delen om in aanmerking te komen voor terugbetaling (30).

Patiënten vanaf 16 jaar komen in aanmerking voor PrEP bij een negatieve HIV-status, normale nierfunctie (creatinineklaring > 60 ml/min) en immuniteit voor hepatitis B, al dan niet door vaccinatie (19).

Het gebruik van PrEP is echter laag en veel gebruikers kennen de behandeling niet (21). Zo toonde één studie in de Verenigde Staten dat slechts bij 3% van de IV-druggebruikers PrEP werd geïnitieerd de laatste 12 maanden (21). Bij druggebruikers die regelmatig IV-drugs gebruiken en waar nadien post-exposure profylaxe wordt gestart (PEP) kan dit een brug zijn naar de start van PrEP (13).

In België wordt gebruik gemaakt van een combinatiepreparaat Emcitritabine-Tenofovir (31). De originele specialiteit, gekend onder de merknaam Truvada®, is op heden niet meer terugbetaald, maar er zijn generieken beschikbaar (30). De terugbetaling hiervoor valt onder categorie B en de eerste aanvraag alsook verlenging tot terugbetaling kan enkel worden opgesteld door een arts verbonden aan een erkend HIV-referentiecentrum (30). Verdere opvolgvoorschriften kunnen wel door de huisarts worden aangemaakt (30). Op heden zijn er in België 16 erkende HIV-referentiecentra (32).

Er zijn belangrijke interacties beschreven tussen HIV-medicatie en andere medicamenten (30). Interacties kunnen nagekeken worden via https://www.hiv-druginteractions.org (33).

Gedurende de behandeling met PrEP dient iedere 3 maand een bloedname te gebeuren ter detectie van HIV, syfilis, hepatitis C, chlamydia en gonorroe en ter controle van het serumcreatinine (19, 20, 34). Deze controle kan tweemaal per jaar bij de huisarts gebeuren (30).

1.3 Vaccinaties tegen infectieziekten

Het is aangewezen dat IV-druggebruikers (met speciale aandacht voor zij die dakloos zijn) zonder immuniteit of met ongekende immuunstatus gevaccineerd worden tegen hepatitis A en B (13, 19, 20). Bij individuen die moeilijk in opvolging te houden zijn, kan de vaccinatiereeks voor hepatitis B onmiddellijk worden gestart nadat bloed is afgenomen voor serologisch onderzoek (20). Ook wordt er best opgevolgd dat ze om de 10 jaar gevaccineerd worden tegen tetanus (19, 20).

In geval van roken, zwaar alcoholmisbruik, een ernstige long- of leverziekte bij gebruikers tussen de 19 en 64 jaar is vaccinatie tegen pneumokokken ook aan de orde (19, 20). In België gebeurt dit bij voorkeur

door een primovaccinatie met PCV20[1] gevolgd door PPV23[2] na vijf jaar. Afhankelijk van de ernst van de onderliggende comorbiditeit(en) kan een herhalingsinenting met één dosis PPV23 om de vijf jaar overwogen worden (35). De kostprijs voor PCV20 bedraagt €67,36 en die voor PPV23 €33,66. Hier is geen terugbetaling voor (36). Vanaf de leeftijd van 65 jaar is pneumokokkenvaccinatie bij iedereen aangewezen en is er terugbetaling in geval van ernstig hart-, lever-, long- of nierlijden, diabetes mellitus of chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen met risico op aspiratiepneumonie (36).

1.4 Screening naar infectieziekten

Bij IV-druggebruik moet er gescreend worden voor hepatitis B, C en HIV met behulp van klinisch onderzoek en bloedtesten (21, 23).

In België kan er zowel in de eerstelijnszorg, in gespecialiseerde centra als in ziekenhuizen getest worden op HIV. Er bestaan ook drie door het RIZIV gefinancierde AIDS-referentiecentra in Antwerpen, Brussel en Luik waar specifieke groepen zich gratis en anoniem kunnen laten onderzoeken (37). Het gaat om migranten uit oorspronglanden met een hoge HIV-prevalentie, mannen die seks hebben met mannen (MSM), IV-druggebruikers, sekswerkers, prostitutieklanten en personen tot 25 jaar die niet als gerechtigde verzekerd zijn door de verplichte verzekering, die strikte vertrouwelijkheid vragen en een reëel risico op HIV-besmetting vertonen (37). De gouden standaard is een immuno-assay op veneus bloed om antistoffen en antigenen op te sporen. In geval van een positief resultaat dient dit te worden bevestigd door een AIDS-referentielaboratorium (37). Armoede, slechte toegang tot de zorg, stigma en een chaotische levensstijl dragen bij aan de suboptimale HIV-testing bij IV-druggebruikers (21). Er bestaat ook een snelle antistoffentest op veneus, vingerprikbloed of via een monduitstrijkje (21). Ook hier is er bij een positief resultaat bevestiging nodig (21). Deze snelle HIV-zelftest is een erkende optie voor mensen die zich om eender welke reden niet via de standaard manier kunnen laten testen (37).

The U.S. Preventive Services Task Force beveelt naast screening voor hepatitis en HIV ook screening voor latente tuberculose aan bij IV-druggebruikers (19). Ze hebben een verhoogd risico op tuberculose door de nadelige effecten van de drugs op hun immuniteit en niet zozeer door het gebruiken van naalden (38). In België gebeurt geen systematische screening bij IV-druggebruikers, omwille van een lage positiviteitsratio (38). Het blijft wel belangrijk dat hulpverleners over voldoende kennis met betrekking tot tuberculose beschikken (38). De Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheid en Tuberculosebestrijding (VRGT) voorziet vormingen hierover en beantwoordt vragen van hulpverleners en cliënteel. Ook kunnen patiënten uit risicogroepen er gratis terecht voor onderzoek en advies (38).

HIV-behandeling als preventie is een wetenschappelijk onderbouwde strategie voor zowel IV-druggebruikers als andere HIV-patiënten. Met de toename van de dekking van antivirale therapie is er een snelle daling in de HIV-incidentie waargenomen (21).

In de HPTN 074 studie werd aangetoond dat IV-druggebruikers met HIV die naast antivirale therapie ook psychosociale begeleiding kregen, ongeacht de CD4-spiegel een grotere kans hadden om na een jaar nog onder antivirale therapie te staan, virale onderdrukking bereikt te hebben en substitutietherapie te volgen. Hiernaast hadden ze ook een lagere mortaliteit en minder kans om HIV over te brengen op hun partners dan de controlegroep die enkel verwezen was voor HIV-behandeling (39).

[1] Geconjugeerd polysacharidevaccin tegen 20 types pneumokokken
[2] Niet-geconjugeerd polysacharidevaccin tegen 23 types pneumokokken

1.5 Screening naar seksueel overdraagbare aandoeningen

Druggebruikers hebben een verhoogd risico op zowel het oplopen als het doorgeven van SOA's, waaronder naast HIV en virale hepatitis ook syfilis, gonorroe en chlamydia (13, 20). Daarom worden asymptomatische gebruikers en zeker zij die seksueel risicogedrag stellen best jaarlijks gescreend en is het aanbevolen advies te geven over veilige seks (19, 20). Onder seksueel risicogedrag beschouwt men orale of anale seks met wisselende partners in een korte periode of één of meerdere partners uit een andere risicogroep (MSM, sekswerkers, personen met een migratieachtergrond, rondreizende populatie of reizigers, druggebruikers die materiaal delen) (40).

1.6 Anticonceptie

Vrouwen met een stoornis in het gebruik van middelen hebben onvervulde anticonceptiebehoeften en worden vaak ongepland zwanger (13). Het aantal ongewenste zwangerschappen bij deze vrouwen in de vruchtbare leeftijd is bijna dubbel zo groot als dat bij diezelfde groep in de algemene populatie. Slechts 8 % zou een effectievere anticonceptiemethode dan het condoom gebruiken (41). Het is aangewezen het gesprek aan te gaan over een kinderwens en de verschillende anticonceptiemogelijkheden en indien gewenst te verwijzen voor plaatsing van een langdurig contraceptivum (13, 41).

1.7 Overdosispreventie

In Amerika wordt overdosiseducatie en distributie van naloxon reddingskits aanbevolen (20). Naloxon is een opioïdantagonist met competitieve werking op de μ-opioïdreceptoren. Bij gebruik ervan worden de effecten van opioïden ongedaan gemaakt. Zo wordt het gebruikt voor de behandeling van een ademhalingsdepressie ten gevolge van opioïd overdosis. Naloxon kan zowel intraveneus, intramusculair als subcutaan worden geïnjecteerd. Ook kan het via een neusspray worden toegediend en is er momenteel onderzoek lopende naar het gebruik van smelttabletten. De intranasale toediening is een eenvoudige en veilige manier die door niet-professionelen in noodsituaties kan worden gehanteerd. Wel is deze vorm duurder dan de injecteerbare. Gezien de levensreddende eigenschap en de afwezigheid van risico op misbruik heeft de HGR beschikbaarheid en gemakkelijke toegankelijkheid ervan op de Belgische markt aanbevolen. Vandaag is in België echter uitsluitend een injecteerbare vorm beschikbaar die enkel op voorschrift verkrijgbaar is en niet terugbetaald wordt. In de praktijk is het product heden enkel beschikbaar in ziekenhuizen en in sommige ambulances onder de vorm van ampullen, maar niet als preventieve maatregel voor thuisgebruik. De neussprays zijn wel vergund, maar niet beschikbaar op de Belgische markt (42).

Verder zijn er enkele adviezen die de huisarts kan meegeven aan druggebruikers om het risico op schade bij druggebruik te verminderen: de patiënt moet vermijden meerdere drugs tegelijk te gebruiken (23). Ook wordt aangeraden dat een vriend of vertrouwenspersoon op de hoogte is bij druggebruik in geval van mogelijkheid tot overdosering (23). Verder is bij gebruik aanbevolen te beginnen met kleine hoeveelheden om de zuiverheid van een gebruikte stof te controleren (23). Tenslotte dienen druggebruikers een basiskennis te hebben van eerstehulp- en reanimatietechnieken (23).

1.8 Substitutietherapie

Bij substitutietherapie wordt een illegaal opiaat vervangen door een opiaat met lange werkingsduur. In België heeft men de keuze tussen methadon (een volle agonist die via orale weg wordt ingenomen) en buprenorfine (een partiële agonist die sublinguaal wordt ingenomen). Methadon wordt het meest gebruikt (43).

Het is de bedoeling om een bepaalde plasmaspiegel van methadon of buprenorfine te bereiken en deze zo constant mogelijk te houden om ontwenningsverschijnselen te voorkomen. Na enige tijd ontstaat er tolerantie, maar dit ook ten opzichte van het euforische effect in geval van bijgebruik van opioïden. Op deze manier wordt getracht de craving naar het illegale product te verminderen. Ook hoopt men de verspreiding van infecties zoals HIV, hepatitis B en C tegen te gaan en de gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van de gebruiker te verbeteren door een vermindering van het illegaal intraveneus gebruik (43).

De substitutiebehandeling zou minstens zes maanden moeten worden verdergezet alvorens veranderingen in levensstijl kunnen bereikt worden. In de praktijk zien we dat de behandeling meestal jaren duurt en soms zelfs levenslang wordt genomen. Substitutietherapie gebeurt altijd onder begeleiding van artsen of andere hulpverleners, competent in de problematiek van toxicomanie. Volgens de Belgische wetgeving mag een arts maximaal aan twee patiënten substitutiebehandeling voorschrijven zonder aan speciale voorwaarden te voldoen. In geval van meer patiënten dient de arts geregistreerd te zijn bij een erkend opvangcentrum. Psychosociale ondersteuning is een essentieel onderdeel van de behandeling (43).

De substitutiemedicatie wordt aanvankelijk dagelijks door de patiënt ingenomen onder supervisie in de apotheek. De apotheker zou de medicatie ook kunnen afleveren aan de gemachtigde persoon als deze verblijft in of gevolgd wordt in een centrum voor de behandeling van toxicomanie. Als de patiënt gestabiliseerd is, kan de arts beslissen dat er één of meerdere dagdosissen kunnen worden meegegeven aan de patiënt. Frequent overleg tussen apotheker en behandelende arts is noodzakelijk ter opvolging van de therapietrouw. Bij vermoeden van problemen, is de apotheker verplicht de arts hierover in te lichten (43).

Men start de substitutiebehandeling aan een lage dosis van 10 à 30 mg methadon per dag of 2 à 8 mg buprenorfine per dag. Bij het bepalen van de startdosis moet rekening gehouden worden met meerdere factoren waaronder de graad van afhankelijkheid, de interindividuele variabiliteit in het antwoord op deze middelen, het gelijktijdige gebruik van sederende middelen (bv. alcohol, antidepressiva of benzodiazepines) of van geneesmiddelen die het metabolisme van methadon of buprenorfine kunnen inhiberen door middel van CYP3A4-interacties. Men kan de onderhoudsdosis geleidelijk opdrijven tot wanneer de craving en ontwenningsverschijnselen onder controle zijn en er geen sprake meer is van bijgebruik. Deze dosis bevindt zich vaak in de range van 60 à 100 mg methadon per dag of 12 à 24 mg buprenorfine per dag (43).

Men kan methadon magistraal voorschrijven als capsules of siroop volgens “Therapeutisch Magistraal Formularium”. Buprenorfine is per oraal beschikbaar als Subutex® of in associatie met naloxon als Suboxone® of Libroxar®. Daarnaast bestaat ook een injecteerbare vorm van buprenorfine namelijk als Buvidal®, hetgeen wekelijks of maandelijks subcutaan kan toegediend worden (43).

1.9 Mondzorg

Mensen die kampen met problematisch methamfetaminegebruik hebben zowel een verhoogd risico op slechte mondgezondheid als een slechte toegang tot goede tandheelkundige zorgen (44). Hulpverleners van de eerste lijn dragen de verantwoordelijkheid om de tandheelkundige zorg toegankelijker te maken door mondzorgscreening op te nemen in de routinezorg (44). Harm reduction-strategieën kunnen bestaan uit het faciliteren van verwijzing naar tandartsen en educatie over het belang van goede orale gezondheid voorzien. Dit door te adviseren om tweemaal per dag de tanden te poetsen, een dieet met

weinig suikers te volgen, regelmatig een bezoek aan de tandarts te brengen en voldoende water te drinken (44). In Amerika worden ook halfjaarlijkse in-office fluoride behandelingen voorzien (44). In België wordt systemisch gebruik van fluoride onder de vorm van zuigtabletten niet aanbevolen en wordt voor het aanbrengen van fluoridehoudende gels en lakken verwezen naar de tandarts (44). Doch dagelijks poetsen van de tanden met fluoridehoudende tandpasta biedt voldoende bescherming tegen cariës (45). De enige manier om tandgerelateerd verval geassocieerd met methamfetaminegebruik te voorkomen is het druggebruik stoppen (44).

1.10 Screening naar suïciderisico

De kans om een suïcidepoging te ondernemen ligt dubbel zo hoog bij personen die opioïden gebruiken t.o.v. rest van de bevolking. 75% van de personen die sterven door suïcide zag in het jaar voordien zijn huisarts, waarvan bijna de helft in de dertig dagen voordien. De huisarts speelt dus een cruciale rol bij de screening en begeleiding van risicopersonen (46).

2. Farmacotherapeutische interventies

Hier volgt een overzicht over de effectiviteit van de verschillende farmacotherapeuthische interventies die zijn onderzocht in het begeleiden van patiënten met een problematisch gebruik van cannabis, methamfetamine, MDMA en cocaïne.

2.1 Cannabis

2.1.1 Algemeen

Studies naar de meerwaarde van het gebruik van antidepressiva (escitalopram, mirtazapine, buspirone, fluoxetine en venlafaxine), antipsychotica (quetiapine) en baclofen in de behandeling van cannabis use disorder (CUD) waren niet succesvol (47). Er zijn beperkte data die suggereren dat preparaten met tetrahydrocannabidol, gabapentine en N-acetylcysteïne een rol zouden kunnen spelen in de behandeling van CUD. Het is echter onduidelijk of deze bevindingen ook van toepassing zijn op synthetische varianten (48). Het effect van farmacotherapie in de behandeling van CUD werd reeds uitvoerig onderzocht. De bewijskracht is tot op heden te zwak om routinematige toepassing aan te bevelen (49).

2.1.2 Antidepressiva

Het gebruik van serotonine reuptake inhibitoren (SSRIs) had geen effect op cannabisgebruik, ontrekkingsverschijnselen of voltooiing van het behandelprogramma. Gecombineerde antidepressiva (nefazodone, mirtazapine, venlafaxine) waren slechts van weinig betekenis in de behandeling van cannabisafhankelijkheid. Ze zouden wel een rol kunnen spelen in de behandeling van depressieve symptomen bij cannabisgebruikers. Bupropion zou mogelijks een effect hebben op de ontrekkingsverschijnselen. Buspirone was slechts van beperkte waarde in de behandeling van cannabisafhankelijkheid, maar zou wel handig zijn in de behandeling van angst bij cannabisgebruikers. Noradrenaline-reuptake-inhibitoren zoals atomoxetine hadden slechts een beperkte waarde in de behandeling van cannabisafhankelijkheid, maar zouden wel nuttig zijn in de behandeling van ADHD bij cannabisgebruikers (50).

2.1.3 Gabapentine

In een kleine placebogecontroleerde studie werd een daling van het cannabisgebruik waargenomen bij patiënten die naast counseling ook gabapentine gebruikten (47, 50).

2.1.4 Anticonvulsiva en stemmingsstabilisatoren

De kwaliteit van studies rond de toepassing van anticonvulsiva en stemmingsstabilisatoren was laag. Lithium zou slechts effect hebben gehad op enkele onttrekkingsverschijnselen en niet op het vervolledigen van de behandeling (50). Topiramaat zou mogelijks van belang kunnen zijn in de reductie van cannabisgebruik, maar wegens beperkte tolerantie weinig toepasbaar. Het globale negatieve effect van anticonvulsiva en stemmingsstabilisatoren op het volhouden van de behandeling zorgt voor een beperkte klinische bruikbaarheid (50).

2.1.5 N-acetylcysteïne

N-acetylcysteïne zou mogelijks effectief zijn in de behandeling van cannabis-afhankelijkheid, maar de data waren niet conclusief (50). N-acetylcysteïne werd reeds gesuggereerd als toegevoegde waarde in de behandeling van adolescenten met CUD (die ook een psychosociale behandeling kregen). De studie om het effect bij volwassenen na te gaan, is echter nog lopende (47).

2.1.6 Oxytocine

In een enkele pilootstudie werd gesuggereerd dat oxytocine mogelijks de moeite waard zou zijn om verder te onderzoeken. Doch de resultaten van de piloot studie waren niet conclusief (50).

2.2 Methamfetamine

2.2.1 Algemeen

De combinatie van psychosociale interventies zoals cognitieve gedragstherapie (CGT) en farmacotherapie zouden mogelijks kunnen leiden tot een betere uitkomst voor de patiënt (51). Er zijn dan ook heel wat medicamenten die off-label worden gebruikt zoals gabapentine, antipsychotica, TCA's, SSRI's en SNRI's. Doch geen enkel van dezen zouden bewezen effectief zijn in de reductie van gebruik of craving (51). De meeste farmaceutische studies uitgevoerd tot op heden bestaan uit kleine aantallen en hadden te weinig power om conclusies te trekken uit de bevindingen (51).

2.2.2 Antidepressiva

In de review van Klega et al. werd melding gemaakt van een daling in het methamfetaminegebruik en seksueel risico bij homoseksuele mannen die naast wekelijkse counseling ook mirtazapine 30 mg gebruikten. Er werd geen verbetering gezien onder behandeling met bupropion (48).

2.2.3 Stimulantia

Onderzoek naar de meerwaarde van stimulerende medicamenten zoals Adderall® en Ritalin® toonden geen reductie in snelheid van herval. Wel kon er een reductie in craving aangetoond worden. Modafinil zou mogelijks een rol kunnen spelen in de behandeling van methamfetamineverslaving (51).

2.2.4 N-acetylcysteïne

In één kleine studie werd er een reductie in craving, maar niet in herval aangetoond bij gebruik van N-acetylcysteïne (51).

2.3 MDMA

Er bestaat geen farmacologische behandeling voor patiënten met MDMA use disorder (48).

2.4 Cocaïne

Er bestaan geen medicamenten die goedgekeurd werden door de U.S. Food and Drug Administration voor de behandeling van cocaine use disorder (48).

In de review van Klega et al. wordt vermeld dat er slechts lage bewijskracht is voor het gebruik van disulfiram bovenop psychosociale therapie in de behandeling van *cocaine use disorder*. Hetzelfde geldt voor het gebruik van anticonvulsiva, dopamine-agonisten, antipsychotica (waaronder desipramine, duloxetine en bupropion) en substitutietherapie met methylfenidaat of amfetamine zouten.

3. Psychosociale interventies

De effectiviteit van een korte interventie door de huisarts en van verwijzing voor intensieve psychotherapie wordt hieronder besproken.

3.1 Korte interventie

Een korte interventie is een kortdurende interventie om mensen te motiveren tot gedragsverandering. Er bestaat evidentie dat het toepassen van een korte interventie bij tabak-en alcoholgebruik zorgt voor een daling van gebruik en de hieraan gerelateerde problemen (52). In de Verenigde Staten wordt het toepassen van een korte interventie ook aanbevolen bij personen met problematisch druggebruik die een matig risico scoren op de ASSIST-screeningstest (52). Het doel van een korte interventie is om de patiënt te motiveren om zijn problematisch druggebruik te wijzigen. Het is gebaseerd op principes uit motivationele gespreksvoering, waarbij er getracht wordt een ambivalentie te creëren bij de patiënt over het druggebruik. Hiervoor wordt bij de patiënt gevraagd naar zowel de positieve als de negatieve gevolgen en bezorgdheden omtrent het druggebruik. Op basis van reflectie over deze antwoorden wordt getracht de patiënt door de vijf stadia van gedragsverandering te begeleiden. Het voordeel van een korte interventie is dat een sessie slechts drie tot tien minuten duurt en dat deze door de huisarts zelf of door een eerstelijnsmedewerker kan worden uitgevoerd (23, 52).

De zes basisprincipes van een korte interventie worden afgekort via het acroniem FRAMES: *Feedback* (de zorgverlener start met het geven van feedback door de persoonlijke score op de screeningstest te overlopen met uitleg over risico's die met dit misbruik gepaard kunnen gaan), *Responsibility* (de nadruk wordt gelegd op de eigen verantwoordelijkheid die de patiënt draagt in verband met het drugsgebruik en de eventuele gedragsverandering), *Advice* (de zorgverlener geeft duidelijk aan dat verandering nodig is om het risico op toekomstige problemen te beperken), *Menu* (de zorgverlener overloopt de verschillende behandelopties*), Empathy* (de stijl van gespreksvoering is best empathisch waarbij een niet veroordelende houding wordt aangenomen, de zorgverlener probeert reflectief te luisteren en het standpunt van de patiënt te begrijpen) en *Enhancement of self* (de zorgverlener bouwt mee aan het zelfvertrouwen van de patiënt om de verandering zelf te kunnen realiseren) (23, 52). Het toepassen van korte interventies wordt echter voor problematisch druggebruik nog niet universeel aanbevolen omdat er weinig evidentie voor bestaat in de literatuur (47, 53-55).

In 2021 werd een meta-analyse uitgevoerd waarbij het globale effect van korte interventies door eerstelijnsinstanties en spoedgevallen werd nagegaan bij problematisch druggebruik. Er werden 16 studies geïncludeerd sinds 1990. De korte interventie bestond uit een motivationeel gesprek met feedback (75%), advies (62%), informatiebrochures (59%) en een boostersessie (33%). De sessie duurde gemiddeld 26 minuten. Er bleek globaal geen effect te zijn van korte interventies op het gebruik van cannabis of op druggerelateerde gevolgen. Voor druggebruik met verschillende types drug gemengd was er wel een significante, maar beperkte reductie. Interessant is dat het effect groter bleek wanneer de interventie werd uitgevoerd door huisartsen dan wanneer ze werd uitgevoerd door gedragstherapeuten (55).

Hierna volgt een overzicht van de conclusies uit studies die werden uitgevoerd in de eerste lijn.

3.1.1 Studies bij deelnemers geïncludeerd na eigen hulpvraag

Bij slechts één studie werden deelnemers geïncludeerd die zichzelf aanmeldden met een hulpvraag omtrent gebruik van (niet-injecteerbare) drugs. Deze deelnemers werden in drie groepen verdeeld. Bij groep 1 werd een kort motivationeel gesprek (25-30 minuten) gevoerd. De patiënten namen nadien ter opvolging gedurende twee maanden dagelijks contact op via een interactief *voice respons system*, een systeem waarbij onmiddellijk gepersonaliseerde feedback wordt gegeven onder de vorm van grafieken. Bij groep 2 werd enkel hetzelfde kort motivationeel gesprek gevoerd. Na één en na twee maanden werd een boostersessie van 10-15 minuten voorzien. Groep 3 was de controlegroep. Zij kregen een video met uitleg over HIV te zien. Na zowel zes als twaalf maanden follow-up was er een significant sterkere reductie te zien in aantal dagen druggebruik bij beide interventiegroepen dan bij de controlegroep. Er bleek bij de eerste interventiegroep geen bijkomend effect van de telefoongesprekken (56).

3.1.2 Studies bij deelnemers geïncludeerd na screening

Bij de overige studies werden de deelnemers via screening opgepikt. De duur van de korte interventies varieerde van 10 tot 30 minuten, de korte interventie gebeurde telkens volgens de *FRAMES* principes en werd uitgevoerd door de huisarts zelf of door een eerstelijns gezondheidsmedewerker, eventueel na een kortdurende opleiding.

3.1.2.1 Studies zonder significant verschil in druggebruik

Bij vier studies met in totaal 6721 deelnemers werd er geen significant verschil gezien met betrekking tot de frequentie in druggebruik tussen de groepen die een korte interventie kregen en de controlegroepen. De eerste studie uit 2014 vergeleek het aantal dagen druggebruik in de voorbije maand na zes weken en na zes maanden follow-up en vond geen significant verschil tussen beide groepen (54). Een secundaire analyse van deze data werd uitgevoerd specifiek voor cannabisgebruik. Ook in deze subgroep werd noch na zes weken noch na zes maanden een significant verschil tussen beide groepen gevonden (57). Een andere studie die ook enkel bij cannabisgebruikers het effect van een korte interventie naging kon geen significant verschil aantonen in aantal gerookte cannabis joints per maand één jaar na follow-up t.o.v. de controlegroep (58). Tot slot kon een studie waarbij de interventiegroep naast een korte interventie na twee weken nog een telefonische boostersessie kregen eveneens geen significant verschil aantonen qua frequentie in druggebruik na drie maanden én na twaalf maanden follow-up (59). Drie van de vier bovengenoemde studies vergeleken ook de secundaire outcomes zoals haartesten, onveilige seks, hospitalisaties, presentaties op spoedgevallen en druggerelateerde schade. Bij geen van de studies was er een significant verschil op de secundaire outcomes tussen de twee interventiegroepen- en de controlegroep (54, 57, 59).

Een studie vergeleek hoe groot de kans was dat patiënten na een interventie effectief de stap zetten naar verdere therapie t.o.v. de controlegroep. De eerste groep kreeg een korte interventie door gezondheidsmedewerker, de tweede groep kreeg een motivationeel interview van 30 minuten door een psycholoog en de controlegroep kreeg geen extra interventie. De deelnemers uit de drie groepen kregen een lijst met namen, adressen etc. van mogelijke behandelopties. Zes maanden na de interventie bleek er geen significant verschil met betrekking tot starten van therapie te zijn (60). Tot slot vergeleek een studie het hervalrisico bij patiënten onder opioïdsubstitutie bij een interventiegroep die frequent (ten minste drie keer per week) mindfulness oefende versus minder frequent (minder dan twee keer per week). Er was geen verschil in hervalrisico tussen beide groepen (61).

3.2.1.2 Studies met significant verschil op druggebruik

Bij twee studies met in totaal 505 deelnemers werd er wel een significant verschil gezien qua frequentie in druggebruik tussen de groepen die een korte interventie kregen en de controlegroepen. De eerste studie uit 2018 vergeleek de *total illicit substance use involvement (TISI)*-score en de *specific substance involvement (SSI)*-score voor interventie en na drie maanden follow-up. Na drie maanden was de TISI-score significant lager bij de interventiegroep dan bij de controlegroep. De SSI-score was significant lager voor amfethamines, maar niet voor cannabis (62). De tweede studie vergeleek een korte interventie met een extra videoboodschap van drie à vier minuten en twee telefonische boostersessies met een controlegroep. Na drie maanden daalde bij de interventiegroep het aantal dagen waarin men drugs gebruikte significant ten opzichte van de controlegroep. Dit effect was sterker voor de meest frequente gebruikers dan voor de minder frequente gebruikers (63).

Een derde studie vergeleek een korte interventie met korte therapie, zonder een controlegroep. De groep die een korte interventie kreeg, volgde twee sessies van minstens 50 minuten. De korte therapie bestond uit elementen vanuit de korte interventie samen met elementen uit de cognitieve gedragstherapie. Voor beide groepen daalde het aantal dagen druggebruik per maand na zes maanden follow-up (53).

Tot slot vergeleek een studie het verschil in score op fysieke en mentale gezondheid (als secundaire gevolgen van druggebruik) bij de interventiegroep versus de controlegroep. De interventiegroep kreeg een *QUIT-interventie* die bestond uit een korte interventie, gevolgd door een video en twee telefoons van 20 à 30 minuten ter follow-up. Na drie maanden bleek er een significante, maar beperkte hogere score op fysieke gezondheid bij de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep. Dit effect was sterker voor veelvuldige gebruikers dan voor minder frequente gebruikers. Er was geen significant verschil in score op mentale gezondheid (64).

3.2.3 Studies met online korte interventie

Eén studie onderzocht het verschil in effectiviteit tussen een online korte interventie t.o.v. een live korte interventie. Patiënten die mild scoorden op de ASSIST-vragenlijst werden ingedeeld in twee groepen. De interventiegroep volgde een interactieve video waarbij een *animated narrator* vragen stelt en op basis van de antwoorden, motivatie en vertrouwen, persoonlijke feedback gaf. De controlegroep volgde een korte interventie bestaande uit een vijftien minuten durend gesprek met een ervaren therapeut. De primaire uitkomst was de score op de *global continuum of illicit drug risk (GCIDR)*-vragenlijst drie maanden na de interventie. Voor beide groepen lag de score drie punten lager. Er was echter geen significant verschil tussen beide groepen. Er was eveneens geen significant verschil in positieve haaranalyses tussen beide groepen (65). Uit een secundaire analyse van deze data bleek dat er ook op *potential radiating effects of misusing substances (PREMiS)* zoals gebruik van spoedgevallen, aantal hospitalisaties, gemiste werkdagen, druggerelateerde schade, rijden onder invloed…) geen significant verschil was tussen beide interventies na 12 maanden (66).

3.2 Verwijzing psychotherapie

Er werd gezocht naar evidentie voor psychosociale interventies op korte (3-4 maanden) en lange termijn (6-12 maanden). Uit een Cochrane review uit 2016 bleek dat psychosociale interventies leiden tot significant meer geheelonthouding dan bij de controlegroep op het einde van de behandeling, maar dit effect was niet meer aanwezig bij langere follow-up (67). Een systematische review uit 2020 bevestigde deze bevindingen. De studie toonde op korte termijn een beter effect op geheelonthouding en ernst van druggebruik dan de controlegroep, maar op lange termijn was er enkel een significant effect op

cannabisgebruik en niet op gemengd druggebruik (68). Een Cochrane review en een meta-analyse die het effect van psychosociale interventies op cannabismisbruik onderzochten vonden bij vroege follow-up significant meer geheelonthouding en een daling in ernst en frequentie van cannabisgebruik t.o.v. de controlegroep, maar op langere termijn bleef geen enkele interventie consistent (69, 70). De positieve effecten op korte termijn waren significant sterker bij gebruikers met een hulpvraag dan bij zij die via screening werden gedetecteerd (68). Er werd geen significant verschil gevonden in effectiviteit tussen de twee meest gebruikte vormen van psychosociale therapie, cognitieve gedragstherapie en motivationele therapie (67, 69, 70).

Discussie

Harm reduction

De huisarts kan patiënten met problematisch drugmisbruik ondersteunen door verschillende harm reduction-strategieën toe te passen, zoals SNP's, PrEP, screening naar infectieziekten, vaccinatie, bespreken van anticonceptie, overdosispreventie, substitutietherapie en screening naar suïciderisico. In bestaande richtlijnen over drugmisbruik wordt zelden over harm reduction-strategieën gesproken. In één NICE-richtlijn uit 2012 raadt men het gebruik van SNP's aan, zonder andere vormen van harm reduction te vermelden (71).

SNP's zijn een bekende vorm van harm reduction-strategieën. Ondanks de mogelijke voordelen, bestaan er in België maar twee zulke druggebruikruimtes. Tevens is het ter beschikking stellen van openbare ruimtes om druggebruik te faciliteren tot op heden strafbaar, waardoor druggebruiksruimtes zich op juridisch vlak in een grijze zone bevinden en druggebruikers strikt genomen gestraft kunnen worden voor het gebruik in de druggebruikruimtes (72). Het lijkt ons nuttig om meer onderzoek te doen naar de meerwaarde om extra druggebruiksruimtes te openen in België. Verder dient men ook de wetgeving, die dateert uit 1921, aan te passen aan de hedendaagse context.

Pre-exposure profylaxe reduceert het risico op HIV-transmissie bij IV-druggebruikers. Een nadeel is het vals gevoel van veiligheid voor de bescherming tegen andere infectieziekten en het mogelijke gebrek aan kosteneffectiviteit. Veel druggebruikers hebben nog nooit van PrEP gehoord. Er zou meer onderzoek moeten gebeuren naar de redenen waarom het PrEP-gebruik bij druggebruikers zo laag is. PrEP opstarten na een toediening van PEP kan een opening creeëren naar het toepassen van andere harm reduction-strategiën. Het is de taak van de huisarts om te informeren over het bestaan van PrEP. In tegenstelling tot andere landen zoals de Verenigde Staten (73), kan de huisarts in België zelf geen PrEP voorschrijven. Dit is jammer omdat dit de drempel voor opstart van PrEP kan verlagen. Het is dus de taak van de huisarts om te verwijzen naar een arts verbonden aan een erkend HIV-referentiecentrum voor de opstart van PrEP. De huisarts mag wel tweemaal per jaar de controleraadpleging voorzien en dient dan ook te controleren op geneesmiddeleninteracties, wat een frequent probleem is bij het gebruik van PrEP. In België valt PrEP onder terugbetalingscategorie B, waardoor PrEP behoort tot de categorie van 'therapeutisch belangrijke farmaceutische specialiteiten' (30, 74). De behandeling kost per drie maanden voor de patiënt met een gewoon terugbetalingsstatuut €15,0 en bij een verhoogde terugbetaling €9,9 (30). Deze kostprijs kan voor druggebruikers eveneens een drempel zijn. PrEP zal echter vermoedelijk nooit volledig terugbetaald worden onder categorie A gezien dit voorbestemd is voor de levensnoodzakelijke geneesmiddelen (74).

Bij IV-druggebruikers wordt er geadviseerd om te screenen naar hepatitis B, C en HIV (21, 23). Er wordt echter nergens gespecifieerd met welke frequentie dit dient te gebeuren. Gezien het verhoogde risico op

SOA's (13, 20) wordt bij asymptomatische gebruikers naast advies over veilige seks ook een jaarlijkse screening naar syfilis, gonorroe en chlamydia aanbevolen (19, 20). In geval van ongekende immuunstatus of afwezigheid van immuniteit worden IV-druggebruikers best gevaccineerd tegen hepatitis A en B (13, 19, 20). Ook dient er opgevolgd te worden dat ze om de 10 jaar een vaccin tegen tetanus krijgen (19, 20). Bij de subgroep van gebruikers tussen de 19 en 64 jaar die ook roken, met zwaar alcoholmisbruik kampen of een ernstige long- of leverziekte hebben, wordt vaccinatie tegen pneumokokken ook aanbevolen (19, 20). Deze gaat gepaard met een substantiële kost voor de patiënt gezien terugbetaling tot op heden slechts van toepassing is in het geval van ernstig hart-, lever-, long- of nierlijden, diabetes mellitus of chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen met risico op aspiratiepneumonie vanaf de leeftijd van 65 jaar (36). Er kunnen enkele bedenkingen gemaakt worden bij deze voorgaande adviezen. Zo heeft men het enkel over IV-druggebruikers. Hepatitis C kan echter ook via het delen van snuifbuisjes worden overgedragen (75). Ook bij deze groep van druggebruikers zou er dus best naar gescreend worden. De kostprijs van al deze screeningsonderzoeken en vaccinaties mag tevens niet onderschat worden voor zowel patiënt als maatschappij. Het zou een reële drempel kunnen zijn om deze adviezen toe te passen.

Ongeplande zwangerschappen komen vaker voor bij vrouwen met een stoornis in het gebruik van drugs (13). De omstandigheden waarin deze vrouwen zich bevinden, zouden een consequente inname van orale anticonceptie kunnen bemoeilijken. Er bestaan ook langwerkende anticonceptievormen zoals koper- en hormoonspiraaltjes. De kostprijs van deze producten varieert tussen de €45,5 en €269 voor een anticonceptieve werking die kan gaan van drie tot tien jaar afhankelijk van het product. In België is er tevens terugbetaling voor anticonceptie tot de leeftijd van 25 jaar of voor personen die in aanmerking komen voor verhoogde tegemoetkoming (76). Het is als huisarts dus aangewezen om patiënten met onvervulde anticonceptiebehoeften te verwijzen voor een langwerkend preparaat. Een mogelijke hypothese is dat een gebrek aan kennis omtrent anticonceptie de voornaamste reden is van het beperkt gebruik. Vandaar het belang van goede uitleg door de huisarts. Het zou interessant zijn om verder te onderzoeken wat de voornaamste redenen hiervoor zijn.

Naloxon is een opioïdantagonist die gebruikt wordt in de behandeling van ademhalingsdepressie ten gevolge van een opioïdoverdosis. Ondanks de aanbeveling van de HGR om het product beschikbaar en gemakkelijk toegankelijk te maken, is heden de neusspray niet beschikbaar op de Belgische markt. Aangezien enkel de injecteerbare vorm in ziekenhuizen en soms ambulances aanwezig is, kan het dus vandaag de dag niet als preventieve maatregel voor thuisgebruik ingezet worden (77). Dit zou nochtans een levensreddend middel kunnen zijn in de handen van mensen in de omgeving die weten hoe het gebruikt dient te worden.

Er wordt aangeraden om bij druggebruik te starten met kleine hoeveelheden om de zuiverheid van de gebruikte stof te controleren (23). In Nederland bestaat er een drugtestservice waar men anoniem drugs kan laten testen. In België bestaat er geen wettelijk kader dat dit soort testen mogelijk maakt. Er is wel een inlooppunt in Brussel van de Modus Vivendi vzw waar op dinsdag en donderdag gratis en anoniem drugs kunnen getest worden (78). Ook zijn er in België zijn online tests verkrijgbaar. Echter geven deze nooit 100% garantie en kunnen ze dus een vals gevoel van veiligheid geven. Verder bestaat de Red Alert app die een melding geeft wanneer er drugs in omloop zijn die een acuut gevaar vormen voor de volksgezondheid (79).

In België mag een arts die niet verbonden is aan een erkend drughulpverlengingscentrum niet meer dan twee patiënten van substitutietherapie voorzien (43). Men kan de vraag stellen of het niet interessant zou zijn om dit maximumaantal af te schaffen of te verhogen vanuit de idee dat er zo meer patiënten geholpen zouden kunnen worden. Wij zijn echter van de mening dat het voorschrijven van deze middelen slechts een beperkt onderdeel is van de behandeling. Zoals er ook staat neergeschreven in het advies van de Orde der artsen is er vooral ook nood aan psychosociale begeleiding en multidisciplinaire omkadering (80). Dit kan echter niet geboden worden binnen het beperkte tijdskader van een huisartsconsultatie. Om die reden stelt de Orde der artsen dat het op deontologisch vlak niet verantwoord is dat een arts los van erkende gespecialiseerde multidisciplinaire hulpverlening aan meer dan twee patiënten substitutiemiddelen voorschrift. Om substitutietherapie voor te schrijven dienen artsen ook regelmatig bijscholingen te volgen en is een goede samenwerking met de gespecialiseerde drughulpverleningscentra aangewezen (80).

Als huisarts dient men de tandheelkundige zorg toegankelijker te maken. Dit door facilitatie van een verwijzing naar de tandarts en educatie over het belang van goede mondzorg (44). Een eerste bedenking die hier kan gemaakt worden is het feit dat er slechts weinig tandartsen aan geconventioneerd tarief werken (81). Dit zou een grote financiële drempel kunnen betekenen. Ook zijn er de lange wachtlijsten en patiëntenstops die een snelle verwijzing in de weg staan (81).

Personen die opioïden gebruiken hebben een verhoogd suïciderisico. Het overgrote merendeel van zij die sterven door suïcide had contact met de huisarts in het jaar voor zijn of haar dood. De huisarts speelt dus een cruciale rol bij de screening en begeleiding van risicopersonen (46). Hoe deze begeleiding dient te gebeuren, valt buiten het bestek van deze thesis, maar staat duidelijk beschreven in de richtlijn “Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag” van het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) (82).

Farmacotherapeutische interventies

Er is onvoldoende evidentie voor het nut van farmacotherapie in de behandeling van drugmisbruik. In enkele studies werd een gunstig effect van bepaalde medicatie beschreven, maar het ging steeds om kleine studies. Uit deze resultaten kunnen dus geen sluitende conclusies getrokken worden. Er is nood aan verder kwalitatief onderzoek met grotere populatie naar de meerwaarde van medicatie in de behandeling van drugmisbruik.

Psychosociale interventies

Tot slot werd in de literatuur gezocht of er evidentie bestaat om een korte interventie uit te voeren als huisarts. In de meerderheid van de studies lijkt er geen sterk voordeel te worden aangetoond van een korte interventie op de frequentie van druggebruik of op de secundaire gevolgen. Mogelijk zou een korte interventie wel efficiënt kunnen zijn om risicopatiënten te motiveren om doorverwezen te worden. Er is echter meer onderzoek nodig naar het effect van korte interventies op de kans dat patiënten nadien meer doorgedreven therapie (medicamenteus en/of psychotherapeutisch) zullen volgen. De meerderheid van de studies zijn uitgevoerd bij patiënten zonder hulpvraag. In de enige studie die werd uitgevoerd bij patiënten met een hulpvraag lijkt er een gunstig effect van een korte interventie te bestaan. Voor deze subgroep is meer onderzoek nodig. Bij de studies waarbij een telefonische boostersessie wordt aangeboden na de korte interventie wordt er niet vaker een significant effect op druggebruik beschreven dan bij studies waarbij dit niet wordt aangeboden. Er lijkt geen verschil te bestaan in effectiviteit tussen computergestuurde of persoonlijke interventies. Mogelijk voelen sommige personen zich meer

comfortabel bij computergestuurde interventies. Indien dit in volgende studies bevestigd wordt, zou dit een mogelijk tijd- en kostenbesparend alternatief kunnen zijn. De cijfers uit de geïncludeerde studies zijn onderling moeilijk te vergelijken omdat de uitkomstmaat in verschillende studies verschilt (de kans op geheelonthouding, evolutie in frequentie van gebruik, frequentie van de gevolgen van druggebruik of kans om vervolgtherapie te starten). Tevens was de inhoud van de korte interventie verschillend. De duur varieerde van 7 tot 30 minuten per sessie, met soms bijkomende brochures, video's, follow-upgesprekken enzovoort. De korte interventie werd soms door de eigen huisarts en soms door andere gezondheidsmedewerkers uitgevoerd na een eventuele bijkomende opleiding. Samenvattend kunnen we stellen dat er in de literatuur te weinig bestaat voor het toepassen van een korte interventie bij personen met problematisch druggebruik. De bevindingen uit het voorgaande literatuuronderzoek komen overeen met wat de meeste bestaande richtlijnen adviseren. De Nederlandse richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy en benzodiazepines' van GGZ (zorgstandaarden voor de geestelijke gezondheidszorg), de Amerikaanse richtlijn van APA (American Psychological Association) raden korte interventies na screening niet aan omwille van te negatieve bevindingen uit onderzoek (83, 84). De richtlijn van WHO bevestigt dat een korte interventie alleen niet volstaat voor personen met problematisch druggebruik, maar adviseert het toch aan te bieden ter motivatie voor verdere behandeling (23). Ook de Britse NICE-richtlijn raadt aan om korte interventies toe te passen bij personen waarbij bezorgdheden bestaan omtrent het druggebruik met als doel ambivalentie te creëren rond druggebruik en meer doorgedreven behandelingen te kunnen starten (85).

Enkele Cochrane-reviews en meta-analyses toonden een gunstig effect van intensieve psychotherapie op geheelonthouding en op frequentie en ernst van druggebruik. Op langere termijn bleek deze interventie niet consistent. Deze bevindingen komen overeen met adviezen die werden teruggevonden in bestaande internationale richtlijnen. De GGZ-richtlijn beveelt aan om bij volwassenen met een stoornis in druggebruik een behandeling met cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering aan te bieden. De voorkeur gaat naar een meer intensieve behandeling gedurende meerdere maanden. Digitale zelfhulpinterventies worden eveneens aanbevolen en kunnen ook worden overwogen als aanvulling op reguliere psychotherapie (83). De APA-richtlijn raadt psychotherapie aan, bij voorkeur een intensieve behandeling. Er wordt gewaarschuwd voor herval bij stopzetting van psychotherapie (84). De WHO-richtlijn adviseert om patiënten die een hoog risico scoren op de *ASSIST*-vragenlijst te verwijzen voor meer intensieve psychotherapie (23). Ook de NICE-richtlijn raadt psychosociale interventies aan onder de vorm van cognitieve gedragstherapie of contingentie therapie (26, 85).

Sterktes en limitaties

Op heden bestaan er geen richtlijnen omtrent de aanpak van problematisch druggebruik in de huisartsenpraktijk die specifiek zijn toegepast op de Belgische zorgcontext. Deze scoping review kan een eerste aanzet tot zo'n richtlijn zijn. Bij de behandeling van patiënten met problematisch drugmisbruik kan er snel een tunnelvisie ontstaan, waarbij de focus van de zorgverlener alleen ligt op detoxificatie van het drugmisbruik. De sterkte van deze scoping review is dat we de patiënt op een holistische en bredere manier benaderen. De klemtoon ligt dus niet op het proberen te doen stoppen van het drugmisbruik, gezien dit vaak een moeilijk en lang proces is, maar wel op *harm reduction*, medicamenteuze ondersteuning en psychosociale interventies bij gecontinueerd gebruik. Deze kijk op een patiënt met een problematisch gebruik van illegale drugs is innoverend en werd in geen enkele andere richtlijn op deze manier besproken.

Beperkingen in deze paper zijn het feit dat er omwille van de aard van een scoping review geen *level of evidence* werd toegekend aan de aanbevelingen. Ook hebben we bepaalde populatiegroepen geëxcludeerd, zoals adolescenten, zwangeren, daklozen en gevangenen. Het zou echter ook interessant kunnen zijn om na te gaan of deze aanbevelingen ook van toepassing kunnen zijn op deze populatiegroepen. De aanbevelingen gelden voor alle vormen van problematisch gebruik van illegale drugs. Er werd echter geen subanalyse uitgevoerd op basis van de ernst van het gebruik (mild, matig, ernstig volgens de DSM-V). Verder lijkt het ons ook nuttig om dieper in te gaan op de mogelijke medische complicaties ten gevolge van illegaal druggebruik en de bijhorende behandelingen. We hebben getracht de patiënt op een holistische manier te benaderen. Doch zijn er enkele psychosociale en biomedische factoren die via onze zoekstrategie niet naar boven zijn gekomen, zoals alcoholgebruik, rookgedrag, huisvesting, werk, sociaal netwerk, transportproblemen en financiële en juridische problemen. Er is dus noodzaak tot verder onderzoek om ook deze factoren in kaart te brengen en hier aanbevelingen over te kunnen doen. Zoals eerder vermeld betreft het hier een scoping geview die een eerste aanzet kan geven tot het opstellen van een richtlijn omtrent de aanpak van problematisch gebruik van illegale drugs in de huisartsenpraktijk. In deze review werden geen argumenten met betrekking tot kosteneffectiviteit in beschouwing genomen. Indien na verder onderzoek beleidsaanbevelingen zouden gebeuren, zou het relevant zijn om een meer nauwkeurige number needed to treat (NNT) per interventie te bepalen. Ook dient men de geassocieerde kosten van de verschillende programma's en behandelingen tegenover de gewonnen gezondheidswinsten af te wegen. Zo zou een kosteneffectiviteitsanalyse kunnen gebeuren met de bepaling van een kost per *Quality Adjusted Life Year* (QALY) voor elke interventie. Dit zou nuttig kunnen blijken om de verschillende interventies te rangschikken om zodus de voorkeur te kunnen geven aan de meest efficiënte interventies. Op die manier kan men gewonnen gezondheidsvoordelen maximaliseren met gelimiteerde budgetten.

Conclusie

Het is aangewezen dat de huisarts inzet op harm reduction in de begeleiding van patiënten met problematisch gebruik van illegale drugs. Dit omvat het verwijzen naar spuit- en naaldprogramma's, informatie verstrekken over het gebruik van PrEP, screenen naar infectieziekten en SOA's en vaccineren voor hepatitis A, hepatitis B, pneumokokken en tetanus. Verder moet men informeren over anticonceptie en het belang van goede mondzorg. De huisarts moet tevens screenen naar suïciderisico. Overdosispreventie in de thuissetting onder de vorm van naloxon is op heden niet mogelijk in België. Een huisarts kan tot twee patiënten behandelen met substitutiemiddelen op voorwaarde dat hij/zij zich regelmatig bijschoolt en samenwerkt met drughulpverleningscentra, maar bij voorkeur verwijst de huisarts naar deze centra voor de volledige omkadering en behandeling met substitutiemiddelen.

Met uitzondering van het gebruik van substitutietherapie, is er onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor de toepassing van farmacotherapie in de behandeling van problematisch druggebruik.

Ook bestaat er op heden onvoldoende evidentie voor het systematisch toepassen van een korte interventie door de huisarts. Er is meer onderzoek nodig om na te gaan of een korte interventie kan worden toegepast als motivatie voor verwijzing naar intensievere psychotherapie. Er blijkt een gunstig effect op abstinentie, frequentie en ernst van druggebruik bij doorgedreven psychotherapie. Wel wordt gewaarschuwd voor herval bij de stopzetting van therapie. Cognitieve gedragstherapie, motiverende gespreksvoering en contingentie therapie zijn de meest gebruikte en onderzochte vormen van therapie. Al deze therapievormen zijn evenwaardig gebleken.

Voor een schematisch overzicht van de aanbevelingen verwijzen we naar onderstaande *infographic*.



Literatuurlijst

1. Gisle L. Gezondheidsenquete druggebruik. Sciensano; 2018.
2. Damian E. Het gebruik van drugs in België. De voornaamste resultaten uit Drug Vibes - De Belgische drugsbevraging. Sciensano. 2023.
3. Else De Donder DM, stafmedewerkers VAD. Factsheet opioïden. factsheet. Vlaams expertisecentrum alcohol en andere drugs (VAD); 2023.
4. Liechti E. Novel psychoactive substances (designer drugs): overview and pharmacology of modulators of monoamine signalling. Swiss Med Wkly. 2015;145:1–12.
5. Adley M, Jones G, Measham F. Jump-starting the conversation about harm reduction: making sense of drug effects. Drugs: Education, Prevention and Policy. 2022;30(4):347-60.
6. Thylstrup B, Seid AK, Tjagvad C, Hesse M. Incidence and predictors of drug overdoses among a cohort of >10,000 patients treated for substance use disorder. Drug Alcohol Depend. 2020;206:107714.
7. Schrooten J. Het Drugwiel, een nieuw model voor productinformatie2018. Available from: https://www.vad.be/artikels/detail/het-drugwiel--een-nieuw-model-voor-productinformatie.
8. D. H, C. OB, M. A. DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders.pdf. Am J Psychiatry. 2013;170:834–51.
9. Claessens J, Defillet T. Screenen met de ASSIST in de eerstelijnswelzijnssector. Brussel; 2010.
10. McNeely J, Kumar PC, Rieckmann T, Sedlander E, Farkas S, Chollak C, et al. Barriers and facilitators affecting the implementation of substance use screening in primary care clinics: a qualitative study of patients, providers, and staff. Addict Sci Clin Pract. 2018;13(1):8.
11. Yoast RA, Wilford BB, Hayashi SW. Encouraging physicians to screen for and intervene in substance use disorders: obstacles and strategies for change. J Addict Dis. 2008;27(3):77-97.
12. Saunders EC, Moore SK, Gardner T, Farkas S, Marsch LA, McLeman B, et al. Screening for Substance Use in Rural Primary Care: a Qualitative Study of Providers and Patients. J Gen Intern Med. 2019;34(12):2824-32.
13. Taylor JL, Johnson S, Cruz R, Gray JR, Schiff D, Bagley SM. Integrating Harm Reduction into Outpatient Opioid Use Disorder Treatment Settings: Harm Reduction in Outpatient Addiction Treatment. Journal of General Internal Medicine. 2021;36(12):3810-9.
14. Moore SK, Saunders EC, Hichborn E, McLeman B, Meier A, Young R, et al. Early implementation of screening for substance use in rural primary care: A rapid analytic qualitative study. Subst Abus. 2021;42(4):678-91.
15. Wakeman SE, Pham-Kanter G, Donelan K. Attitudes, practices, and preparedness to care for patients with substance use disorder: Results from a survey of general internists. Subst Abus. 2016;37(4):635-41.
16. Vanmeerbeek M, Mairiaux P. Use of psychoactive substances in adults: Prevention and Treatment by general practitioners and Occupational physicians. 2015.
17. Dennis ML, Scott CK, Funk R, Foss MA. The duration and correlates of addiction and treatment careers. J Subst Abuse Treat. 2005;28 Suppl 1:S51-62.
18. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467-73.
19. Visconti AJ, Sell J, Greenblatt AD. Primary care for persons who inject drugs. American Family Physician. 2019;99(2):109-16.
20. Thakarar K, Weinstein ZM, Walley AY. Optimising health and safety of people who inject drugs during transition from acute to outpatient care: narrative review with clinical checklist. Postgrad Med J. 2016;92(1088):356-63.
21. Hodder SL, Feinberg J, Strathdee SA, Shoptaw S, Altice FL, Ortenzio L, et al. The opioid crisis and HIV in the USA: deadly synergies. The Lancet. 2021;397(10279):1139-50.
22. Aspinall EJ, Nambiar D, Goldberg DJ, Hickman M, Weir A, Van Velzen E, et al. Are needle and syringe programmes. Int J Epidemiol. 2014;43(1):235-48.

23. McGough S, Heslop K. ASSIST-Linked brief interventions to reduce hazardous substance use in primary care settings. Australian Nursing & Midwifery Journal. 2021;27(4):54-5.
24. Ng J, Sutherland C, Kolber MR. Does evidence support supervised injection sites? Canadian Family Physician. 2017;63(11):866.
25. Free Clinic: Vlaams Departement Zorg; 2019 [Available from: https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/preventie/organisaties-met-terreinwerking/free-clinic.
26. Spuitenruiladressen in Vlaanderen: Free Clinic VZW; [Available from: https://free-clinic.be/free-clinic/spuitenruil/spuitenruiladressen-in-vlaanderen/.
27. Spuitenruil: Transit VZW; [Available from: http://nl.transitasbl.be/spuitenruil/.
28. Drugs: Brussels opens a supervised consumption room: European Forum for Urban Security; 2022 [Available from: https://efus.eu/topics/drugs/drogue-ouverture-historique-dune-salle-de-consommation-a-moindre-risque-a-bruxelles/.
29. Fonner VA DS, Kennedy CE, Baggaley R, O'Reilly KR, Koechlin FM, et al. Effectiveness and safety of oral HIV preexposure prophylaxis for all populations. AIDS. 2016;30:1973-83.
30. Terugbetaling emtricitabine/tenofovir disoproxil Belgisch Centrum voor Farmacotherapeuthische Informatie; [Available from: https://www.bcfi.be/nl/ampps/159483?cat=b.
31. Pre-expositie profylaxe (PrEP) met Truvada®: volgens Sensoa frequenter te overwegen in de preventie van HIV: Belgisch Centrum voor Farmacotherapeuthische Informatie; 2018 [Available from: https://www.bcfi.be/nl/pre-expositie-profylaxe-prep-met-truvada-volgens-sensoa-frequenter-te-overwegen-in-de-preventie-van-hiv/.
32. Sensoa. HIV-referentiecentra 2024 [Available from: https://www.allesoverseks.be/hiv-referentiecentra.
33. HIV drug interactions: University of Liverpool; [Available from: https://www.hiv-druginteractions.org.
34. Vanhamel J, Vanbaelen T. Hiv-preventie via PrEP: de rol van de huisarts bij opstart en opvolging. Huisarts nu. 2022;51:302-5.
35. Vaccinatie tegen pneumokokken (volwassenen). Hoge Gezondheidsraad; 2022 02/09/2022. Report No.: Advies 9674.
36. Gecommentarieerd geneesmiddelen repertorium: BCFI; 2024 [Available from: https://www.bcfi.be/nl/chapters/13?frag=11718.
37. Deblonde J. Zelftest voor opsporing van hiv: informatiefolder voor gezondheidswerkers en verenigingen voor hiv-preventie. Sciensano; 2016 2016/11/23/.
38. Risicogroepen | Tuberculose. Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding vzw. 2022.
39. Miller WC. A Scalable, Integrated Intervention to Engage People Who Inject Drugs in HIV Care and Medication-Assisted Treatment: A Randomized, Controlled Vanguard Trial (HPTN 074). Lancet. 2018;392(10149):747–59.
40. Jespers V, Stordeur S, Desomer A, Carville S, Jones C, Lewis S, et al. Diagnosis and management of gonorrhoea and syphilis: KCE: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg; 2019 2019. 181 p.
41. Frank CJ, Morrison L. Harm Reduction for Patients With Substance Use Disorders. American Family Physician. 2022;105(1):90-2.
42. Beschikbaar stellen van naloxon aan opioïdengebruikers. Hoge Gezondheidsraad (HGR); 2022 12/10/2022. Report No.: Advies 9695.
43. Substitutiebehandeling bij opiaatverslaving: Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI); 2009 [updated November 2009. Available from: https://www.bcfi.be/nl/articles/query?number=F36N11B.
44. Bloxom C, Dika C. Oral Health in People Who Use Methamphetamine. Journal for Nurse Practitioners. 2021;17(6):661-4.
45. Fluor(ide) ter voorkoming van tandbederf: rol van tandpasta's en huidige situatie in België. Hoge Gezondheidsraad; 2021 24/09/2021. Report No.: Advies 9602.

46. Harris BR. Suicide as a hidden contributor to the opioid crisis and the role that primary care and emergency medicine play in addressing it. Preventive Medicine. 2021;148.
47. Greydanus DE, Kaplan G, Baxter LE, Patel DR, Feucht CL. Cannabis: The never-ending, nefarious nepenthe of the 21st century: What should the clinician know? Disease-a-Month. 2015;61(4):175-18.
48. Klega AE, Keehbauch JT. Stimulant and designer drug use: Primary care management. American Family Physician. 2018;98(2):85-92.
49. Kansagara D, Becker WC, Ayers C, Tetrault JM. Priming primary care providers to engage in evidence-based discussions about cannabis with patients. Addiction science & clinical practice. 2019;14(1):42.
50. Nielsen S, Gowing L, Sabioni P, Le Foll B. Pharmacotherapies for cannabis dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2019;1(1):CD008940.
51. Terry R, Dally L, Lambroussis C. Primary care recognition and treatment of methamphetamine use disorder. Osteopathic Family Physician. 2020;12(2):22-6.
52. Parmar A, Sarkar S. Brief Interventions for Cannabis Use Disorders: A Review. Addictive Disorders and their Treatment. 2017;16(2):80-93.
53. Aldridge A, Dowd W, Bray J. The relative impact of brief treatment versus brief intervention in primary health-care screening programs for substance use disorders. Addiction. 2017;112:54-64.
54. Saitz R, Palfai TP, Cheng DM, Alford DP, Bernstein JA, Lloyd-Travaglini CA, et al. Screening and brief intervention for drug use in primary care: the aspire randomized trial. Journal of general internal medicine. 2013;28:S177.
55. Tanner-Smith EE, Parr NJ, Schweer-Collins M, Saitz R. Effects of brief substance use interventions delivered in general medical settings: a systematic review and meta-analysis. Addiction (Abingdon, England). 2022;117(4):877-89.
56. Aharonovich E, Sarvet A, Stohl M, DesJarlais D, Tross S, Hurst T, et al. Reducing non-injection drug use in HIV primary care: A randomized trial of brief motivational interviewing, with and without HealthCall, a technology-based enhancement. Journal of Substance Abuse Treatment. 2017;74:71-9.
57. Fuster D, Cheng DM, Wang N, Bernstein JA, Palfai TP, Alford DP, et al. Brief intervention for daily marijuana users identified by screening in primary care: A subgroup analysis of the ASPIRE randomized clinical trial. Substance Abuse. 2016;37(2):336-42.
58. Laporte C, Vaillant-Roussel H, Pereira B, Blanc O, Eschalier B, Kinouani S, et al. Cannabis and Young Users-A Brief Intervention to Reduce Their Consumption (CANABIC): A Cluster Randomized Controlled Trial in Primary Care. Annals of Family Medicine. 2017;15(2):131-9.
59. Roy-Byrne P, Bumgardner K, Krupski A, Dunn C, Ries R, Donovan D, et al. Brief intervention for problem drug use in safety-net primary care settings: a randomized clinical trial. JAMA. 2014;312(5):492-501.
60. Kim TW, Bernstein J, Cheng DM, Lloyd-Travaglini C, Samet JH, Palfai TP, et al. Receipt of addiction treatment as a consequence of a brief intervention for drug use in primary care: a randomized trial. Addiction (Abingdon, England). 2017;112(5):818-27.
61. Bloom-Foster J, Mehl-Madrona L. An Ultra-Brief Mindfulness-Based Intervention for Patients in Treatment for Opioid Addiction with Buprenorphine: A Primary Care Feasibility Pilot Study. Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2020;26(1):34-43.
62. Humeniuk R, Newcombe DAL, Dennington V, Ali R. A randomised controlled trial of a brief intervention for illicit drug use linked to ASSIST screening in a primary healthcare setting: results from the Australian component of the World Health Organization Phase III ASSIST studies. Australian journal of primary health. 2018;24(2):149-54.
63. Gelberg L, Andersen RM, Afifi AA, Leake BD, Arangua L, Vahidi M, et al. Project QUIT (Quit Using Drugs Intervention Trial): a randomized controlled trial of a primary care-based multi-component brief intervention to reduce risky drug use. Addiction. 2015;110(11):1777-90.
64. Baumeister SE, Gelberg L, Leake BD, Yacenda-Murphy J, Vahidi M, Andersen RM. Effect of a primary care based brief intervention trial among risky drug users on health-related quality of life. Drug and alcohol dependence. 2014;142:254-61.

65. Schwartz RP, Gryczynski J, Mitchell SG, Gonzales A, Moseley A, Peterson TR, et al. Computerized versus in-person brief intervention for drug misuse: a randomized clinical trial. Addiction (Abingdon, England). 2014;109(7):1091-8.
66. Gryczynski J, Mitchell SG, Ondersma SJ, O'Grady KE, Schwartz RP. Potential Radiating Effects of Misusing Substances Among Medical Patients Receiving Brief Intervention. Journal of Substance Abuse Treatment. 2015;55:39-44.
67. Minozzi S, Saulle R, De Crescenzo F, Amato L. Psychosocial interventions for psychostimulant misuse. Cochrane Database Syst Rev. 2016;9(9):CD011866.
68. Chou R. Interventions for Unhealthy Drug Use: A Systematic Review. U.S Preventive Services Task Force Evidence Syntheses; 2020.
69. Gates PJ, Sabioni P, Copeland J, Le Foll B, Gowing L. Psychosocial interventions for cannabis use disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2016(5):CD005336.
70. Davis ML, Powers MB, Handelsman P, Medina JL, Zvolensky M, Smits JA. Behavioral therapies for treatment-seeking cannabis users: a meta-analysis of randomized controlled trials. Eval Health Prof. 2015;38(1):94-114.
71. Drug use disorders in adults. 2012.
72. Risicobeperkende gebruiksruimtes: heilzaam… maar illegaal: Unhappy birthday; 2024 [Available from: https://unhappybirthday.be/nl/portfolio/risicobeperkende-gebruiksruimtes-heilzaam-maar-illegaal/?fbclid=IwAR2zOyfccC5P9xWHeAA0kU1qUE2sdcnfQkEwjSdz4UbsNkingKZYKxCQ9NE.
73. How Do I Prescribe PrEP? : Centers For Disease Control and Prevention; 2023 [Available from: https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/prevention/prescribe-prep.html.
74. De lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten : de vergoedingscategorieën: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering; [Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geneesmiddelen/geneesmiddel-terugbetalen/vergoedbare-farmaceutische-specialiteiten/de-lijst-van-de-vergoedbare-farmaceutische-specialiteiten-de-vergoedingscategorieen#:~:text=Categorie%20B%3A%20voor%20therapeutisch%20belangrijke,voor%20behandeling%20van%20chronische%20bronchitis.
75. De Donder E, De Schutter A. Dossier Speed. Vlaams Expertisecentrum alcohol en andere drugs; 2017.
76. Anticonceptie: Belgisch Centrum voor Farmacotherapeuthische Informatie; [Available from: https://www.bcfi.be/nl/chapters/7?frag=5306.
77. 9695 HGBsvnaoBHAn.
78. Libois B. 20+ ans d'analyse de produits pspychotropes en Belgique francophone. Modus Vivendi.
79. Trimbos. Red alert: melding bij gevaarlijke drugs [Available from: https://www.trimbos.nl/aanbod/interventies/red-alert/.
80. Behandeling met methadon en andere substitutiemedicatie door huisartsen: Orde der artsen; 2016 [updated 18/06/2016. Available from: https://ordomedic.be/nl/adviezen/farmacologie/geneesmiddelen/behandeling-met-methadon-en-andere-substitutiemedicatie-door-huisartsen?fbclid=IwAR3ai6Gz3zWHdL0x4a45Jai8m7kw0s0bVvDzyg8PQTBkgt60bpfywc9Octg_aem_AeraHDUYFNPAFXSWSa3J3i3ITLCOCBsbaP5UdiNpPR7rKQyzew4Y5BoOShiah6vka54zUttTnsqnpLcexRYP0-pQ.
81. Vander Beken H. Onduidelijkheid over prijzen voor tandzorg: te weinig tandartsen akkoord met prijsafspraken: VRT NWS; 2024 [Available from: https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2024/03/11/minder-dan-zes-op-de-tien-tandartsen-treden-toe-tot-conventie-t/?fbclid=IwAR2qqwSocwkH8BakJd6d9QA6GC6pINMOu-Li4XS-WWLHyz93Jt6rjMOxp6Y.
82. Aerts S. Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie. 2017.

83. Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines. GGZ standaard; 2022.
84. Kleber H. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. Second Edition. American Psychological Association; 2006.
85. Health Do. Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions. NICE guidelines; 2007.

Bijlagen

Bijlage 1: 7 categorieën van het drugwiel, de beoogde effecten en de gevaren (5,6)

Categorie	Beoogde effecten	Geassocieerde gevaren
Stimulantia	Toegenomen vertrouwen, energie, seksueel verlangen, verminderde eetlust, euforie	Dopamine dysfunctie, cardiovasculaire collaps, compulsief gebruik, psychose
Empathogenen	Gevoelens van plezier, connectie, wederzijds begrip, opwinding	Serotonine syndroom, risico op dehydratatie, depressie, suïcidaliteit
Hallucinogenen	Spirituele ervaringen ('trippen'), spirituele verbondenheid, verscherpte zintuigen, vissuele/auditieve hallucinaties	Delier, serotonine syndroom, acute toxiciteit, paniek, angst
Dissociatieven	Euforie, relaxatie, analgesie, visuele/auditieve hallucinaties, uittreden	Onthechting, onbewustzijn, tijdelijke paralyse, vastzitten in de 'K-hole'
Verdovende	Euforie, toegenomen vertrouwen, sociale desinhibitie, ontstpannen gevoel	Afhankelijkheid, respiratoire depressie, hypotensie, bradycardie, bewusteloosheid, coma
Opioïden	Analgesie, gevoel van onverslaanbaarheid, euforie, sedatie	Afhankelijkheid, respiratoire depressie, hypotensie, bradycardie, overdosis
Cannabinoïden	Relaxatie, euforie, zweverig, sensuele opwinging	Agitatie, convulsies, hypertensie, tachycardie, coma, paranoia

Bijlage 1: 7 categorieën van het drugwiel, de beoogde effecten en de gevaren (5,6)

Bijlage 2: Zoekstrategie

Zoekstrategie Pubmed

1) Screening naar problematisch druggebruik met harddrugs bij volwassenen in de huisartsenpraktijk

Concept 1: screening

("Substance Abuse Detection"[Mesh] OR “Detect*”[tiab] OR “Screen*”[tiab] OR “Testing*”[tiab]

Concept 2: illicit drugs
("Illicit Drugs"[Mesh] OR “Illicit Drug*”[tiab] OR “Illegal Drug*”[tiab] OR “Street Drug*”[tiab] OR “Recreational Drug*”[tiab] OR “Club Drug*”[tiab] OR “Cocaïne”[Mesh] OR “cocain*”[tiab] OR “Amphetamine”[Mesh] OR “Amphetamine*”[tiab] OR “N-Methyl-3,4-methylenedioxyamphetamine”[Mesh] OR “N-Methyl-3,4-methylenedioxyamphetamine”[tiab] OR

“MDMA”[tiab] OR “midomafetamine”[tiab] OR “Lysergic Acid Diethylamide” [Mesh] OR “Lysergic Acid Diethylamide” [tiab] OR “LSD”[tiab] OR “Ketamine”[Mesh] “Ketamine”[tiab] OR “Cannabis”[Mesh] OR “Cannabi*”[tiab] OR “GHB”[tiab] OR “Ecstasy”[tiab] OR “Heroin”[Mesh] OR “Heroin”[tiab] OR “diamorphine”[tiab] OR **((“speed*”[tiab]) AND ("illicit"[tiab] OR "illegal"[tiab] OR “street drug*”[tiab]))** OR “Crack Cocaine”[Mesh] OR “Stimulant*”[tiab] OR “Empathogen*”[tiab] OR “Psychedelic*”[tiab] OR “Depressant drug*”[tiab] OR “Opioid*”[tiab] OR “Cannabinoids”[Mesh] OR “opiate*”[tiab] OR “Lysergide”[tiab])

Concept 3: primary care

("Primary Health Care"[Mesh] OR "General Practitioners"[Mesh] OR "Primary Health Care"[tiab] OR "General Practi*”[tiab] OR “Primary Care”[tiab] OR "Physicians, Family"[Mesh] OR "Physicians, Family"[tiab] OR “Family Physician*”[tiab] OR “family doctor”[tiab] OR “family medicine”[tiab])

2) Diagnose van problematisch druggebruik met harddrugs bij volwassenen in de huisartsenpraktijk

Concept 4: Signs and symptoms

("Signs and Symptoms"[Mesh] OR “Symptom*”[tiab] OR “Clinical Manifestation*”[tiab] OR “clinical sign*”[tiab] OR "Diagnosis"[Mesh] OR “Diagnos*”[tiab] OR “withdrawal syndrom*”[tiab] OR “abstinence symptom*”[tiab] OR “abstinence syndrom*”[tiab] OR “withdrawal symptom*”[tiab] OR “diagnostic sign*”[tiab] **OR "Physical Examination"[Mesh] OR “physical examination”[tiab])**

Concept 5: Diagnostic test

("Diagnostic Tests, Routine"[Mesh] OR “Diagnostic Test*”[tiab] OR "Clinical Chemistry Tests"[Mesh] OR “Clinical Chemistry Test*”[tiab] OR "Urinalys*"[tiab] OR “Blood Test*”[tiab] OR “Clinical Laboratory Techniques”[Mesh] OR “Clinical Laboratory Technique*”[tiab] OR “Clinical Chemistry”[tiab] OR “Laboratory Test”[tiab] **OR “routine diagnos*”[tiab])**

3) Begeleiding van volwassen patiënten met problematisch druggebruik met harddrugs bij in de huisartsenpraktijk

Concept 6: begeleiding

("Counseling"[Mesh] OR "Counseling"[tiab] OR "Follow-up"[tiab] OR "Support*"[tiab] OR "Harm Reduction"[Mesh] OR "Harm Reduction"[tiab] OR "harm minimization"[tiab] OR "reduction, harm"[tiab] OR "Brief Intervention*"[tiab] **OR "Crisis Intervention"[Mesh] OR "crisis intervention*"[tiab]** OR "Treatment"[tiab] OR "therapy"[Subheading] OR "Therapy"[tiab] OR "Brief Advice"[tiab] **OR "critical incident stress debriefing"[tiab] OR "Disease Management"[Mesh] OR "disease management"[tiab]**) **OR "management*, disease"[tiab]**

Totale zoekstrategie:

(#1 AND #2 AND #3) OR (#4 AND #2 AND #3) OR (#5 AND #2 AND #3) OR (#6 AND #2 AND #3)

Zoekstrategie Embase

1) Screening naar problematisch druggebruik met harddrugs bij volwassenen in de huisartsenpraktijk

Concept 1: screening

'screening'/de OR 'screen*':ti,ab,kw OR 'detect*':ti,ab,kw **OR 'testing*':ti,ab,kw**

Concept 2: illicit drugs
'illicit drug'/exp OR 'illicit drug':ti,ab,kw OR 'street drug'/exp OR 'street drug':ti,ab,kw OR 'cocaine'/exp OR **'cocain***':ti,ab,kw OR 'amphetamine'/exp OR 'amphetamine*':ti,ab,kw OR 'ketamine'/exp OR 'ketamine':ti,ab,kw OR 'cannabis'/exp OR **'cannabi*':ti,ab,kw** OR 'diamorphine'/exp OR 'diamorphine':ti,ab,kw OR 'midomafetamine'/exp OR 'midomafetamine':ti,ab,kw OR 'psychedelic agent'/exp OR 'psychedelic agent':ti,ab,kw OR 'opiate'/exp OR 'opiate':ti,ab,kw OR 'cannabinoid'/exp OR 'lysergide'/exp OR 'lysergide':ti,ab,kw OR 'illegal drug*':ti,ab,kw OR 'recreational drug*':ti,ab,kw OR 'club drug*':ti,ab,kw OR 'MDMA':ti,ab,kw OR 'LSD':ti,ab,kw OR 'GHB':ti,ab,kw OR 'ecstasy':ti,ab,kw OR 'heroin':ti,ab,kw OR **(('speed*':ti,ab,kw) AND ('illicit':ti,ab,kw OR 'illegal':ti,ab,kw OR 'street drug*':ti,ab,kw))** OR **'stimulant*':ti,ab,kw** OR 'empathogen*':ti,ab,kw OR 'psychedelic*':ti,ab,kw OR 'depressant drug':ti,ab,kw OR **'opioid*':ti,ab,kw**

Concept 3: primary care

'primary health care'/exp OR 'primary health care':ti,ab,kw OR 'general practitioner'/exp OR 'general practi*':ti,ab,kw OR 'primary medical care'/exp OR 'primary medical care':ti,ab,kw OR 'primary care':ti,ab,kw OR 'physicians, family':ti,ab,kw OR 'family physician*':ti,ab,kw OR 'family doctor':ti,ab,kw OR **'family medicine':ti,ab,kw**

2) Diagnose van problematisch druggebruik met harddrugs bij volwassenen in de huisartsenpraktijk

Concept 4*: signs and symptoms*

‘withdrawal syndrome’/exp OR **‘**withdrawal syndrom*’:ti,ab,kw OR

‘diagnosis’/exp OR ‘symptom’/exp OR ‘symptom*’:ti,ab,kw OR ‘sign*’:ti,ab,kw OR ‘clinical sign*’:ti,ab,kw OR ‘clinical manifestation*’:ti,ab,kw OR ‘diagnos*’:ti,ab,kw OR ‘abstinence symptom*’:ti,ab,kw OR ‘abstinence syndrom*’:ti,ab,kw OR ‘withdrawal symptom*’:ti,ab,kw OR ‘diagnostic sign*’:ti,ab,kw **OR ‘physical examination’/exp OR ‘physical examination’:ti,ab,kw**

Concept 5: Diagnostic test

‘diagnostic test’/exp OR ‘diagnostic test*’:ti,ab,kw OR ‘urinalysis’/exp OR ‘urinalys*’:ti,ab,kw OR ‘clinical chemistry’/exp OR ‘clinical chemistry’:ti,ab,kw OR ‘blood test’/exp OR ‘blood test*’:ti,ab,kw OR ‘laboratory test’/exp OR ‘laboratory test*’:ti,ab,kw OR ‘diagnostic tests, routine’:ti,ab,kw OR ‘clinical chemistry test*’:ti,ab,kw OR ‘clinical laboratory technique*’:ti,ab,kw OR **‘routine diagnos*’:ti,ab,kw**

3) <u>Begeleiding van volwassen patiënten met problematisch druggebruik met harddrugs bij in de huisartsenpraktijk</u>

Concept 6: begeleiding

‘patient counseling’/exp OR ‘patient counseling’:ti,ab,kw OR ‘follow up’/exp OR ‘follow up’:ti,ab,kw OR ‘support’:ti,ab,kw OR ‘support*’:ti,ab,kw OR ‘harm reduction’/exp OR ‘harm reduction’:ti,ab,kw OR ‘brief intervention’/exp OR ‘brief intervention*’:ti,ab,kw OR ‘treatment’/exp OR ‘treatment*’:ti,ab,kw OR ‘therapy’/exp OR ’therapy’:ti,ab,kw OR ‘brief advice’/exp OR ‘brief advice*’:ti,ab,kw OR ‘counseling’/exp OR ‘counseling’:ti,ab,kw OR **‘crisis intervention’/exp OR ‘crisis intervention*’:ti,ab,kw OR ‘critical incident stress debriefing’:ti,ab,kw OR ‘disease management’/exp OR ‘disease management’:ti,ab,kw OR ‘disease, management*’:ti,ab,kw**

<u>Totale zoekstrategie:</u>

(#1 AND #2 AND #3) OR (#4 AND #2 AND #3) OR (#5 AND #2 AND #3) OR (#6 AND #2 AND #3)

Zoekstrategie Cochrane

1) <u>Screening naar problematisch druggebruik met harddrugs bij volwassenen in de huisartsenpraktijk</u>

Concept 1: screening

#1: [mh "Substance Abuse Detection"]

#2: (Detect* OR Screen* OR Testing*):ti,ab,kw

Concept 2: illicit drugs

#3: [mh “Illicit Drugs”] OR [mh “Cocaine”] OR [mh “Amphetamine”] OR [mh “Methyl 3,4 methylenedioxyamphetamine”] OR [mh “Ketamine”] OR [mh “Lysergic Acid Diethylamide”] OR [mh “Cannabis”] OR [mh “Heroin”] OR [mh “Crack Cocaine”] OR [mh “Cannabinoids”]

#4: (((Illicit OR Illegal OR Street OR Recreational OR Club OR Depressant) NEXT Drug*) OR cocain* OR Amphetamine* OR “N Methyl 3,4 methylenedioxyamphetamine” OR MDMA OR midomafetamine OR “Lysergic Acid Diethylamide” OR LSD OR Ketamine OR Cannabi* OR GHB OR Ecstasy OR Heroin OR diamorphine OR ((speed*) AND (illicit OR illegal OR street drug*)) OR Stimulant* OR Empathogen* OR Psychedelic* OR Opioid* OR opiate* OR Lysergide):ti,ab,kw

Concept 3: primary care

#5: [mh "General Practitioners"] OR [mh “Physicians, Family”] OR [mh “Primary Health Care”]

#6: (“Primary Health Care” OR (General NEXT Practi*) OR “Primary Care” OR “Physicians, Family” OR (Family NEXT Physician*) OR “family doctor” OR “family medicine”):ti,ab,kw

2) Diagnose van problematisch druggebruik met harddrugs bij volwassenen in de huisartsenpraktijk

Concept 4: Signs and symptoms

#7**:** [mh “Signs and Symptoms"] OR [mh "Diagnosis"] OR [mh "Physical Examination”]

#8: (Symptom* OR (Clinical NEXT (Manifestation* OR sign*)) OR Diagnost* OR (withdrawal NEXT (syndrom* OR symptom*)) OR (abstinence NEXT (symptom* OR syndrom*)) OR (diagnostic NEXT sign*) OR “physical examination”):ti,ab,kw

Concept 5: Diagnostic test

#9: [mh "Diagnostic Tests, Routine"] OR [mh "Clinical Chemistry Tests"] OR [mh “Clinical Laboratory Techniques”]

#10 (((Diagnostic OR “Clinical Chemistry” OR Blood OR Laboratory) NEXT Test*) OR Urinalys* OR (“Clinical Laboratory” NEXT Technique*) OR “Clinical Chemistry” OR (Routine NEXT diagnos*)):ti,ab,kw

3) Begeleiding van volwassen patiënten met problematisch druggebruik met harddrugs bij in de huisartsenpraktijk

Concept 6: begeleiding

#11 : [mh “Counseling”] OR [mh “Harm Reduction”] OR [mh “Crisis Intervention”] OR [mh “Disease Management”]

#12 (counseling OR “follow-up” OR support* OR “harm reduction” OR “harm minimization” OR “reduction, harm” OR (brief NEXT intervention*) OR (crisis NEXT intervention*) OR treatment OR therapy OR “brief advice” OR “critical incident stress debriefing” OR “disease management” OR (management* NEXT disease)):ti,ab,kw

11 OR # 12 tussen 2013 - huidig

Zoekstrategie:

- **Deelvraag 1:** Concept 1 (met 2 en 3): (#1 OR #2) AND (#3 OR #4) AND (#5 OR #6)
- **Deelvraag 2:** Concept 4 (met 2 en 3): #: (#7 OR #8) AND (#3 OR #4) AND (#5 OR #6), Concept 5 (met 2 en 3): #: (#9 OR #10) AND (#3 OR #4) AND (#5 OR #6) Concept 4+5: ((#7 OR #8) AND (#3 OR #4) AND (#5 OR #6)) OR ((#9 OR #10) AND (#3 OR #4) AND (#5 OR #6))
- **Deelvraag 3:** Concept 6 (met 2 en 3): (#11 OR #12) AND (#3 OR #4) AND (#5 OR #6)

Totale zoekstrategie:

((#1 OR #2) AND (#3 OR #4) AND (#5 OR #6)) OR ((#7 OR #8) AND (#3 OR #4) AND (#5 OR #6)) OR ((#9 OR #10) AND (#3 OR #4) AND (#5 OR #6)) OR ((#11 OR #12) AND (#3 OR #4) AND (#5 OR #6))

Zoekstrategie Web of science

Er werd gezocht in volgende databanken:

Science Citation Index Expanded
(SCI-EXPANDED)--1955-present
Social Sciences Citation Index
(SSCI)--1956-present
Social Sciences Citation Index
(SSCI)--1956-present
Arts & Humanities Citation Index
(AHCI)--1975-present
Arts & Humanities Citation Index
(AHCI)--1975-present
Conference Proceedings Citation Index – Science
(CPCI-S)--1990-present
Conference Proceedings Citation Index – Science
(CPCI-S)--1990-present
Conference Proceedings Citation Index – Social Science & Humanities
(CPCI-SSH)--1990-present
Conference Proceedings Citation Index – Social Science & Humanities
(CPCI-SSH)--1990-present
Book Citation Index – Science
(BKCI-S)--2005-present
Book Citation Index – Science
(BKCI-S)--2005-present
Book Citation Index – Social Sciences & Humanities
(BKCI-SSH)--2005-present
Book Citation Index – Social Sciences & Humanities
(BKCI-SSH)--2005-present
Emerging Sources Citation Index
(ESCI)--2018-present
Emerging Sources Citation Index
(ESCI)--2018-present

1) Screening naar problematisch druggebruik met harddrugs bij volwassenen in de huisartsenpraktijk

Concept 1: screening

#1: TS=(“screen*” OR “detect*” OR “testing*”)

Concept 2: illicit drugs
2: TS=(“illicit drug” OR “street drug” OR “cocain*” OR “amphetamine*” OR “ketamine” OR “cannabi*” OR “diamorphine” OR “midomafetamine” OR “psychedelic agent” OR “opiate” OR “lysergide” OR “illegal drug*” OR “recreational drug*” OR “club drug*” OR “MDMA” OR “LSD” OR “GHB” OR “ecstasy” OR “heroin” OR ((“speed*”) AND (“illicit” OR “illegal” OR “street drug*”)) OR “stimulant*” OR “empathogen*” OR “psychedelic*” OR “depressant drug” OR “opioid*”)

Concept 3: primary care

#3: TS=(“primary health care” OR “general practi*” OR “primary medical care” OR “primary care” OR “physicians, family” OR “family physician*” OR “family doctor” OR “family medicine”)

2) Diagnose van problematisch druggebruik met harddrugs bij volwassenen in de huisartsenpraktijk

Concept 4*:* signs and symptoms

#4: TS=(“withdrawal syndrom*” OR “symptom*” OR “sign” OR “clinical sign*” OR “clinical manifestation*” OR “diagnos*” OR “abstinence symptom*” OR “abstinence syndrom*” OR “withdrawal symptom*” OR “diagnostic sign*” OR “physical examination”)

Concept 5: Diagnostic test

#5: TS=(“diagnostic test*” OR “urinalys*” OR “clinical chemistry” OR “blood test*” OR “laboratory test*” OR “diagnostic tests, routine” OR “clinical chemistry test*” OR “clinical laboratory technique*” OR”‘routine diagnos*”)

3) Begeleiding van volwassen patiënten met problematisch druggebruik met harddrugs bij in de huisartsenpraktijk

Concept 6: begeleiding

#6: TS=(“patient counseling” OR “follow up” OR “support” OR “support*” OR “harm reduction” OR “brief intervention*” OR “treatment*” OR “therapy” OR “brief advice*” OR “counseling” OR “crisis intervention*” OR “critical incident stress debriefing” OR “disease management” OR “disease, management*”)

Zoekstrategie:

(#1 AND #2 AND #3) OR (#2 AND #3 AND #4) OR (#2 AND #3 AND #5) OR (#2 AND #3 AND #6)

Zoekstrategie Cinahl via EBSCO

1) Screening naar problematisch druggebruik met harddrugs bij volwassenen in de huisartsenpraktijk

Concept 1: screening

(MH "Health Screening") OR (MH "Substance Abuse Detection+") OR TI (“screen*” OR “detect*” OR “testing*”) OR AB (“screen*” OR “detect*” OR “testing*”)

Concept 2: illicit drugs

(MH "Street Drugs+") OR (MH "Recreational Drug Use") OR (MH "Cocaine+") OR (MH "Amphetamines+") OR (MH "Methamphetamine+") OR (MH "Ketamine") OR (MH "Cannabis+") OR (MH "Hallucinogens+") OR (MH "Analgesics, Opioid+") OR TI (“street drugs” OR “recreational drug use” OR “cocaine” OR “amphetamines” OR “metamphetamine” OR “ketamine” OR “cannabis” OR “hallucinogens” OR “analgesics, opioid” OR “psychedelic*” OR “depressant drug*” OR “opoid*” OR “Cannabinoids” OR “opiate*” OR “Lysergide”) OR AB (“street drugs” OR “recreational drug use” OR cocaine” OR “amphetamines” OR “metamphetamine” OR “ketamine” OR “cannabis” OR “hallucinogens” OR “analgesics, opioid” OR “psychedelic*” OR “depressant drug*” OR “opoid*” OR “Cannabinoids” OR “opiate*” OR “Lysergide”)

Concept 3: primary care

(MH **“**Primary Health Care+”) OR (MH “Physicians, Family+”) OR TI (“primary health care” OR “general practi*” OR “primary medical care” OR “primary care” OR “physicians, family” OR “family physician*” OR “family doctor” OR “family medicine”) OR AB (“primary health care” OR “general practi*” OR “primary medical care” OR “primary care” OR “physicians, family” OR “family physician*” OR “family doctor” OR “family medicine”)

2) Diagnose van problematisch druggebruik met harddrugs bij volwassenen in de huisartsenpraktijk

Concept 4: Signs and symptoms

(MH "Signs and Symptoms+") OR (MH “Diagnosis+”) OR (MH "Substance Withdrawal Syndrome+") OR (MH “Physical Examination+”) OR TI (“withdrawal syndrom*” OR “symptom*” OR “sign” OR “clinical sign*” OR “clinical manifestation*” OR “diagnos*” OR “abstinence symptom*” OR “abstinence syndrom*” OR “withdrawal symptom*” OR “diagnostic sign*” OR “physical examination”) OR AB (“withdrawal syndrom*” OR “symptom*” OR “sign” OR “clinical sign*” OR “clinical manifestation*” OR “diagnos*” OR “abstinence symptom*” OR “abstinence syndrom*” OR “withdrawal symptom*” OR “diagnostic sign*” OR “physical examination”)

Concept 5: Diagnostic test

TI (“diagnostic test*” OR “urinalys*” OR “clinical chemistry” OR “blood test*” OR “laboratory test*” OR “diagnostic tests, routine” OR “clinical chemistry test*” OR “clinical laboratory technique*” OR”‘routine diagnos*”) OR AB (“diagnostic test*” OR “urinalys*” OR “clinical chemistry” OR “blood test*” OR “laboratory test*” OR “diagnostic tests, routine” OR “clinical chemistry test*” OR “clinical laboratory technique*” OR”‘routine diagnos*”)

3) Begeleiding van volwassen patiënten met problematisch druggebruik met harddrugs bij in de huisartsenpraktijk

Concept 6: Counseling

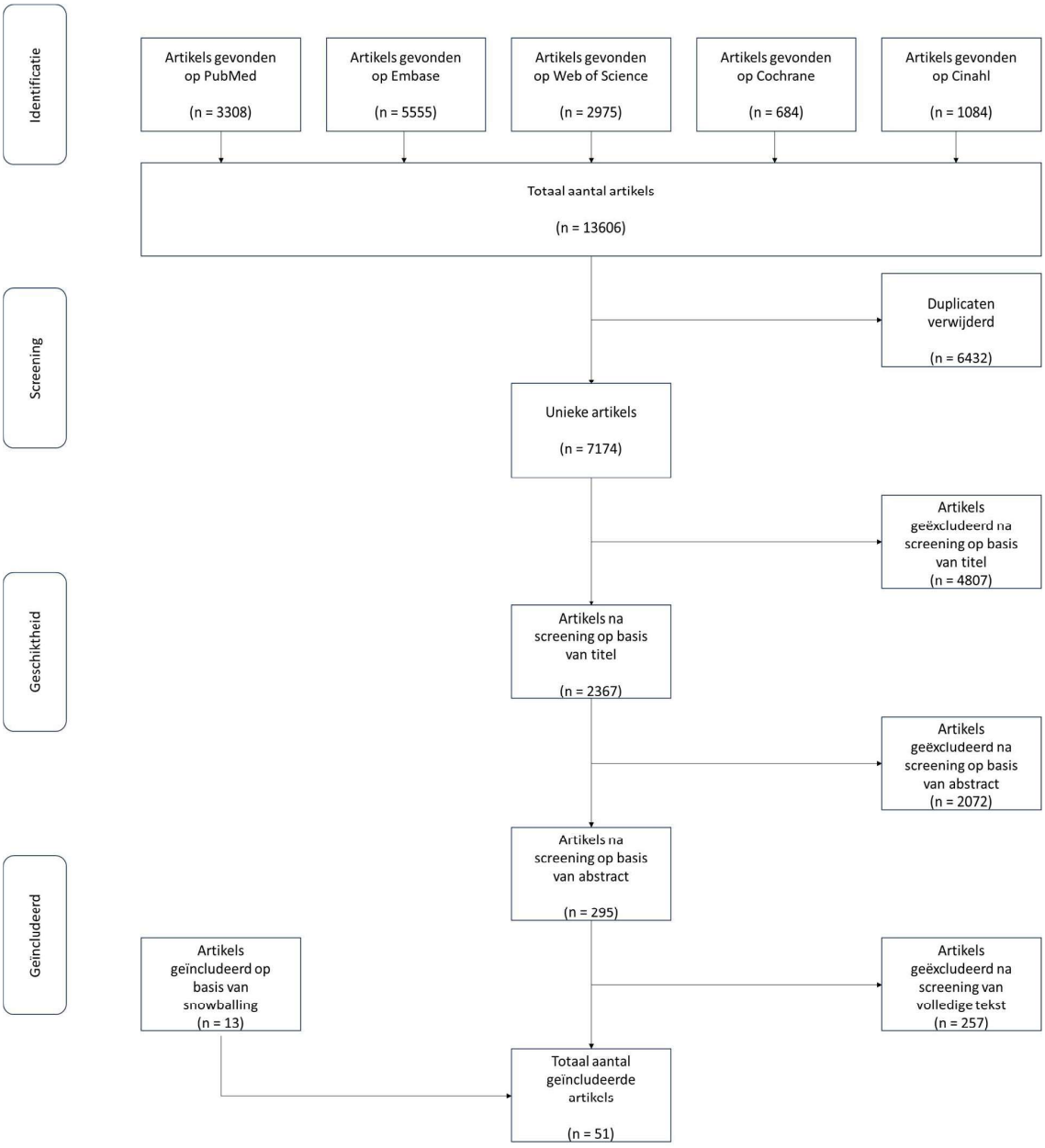
(MH "Counseling") OR (MH "Harm Reduction") OR (MH "Crisis Intervention") OR

(MH "Substance Use Treatment (Iowa NIC)") OR (MH "Disease Management") OR TI (“counseling” OR “follow up” OR “support” OR “harm reduction” OR “brief intervention*” OR “treatment*” OR “therapy”OR “brief advice*” OR “counseling” OR “crisis intervention*” OR “critical incident stress debriefing” OR “disease, management*”) OR AB (“counseling” OR “follow up” OR “support” OR “harm reduction” OR “brief intervention*” OR “treatment*” OR “therapy”OR “brief advice*” OR “counseling” OR “crisis intervention*” OR “critical incident stress debriefing” OR “disease, management*”)

Totale zoekstrategie:

(#1 AND #2 AND #3) OR (#2 AND #3 AND #4) OR (#2 AND #3 AND #5) OR (#2 AND #3 AND #6)

Bijlage 3: Data flow diagram



Bijlage 4: Data extractie tabel

Bijlage 4.1 – Harm reduction strategieën

Studiekarakteristieken			Steekproefkarakteristieken	Interventies
Titel studie	**Eerste auteur**	**Studie design**	**Type drug(s)**	**Harm reduction**
Suicide as a hidden contributor to the opioid crisis and the role that primary care and emergency medicine play in addressing it	B. Harris	Review	Niet gespecifieerd	Substitutie therapie Naloxone bij overdosis Sociale netwerken versterken Financiële ondersteuning Veiligheidsplan opstellen bij suïciderisico
Primary Care for Persons Who Inject Drugs	A. Visconti	Review	Injecteerbare drugs	Vaccinatie voor hepatitis A, hepatitis B en tetanus indien geen immuniteit Pneumokokkenvaccinatie enkel aangewezen bij personen 19-64j bij overmatig alcoholgebruik, roken en/of zwaar long- of leverlijden Screening naar hepatitis B, hepatitis C, HIV en TBC Behandeling van HIV en hepatitis C infecties om virale transmissie te reduceren Screening naar chlamydia en gonorroe bij vrouwen < 25j en risicogedrag PrEP indien voorgaande 6 maanden IV-drugs gebruikt en materiaal gedeeld of seksueel risicogedrag gesteld Naloxon voorschriften bij hoog risico op overdosis Verwijzen naar SNPs Counseling over veiligere injectietechnieken
The opioid crisis and HIV in the USA: deadly synergies	S. Hodder	Narratieve review	Injecteerbare opioïden	SNPs Behandeling van HIV om virale transmissie te reduceren PrEP Screening naar HIV, hepatitis B, hepatitis C en SOA's Druggebruikruimtes
Integrating Harm Reduction into Outpatient Opioid Use Disorder Treatment Settings	J. Taylor	Narrative review	Opioïden	Overdosis educatie en naloxone distributie Counseling over overdosis preventie strategieën Screening naar hepatitis B, hepatitis C, HIV, syfilis, chlamydia en gonorroe Vaccinatie voor hepatitis A en hepatitis B indien geen immuniteit Condooms uitdelen PrEP en PEP Verwijzen naar SNPs Counseling over veiligere injectietechnieken Voorschriften voor harm reduction materiaal voorzien Anticonceptiemogelijkheden bespreken en eventueel verwijzen voor een langdurige vorm
Optimising health and safety of people who inject drugs during transition from acute to outpatient care: narrative review with clinical checklist	T. Thakarar	Systematic review	Niet gespecifieerd	Naloxone distributie Counseling over veiligere injectietechnieken Druggebruikruimtes Screening naar HIV, syfilis, hepatitis B en C, gonorree, chlamydia en trichomonas Screening naar TBC Counseling over veilige seks Vaccinatie tegen hepatitis A en B, tetanus indien geen immuniteit Pneumokokkenvaccinatie enkel aangewezen bij zwaar alcoholgebruik en/of roken PrEP indien voorgaande 6 maanden IV-drugs gebruikt of materiaal gedeeld Behandeling van hepatitis C infectie
Challenges in managing HIV in people who use drugs	A. Kamarulzaman	Review	Injecteerbare drugs	Screening naar HIV in medische centra of SNPs Behandeling van HIV en hepatitis C om virale transmissie te reduceren

Studiekarakteristieken			Steekproefkarakteristieken	Interventies
Titel studie	**Eerste auteur**	**Studie design**	**Type drug(s)**	**Harm reduction**
Harm Reduction for Patients With Substance Use Disorders	C. Frank	Review	Niet gespecifieerd	Take-home naloxone kits Overdosis educatie Opioïd substitutie therapie (buprenorfine, methadone, naltrexone) SNPs Anticonceptiemogelijkheden bespreken en eventueel verwijzen voor een langdurige vorm
Oral Health in People Who Use Methamphetamine	C. Bloxom	Review	Methamfetamine	Verwijzen voor adequate mondzorg Afspraken bij tandartsen faciliteren Educatie over goede mondzorg Topische fluoride behandeling
Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV tranmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis	E. Aspinall	Meta-analyse	Injecteerbare drugs	SNPs
Does evidence support supervised injection	J. Sutherland	Editorial	Niet gespecifieerd	SNPs
ASSIST-Linked brief interventions to reduce hazardous substance use in primary care settings Manuel for use in primary care	S. McGough	Guideline	Niet gespecifieerd	Verwijzen naar SNPs Counseling over veiligere injectietechnieken Counseling over risico's van gebruik Screening naar hepatitis B, hepatitis C en HIV

Bijlage 4.2 – Farmacotherapeutische interventies

Studiekarakteristieken			Steekproefkarakteristieken	Interventie	Conclusie
Titel studie	**Eerste auteur**	**Studie design**	**Type drug(s)**	**Medicatie**	
Primary Care Recognition and Treatment of Methamphetamine Use Disorder	R. Terry	Review	Methamfetamine	Gabapentine Antipychotica TCA's SSRI's SNRI's	Geen effect op gebruik en craving.
Priming primary care providers to engage in evidence-based discussions about cannabis with patients	D. Kansagara	Review	Cannabis	Gabapentine N-acetylcysteïne Antidepressiva Cannabinoïden	Niet aangeraden voor de behandeling van ontrekkingsverschijnselen.
Stimulant and Designer Drug Use: Primary Care Management	A. Klega	Review	Cocaïne Methamfetamine MDMA Synthetische cannabinoïden Synthetische cathinonen	Mirtazapine Cannabidiol Gabapentine N-acetylcysteïne	Cocaïne: - Geen door de FDA goedgekeurde medicatie - Lage evidentie voor het gebruik van disulfiram in combinatie met psychosociale therapie in de behandeling van cocaine use disorder. - Geen evidentie voor het gebruik van anticonvulsiva, dopamine agonisten, antipsychotica of antidepressiva in de behandeling van cocaine use disorder. Methamfetamine: - Geen door de FDA goedgekeurde medicatie voor de behandeling van methamfetamine use disorder. - Gedaald methamfetamine gebruik en seksueel risicogedrag bij MSM die mirtazapine kregen naast counseling. MDMA: Geen medicamenteuze therapie. Cannabis: - Beperkte data voor het nut van cannabinol, gabapentin en N-acetylcysteïne in de behandeling van cannabis use disorder. Synthetische cathinonen: Geen medicamenteuze therapie.
Cannabis: The never-ending, nefarious nepenthe of the 21st century: What should the clinician know?	Donald E.Greydanus	Review	Cannabis	Synthetische agonisten (Dronabidol, Nabilone) Antidepressiva (Escitalopram, Mirtazapine, Fluoxetine, Venlafaxine) Baclofen Gabapentine N-acetylcysteïne	- Het effect van synthetische agonisten (Dronabidol, Nabilone, ...) wordt nog onderzocht. - Antidepressiva (Escitalopram, Mirtazapine, Fluoxetine, Venlafaxine, ...) hebben weinig succes. - Baclofen heeft weinig effect. - Gabapentine zorgt voor significant vermindering van het cannabis gebruik. - N-acetylcysteïne zorgde voor vermindering in cannabis gebruik bij adolescenten, maar effect moet nog onderzocht worden bij volwassenen.
Pharmacotherapies for cannabis dependence (Review)	S. Nielsen	Meta-analyse	Cannabis	Δ9-Tetrahydrocannabinol Antidepressiva Anticonvulsiva Bupropion Buspirone Atomoxetine N-acetylcysteïne	Geen evidentie voor enige medicamenteuze therapie in de behandeling van cannabis verslaving

Bijlage 4.3 – Psychosociale interventies

Studiekarakteristieken			Steekproefkarakteritieken		Interventie	Conclusie
Titel studie	**Eerste auteur**	**Studie design**	**Deelnemers**	**Type drug(s)**	**Psychosociale interventie**	
A randomised controll3:12ed trial of a brief intervention for illicit drug use linked to ASSIST screening in a primary healthcare setting: Results from the Australian component of the World Health Organization Phase III ASSIST studies	R. Humeniuk	Randomised clinical trial	n = 171 (matig risico op ASSIST screening uit primary health clinic in Zuid-Australië)	Cannabis Amfetamines Cocaïne	Brief intervention: 10 step brief intervention (5-15 min)	Na 3 maanden was er een significantie reductie in totaal druggebruik: daling score op de total illicit substance involvement score voor amfetamines ook daling op de specific substance involvement score
Effects of brief substance use interventions delivered in general medical settings: a systematic review and meta-analysis	E. Tanner	Meta-analyse	116 studies (22 966 druggebruikers)	Cannabis	Brief intervention	Geen significant effect op cannabis gebruik of complicaties.
Reducing non-injection drug use in HIV primary care: A randomized trial of brief motivational interviewing, with and without HealthCall, a technology-based enhancement	E. Aharonovich	Randomised clinical trial	n = 240 (uit eerstelijns HIV kliniek)	Niet-injecteerbare drugs	Controle groep: enkel educatie over HIV self-care in de eerste sessie Interventie 1: enkel motivationeel gesprek Interventie 2: motivationeel gesprek en healthcall (dagelijks telefoongesprek van 2,5 min) Elke groep kreeg na 1 en na 2 maanden een booster sessie (10-15 min)	Voor 3 groepen was het aantal dagen druggebruik na afloop van de studie gedaald, maar er was geen significant verschil in reductie tussen de 3 groepen. Na 6 en 12 maanden was er een significant sterkere reductie voor MI en MI health tov. de controle groep. Na 12 maanden bleek dat er niet meer reductie was in aantal dagen druggebruik bij de MI+ Healthcall groep dan bij de MI groep.
The relative impact of brief treatment versus brief intervention in primary health-care screening programs for substance use disorders	A. Aldridge	Randomised clinical trial	n = 9029 (Verenigde Staten, na screening bij huisarts)	Marijuana Cocaïne Amfetamines Inhalantia Andere illegale drugs	Brief treatment (minstens 2 sessies van 50 min CGT of motivational enhancement therapie) vs. brief intervention	20 - 23% reductie in dagen van illegaal druggebruik (na brief treatment) relatief tov. brief intervention voor de gemiddelde patiënt
Effect of a primary care based brief intervention trial among riskydrug users on health-related quality of life	S. Baumeistera	Randomised clinical trial	n = 334 (matig risico op ASSIST screening)	Illicit drugs	Interventiegroep: QUIT interventie (brief intervention van 3-4 min + informatiebrochure + video + 2 motivationele telefoongesprekken)	Kleine significante verbetering qua fysiek functioneren bij risky druggebruikers bij interventiegroep tov. controlegroep
Receipt of addiction treatment as a consequence of a brief intervention for drug use in primary care: a randomized trial	T. Kim	Randomised clinical trial	n = 528 (met matig risico op ASSIST vragenlijst)	Verschillende soorten drugs	Drie studie-armen (RCT): 1. eenmalig kort interview van 10-15 min uitgevoerd door gezondheidszorgeducator. 2. persoonlijk motivationeel interview van 30-45 minuten + booster sessie (live of via telefoon) uitgevoerd door master-degree level counseler 3. geen interventie	Geen significant verschilwat betreft de kans op starten van een behandeling tussen de 3 groepen
Computerized v. In-person Brief Intervention for Drug Misuse: A Randomized Clinical Trial	R. Schwartz	Randomised clinical trial	n = 360 druggebruikers (met matig risico op ASSIST vragenlijst)	Illicit drug use	Twee studie armen (RCT) 1. persoonlijke brief intervention (gesprektherapie, sessies 15 min met ervaren therapeut) 2. online brief intervention (via online platform dat feedback kan geven)	Er was na drie maanden therapie geen significant verschil in score op de ASSIST vragenlijst tussen de groep die online vs persoonlijk therapie had gekregen.
Screening and Brief Intervention for Drug Use in Primary Care: The ASPIRE Randomized Clinical Trial	R. Saitz	Randomised clinical trial	n = 528 (met matig risico op ASSIST vragenlijst)	Illicit drug use	Drie studie armen: 1. a brief negotiated interview (10-15 minuten gestructureerd interview door gezondheidsmedewerkers 2. an adaptation of motivational interviewing (30-45 minuten, door counselors) 3. controle groep	Geen verschil tussen de drie groepen mbt. de primaire outcome. Geen significante verschillen mbt. secundaire outcome op vlak van complicaties, onveilige seks en gebruik van gezondheidszorg.

Studiekarakteristieken			Steekproefkarakteritieken		Interventie	Conclusie
Titel studie	**Eerste auteur**	**Studie design**	**Deelnemers**	**Type drug(s)**	**Psychosociale interventie**	
Cannabis: The never-ending,nefarious nepenthe ofthe21stcentury:Whatshould the clinicianknow?	D. Greydanus	Review		Cannabis	Brief intervention en verwijzing psychotherapie	Bij ernstig druggebruik wordt best verwezen voor psychotherapie (motivational enhancement therapy, cognitive behavioral therapy, contingency management, multidimensional family therapy).
Cannabis and Young Users - A Brief Intervention to Reduce Their Consumption (CANABIC): A Cluster Randomized Controlled Trial in Primary Care	C. Laporte	Randomised clinical trial	n = 262 bij 77 huisartsen praktijken	Cannabis	Brief intervention door de huisarts, niet verder gespecifieerd	Er was geen significant verschil in primaire of secundaire outcomes tussen interventie en controle groep.
Project QUIT (Quit Using Drugs Intervention Trial): A randomized controlled trial of a primary care-based multi-component brief intervention to reduce risky drug use	L. Gelberg	Randomised clinical trial	n=261 (met matig risico op ASSIST vragenlijst)	Illicit drugs	Brief intervention bestaande uit: - korte feedback op resultaten van ingevulde vragenlijst met lange termijn complicaties etc - algemene videoboodschap van 3-4 minuten - 2 telefonische sessies van 20-30 minuten na twee en na 6 weken	De interventiegroep gebruikte gemiddeld 2,2 dagen minder vaak hun meest problematische drug tov. de controlegroep zonder verschuiving van het probleem naar andere drugs.
Brief Intervention for Problem Drug Use in Safety-Net Primary Care Settings A Randomized Clinical Trial	P. Roy byrne	Randomised clinical trial	n= 868	Illicit drugs	Brief intervention (feedback ingevulde vragenlijst, motivationeel gesprek) en nadien een booster telefonisch consult	Geen significant verschil in aantal dagen druggebruik per maand tussen interventie en controlegroep na 2 maand of 12 maanden.
An Ultra-Brief Mindfulness-Based Intervention for Patients in Treatment for Opioid Addiction with Buprenorphine: A Primary Care Feasibility Pilot Study	J. Bloom-Foster and L. Mehl-Madrona	Prospectieve cohort studie	n= 40 (geïncludeerd 2 weken na start therapie met buprenorphine)	Opioïden	Brief intervention van 10' met een mindfulness oefening en nadien toegang tot MP3 speler met audio oefeningen, waarmee patienten elke dag minstens 5 minuten moesten oefenen. Groep 1 die frequent oefende op mindfulness (> 3x per week). Groep 2 die weinig frequent oefende (<2x per week)	Er was een significante verschil qua hervalrisico tussen beide groepen
Interventions for Unhealthy Drug Use—Supplemental Report: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force	R. Chou	Systematic review	52 studies met psychosociale interventie	Opioïden Stimulantia Cannabis Gemengd druggebruik	Cognitieve gedragtherapie, motivationele gespreksvoering, contingentie management, twelve-step facilitation therapy, familiale interventies, of varianten of combinaties	Studies met psychosociale interventies toonden een daling in aantal dagen druggebruik na 3-4 maanden, echter niet meer na 6-12 maanden. Tevens een kleine maar significante daling in ernstig druggebruik op 3-4 maanden, niet meer significant na 6-12 maanden Er was meer kans op drugonthouding tov controlegroep na 3 à 4 maanden (RR 1,60) en na 6-12 maanden (RR 1,25)
Potential Radiating Effects of Misusing Substances Among Medical Patients Receiving Brief Intervention	J.Gryczynski	Randomised clinical trial	n = 302 (na matig risico op ASSIST screening)	Alcohol Cannabis Cocaïne Amfetamines Sedativa Opioïden	Interventiegroep: computerized brief intervention met animated narrator, ong 7 min Controlegroep: live brief intervention (therapie obv motivationele interviewing, 15' met ervaren therapeut)	Geen significant verschil in geen van de PREMiS outcomes tussen computerized en in-person BI.
Brief intervention for daily marijuana users identified by screening in primary care: a subgroup analysis of the ASPIRE randomized clinical trial	D. Fuster	Randomised clinical trial	n = 167 (na matig risico op ASSIST screening)	Cannabis	Groep 1. brief intervention (15 à 30 minuten) Groep 2. motivationeel interview (30 à 45 minuten) Groep 3. controle	Brief intervention heeft geen impact op het druggebruik en/of druggerelateerde problemen bij frequente marijuana gebruikers in de eerste lijn.

Studiekarakteristieken			Steekproefkarakteritieken		Interventie	Conclusie
Titel studie	**Eerste auteur**	**Studie design**	**Deelnemers**	**Type drug(s)**	**Psychosociale interventie**	
Treatment of patients with opioid dependence	L. Iintzeris	Expert opinion		Opioïden		Er wordt aangeraden te verwijzen voor detoxificatie (korte opname), counseling, zelfhulpgroepen (individueel of in groep) cognitieve gedragstherapie, narratieve therapie en mindfulness.
Psychosocial interventions for psychostimulant misuse	S. Minozzi	Cochrane Review	52 RCT's met in totaal 6923 deelnemers	Psychostimulantia	Psychotherapie door een psycholoog	Psychosociale behandeling zorgde voor betere abstinentie cijfers, maar dit effect was niet meer aanwezig bij langere follow-up.
Psychosocial interventions for cannabis use disorder	A. Gates	Cochrane Review	23 RCT's met in totaal 4045 deelnemers	Cannabis	Psychotherapie door een psycholoog	Psychosociale behandeling zorgde voor minder dagen cannabisgebruik, hogere kans op abstinentie en minder cannabis gerelateerde symptomen, maar op langere termijn waren bevindingen niet consistent. Er was geen verschil tussen de soort psychotherapie.