



# Waarom zijn artsen terughoudend om in te grijpen bij middelenafhankelijkheid?

### Referentie

Campopiano von Klimo M, Nolan L, Corbin M, et al.  
Physician reluctance to intervene in addiction: a  
systematic review. JAMA Netw Open 2024;7:e2420837.  
DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.20837

### Duiding

Lou Richelle, médecin généraliste, Département de  
Médecine Générale de l'ULB, Unité de recherche  
en soins primaires de l'ULB.  
Geen belangenvermenging met het onderwerp

## Klinische vraag

Wat zijn de redenen voor de terughoudendheid van artsen om klinisch in te grijpen (zoals screening, behandeling, schadebeperking en herstelondersteuning) in gevallen van middelengebruik of stoornissen die verband houden met middelengebruik?

## Achtergrond

Het middelengebruik en de stoornissen die hiermee verband houden zijn in constante opmars, zowel in België als elders (1,2). Deze problematiek vormt een grote uitdaging voor de volksgezondheid. Toch ervaren mensen die middelen gebruiken heel wat hinderpalen in de toegang tot zorg (2-4). Sinds decennia, en vooral in de laatste twintig jaar, zijn er steeds meer studies die de barrières voor de medische aanpak van middelenafhankelijkheid onderzoeken. Deze studies, onder meer uitgevoerd in België, focussen op bepaalde types beperkingen, zoals kennis, vaardigheden en stigmatisering (5,6). Geen enkele studie onderzocht dit thema op een transversale manier benaderd, dus zowel op vlak van alcoholafhankelijk als afhankelijkheid voor andere verboden middelen (7). Dit onderwerp werd bovendien nog niet eerder behandeld in Minerva.

## Samenvatting

### Methodologie

Systematische review.

### Geraadpleegde bronnen

- PubMed, Embase, Scopus, *medRxiv* en SSRN Medical Research Network
- ook grijze literatuur werd geraadpleegd
- artikels gepubliceerd tussen 1 januari 1960 en 5 oktober 2021.

### Geselecteerde studies

- inclusiecriteria:
  - artsen op elk praktijkniveau
  - gelijk welke interventie gerelateerd aan middelengebruik (schadebeperking, screening en diagnose, behandeling, herstelondersteuning)
  - onderzoek naar de redenen die artsen aanhalen om hun terughoudendheid te verklaren om in te grijpen bij middelenproblematiek
- exclusiecriteria:
  - studies in een andere taal dan het Engels, evenals brieven, editoria's, narratieve reviews en commentaren

- in totaal werden 283 studies geïncludeerd; 97,30% werd gepubliceerd in 2000 of later, met een duidelijke toename van het aantal publicaties in de tijd; de meeste studies rapporteerden resultaten op basis van bevragingen; van de 4 soorten interventies voor middelenafhankelijkheid werd behandeling het vaakst besproken, gevolgd door screening en diagnose; schadebeperking en herstelondersteuning; sommige studies onderzochten meer dan één interventie; bestudeerde middelen (van meest naar minst vaak): opioïden (104 studies), alcohol (86 studies), nicotine (30 studies); verschillende studies hadden betrekking op meervoudig druggebruik (44 studies, waarvan er 38 ook alcoholafhankelijkheid behandelden).

#### Onderzoekspopulatie

- artsen werkzaam in de eerstelijnszorg, interne geneeskunde, psychiatrie of andere klinische specialismen die te maken krijgen met patiënten met stoornissen in middelengebruik
- de geïncludeerde studies hadden voornamelijk betrekking op zorgverleners actief in de Verenigde Staten, Canada, West-Europa en Australië
- de deelnemende artsen varieerden van studie tot studie: sommigen stonden in de praktijk, anderen waren assistent in opleiding of student geneeskunde
- studies die uitsluitend betrekking hadden op verpleegkundigen, maatschappelijk werkers of patiënten werden uitgesloten, tenzij er ook artsen deelnamen waarvan de attitudes afzonderlijk geanalyseerd werden
- in totaal werden 66 732 artsen geïncludeerd.

#### Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten: redenen voor de terughoudendheid van artsen om in te grijpen bij middelenafhankelijkheid
  - de gegevensverzameling werd gestructureerd met behulp van het Theoretical Domains Framework (TDF), een theoretisch model dat helpt om gedragsbeïnvloedende factoren te identificeren en de barrières voor gedragsverandering te beoordelen; dit kader ondersteunt de ontwikkeling van interventies op dit niveau (8); op basis van het TDF ontwierp het team een model voor gegevensextractie met 10 categorieën van redenen voor terughoudendheid (zie tabel)

| Tabel. 10 categorieën van redenen voor terughoudendheid |                                     |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Kennis                                               | 6. Sociale invloeden                |
| 2. Institutionele omgeving                              | 7. Emoties                          |
| 3. Vaardigheden                                         | 8. Arts-patiëntrelatie              |
| 4. Cognitieve belasting                                 | 9. Positieve bekrachtiging          |
| 5. Verwachtingen van voordelen                          | 10. Professionele identiteit en rol |

- er werden **bivariate analyses** en **kruistabellen** uitgevoerd om associaties te achterhalen tussen redenen voor terughoudendheid, specialismen, interventies, middelen, jaren en frequente combinaties van redenen
- om de redenen voor terughoudendheid door de jaren heen te onderzoeken voerde men regressieanalyses uit
- secundaire uitkomstmaten:
  - een beperkte verkennende analyse van factoren die interventies voor middelenafhankelijkheid vergemakkelijken werd uitgevoerd met behulp van thematische analyse, omdat heel wat geïncludeerde studies dit onderwerp behandelden.

## Resultaten

- primaire uitkomstmaten:
  - kruistabellen toonden geen statistisch significante associaties tussen de onderzochte variabelen
  - de meeste studies rapporteerden slechts enkele van de volgende categorieën van redenen:
    - institutionele omgeving: 173/213 studies (81,2%); voornamelijk: gebrek aan opgeleid personeel, beperkte ondersteuning vanwege het management, beperkingen in regelgeving en terugbetaling (bijvoorbeeld het uitsluiten van een patiënt met middelenafhankelijkheid uit geestelijke gezondheidszorgprogramma's omdat hij of zij niet binnen het zorgkader paste), kosten voor de patiënt, beperkte middelen
    - gebrek aan vaardigheden: 170/220 studies (77,3%); voornamelijk: problemen met het uitvoeren van effectieve interventies gericht op gedragsverandering, vooral bij de behandeling van andere afhankelijkheidsproblematieken dan alcohol en tabak, onvoldoende supervisie van ervaren professionals, tekort aan praktische vaardigheden en kennis (bijvoorbeeld toediening van naloxon)
    - cognitieve belasting: 136/185 studies (73,5%); voornamelijk: tijdsgebrek, andere aandoeningen die voorrang krijgen, interventies die als te tijdrovend of complex ervaren worden
    - gebrek aan kennis: 173/242 studies (71,5%); de meest gemelde factoren waren: gebrek aan kennis, vooral op het gebied van behandeling en de middelen zelf, gebrek aan EBP-kennis op somatisch niveau, strategieën voor risicobeperking en voor screening op risicogedrag
    - sociale invloeden: 121/184 studies (65,8%); het betreft hier voornamelijk de mate van aanvaarding en ondersteuning van de interventie door de gemeenschap of het brede publiek, inclusief de bereidheid om hiervoor de nodige middelen te investeren of te mobiliseren
- secundaire uitkomstmaten:
  - facilitatoren: in 110 studies werd minstens één factor geïdentificeerd die de betrokkenheid van artsen bij de aanpak van stoornissen door middelengebruik bevordert; een thematische analyse van de facilitatoren onderstreept het belang van gerichte opleiding, met name op het gebied van farmacologie, naast intrapersoonlijke factoren (zoals motivatie en persoonlijke kenmerken van de arts), interpersoonlijke factoren (relatie met de patiënt, kenmerken van de patiënt), structurele ondersteuning (protocollen, middelen, samenwerking, enzovoort) en hervormingen die de toegang tot zorg in een veranderend landschap vergemakkelijken.

## Besluit van de auteurs

Artsen zijn terughoudend om in te grijpen bij afhankelijkheidsproblematiek, voornamelijk door een gebrek aan institutionele ondersteuning, kennis, vaardigheden, alsook door cognitieve belasting. Onderwijs en training, beleidsontwikkeling en implementatie van gerichte programma's kunnen deze barrières wegnemen en het gebruik van evidence-based practice (EBP) in de behandeling van stoornissen door middelengebruik bevorderen. Toekomstig onderzoek naar de gerapporteerde redenen voor deze terughoudendheid kan aan kwaliteit winnen door een theoretisch kader te gebruiken, best practices bij het ontwerpen en rapporteren van bevragingen na te leven, en gevalideerde meetinstrumenten te ontwikkelen.

## Financiering van de studie

Dit onderzoek werd gefinancierd door het National Institute on Drug Abuse; twee auteurs worden ondersteund door het Intramural Research Program van het National Institute on Drug Abuse en de National Institutes of Health.

### **Belangenconflicten van auteurs**

Eén auteur verklaart aandelen te bezitten in General Electric, 3M en Pfizer Inc.; andere auteurs geven aan subsidies te hebben ontvangen van en/of contracten te hebben gesloten buiten het ingediende werk om, onder meer van de PhRMA Foundation, Yale University, University of Arizona, de National Council of Mental Wellbeing, het Department of Behavioral Sciences van de University of Kentucky en JBS International, Inc.; ten slotte meldt één auteur als consultant te hebben opgetreden en ondersteuning te hebben ontvangen voor deelname aan conferenties en bijeenkomsten.

## **Bespreking**

### **Beoordeling van de methodologie**

Deze systematische review is gerapporteerd volgens de PRISMA-richtlijnen. De methode voor het selecteren van artikels is correct beschreven en er zijn verschillende databanken geraadpleegd. De inclusie- en exclusiecriteria worden goed gerapporteerd. Er waren 12 onderzoekers betrokken bij de selectie van studies op basis van titel of abstract. Vervolgens werd een team van 6 personen samengesteld, bestaande uit 3 duo's van 2 onafhankelijke beoordelaars, wat zowel voordelen als beperkingen kan hebben. Bij onenigheid kwam een derde onderzoeker tussenbeide. Het studieprotocol werd geregistreerd in PROSPERO. In de supplementen is een overzicht beschikbaar, maar een lijst van geëxcludeerde studies ontbreekt, wat de transparantie en de reproduceerbaarheid beperkt. De risico's van bias werden niet systematisch beoordeeld, omdat er volgens de auteurs te weinig RCT's en experimentele studies waren. Dit is echter een aanzienlijke methodologische tekortkoming. De primaire uitkomstmaten zijn duidelijk omschreven en het gebruik van het theoretische kader TDF bood een relevante conceptuele basis voor de analyse. De secundaire uitkomstmaten daarentegen waren minder expliciet beschreven. In sommige geïnccludeerde studies ontbraken mogelijk gegevens (bijvoorbeeld het niet gebruiken van een theoretisch kader, het niet meenemen van de meningen van de doelgroep bij het ontwerp van de bevragingen, het vooraf testen van de vragenlijsten). Deze elementen beperken de interne validiteit. De onderzoekers kwamen wel tot een akkoord over de meest gepaste manier om de beschikbare gegevens te verwerken. De methoden voor het samenvoegen van de gegevens in de thematische analyse zijn gebaseerd op theoretische kaders en de statistische methoden zijn goed gedocumenteerd.

De systematische review is gebaseerd op een groot aantal gegevens (283 studies en in totaal 66 732 artsen). Dat biedt een globaal en relatief representatief overzicht van de bestaande literatuur over de terughoudendheid van artsen om in te grijpen bij de behandeling van stoornissen door middelengebruik. De heterogeniteit van de geïnccludeerde studies op het vlak van methodologie, onderzochte populaties en contextuele factoren heeft mogelijk invloed gehad op de consistentie en vergelijkbaarheid van de resultaten. Deze variabiliteit vormt een belemmering voor het opstellen van een robuuste geaggregeerde schatting van het effect van interventies en ondermijnt de vergelijkbaarheid van de resultaten. Het verhoogt bovendien de subjectiviteit van de gegevensinterpretatie en maakt deze afhankelijk van het oordeel van de auteurs. Het ontbreken van sensitiviteits- of subgroepanalyses beperkt het inzicht in de onderliggende bronnen van heterogeniteit en de generaliseerbaarheid van de resultaten. De auteurs konden geen meta-analyses uitvoeren, maar gebruikten gepaste statistische tools. Statistische significantie werd gedefinieerd als een tweezijdige p-waarde kleiner dan 0,05, zonder duidelijke correctie voor meervoudige vergelijkingen, wat het risico van fout-positieven vergroot. Hoewel de thematische analyse op rigoureuze wijze werd uitgevoerd, laten de gebruikte beschrijvende benaderingen niet toe om de resultaten te wegen op basis van het aantal of de kwaliteit van de geïnccludeerde studies. Dit beperkt de robuustheid van de conclusies en kan leiden tot interpretatiebias. Er wordt bovendien geen melding gemaakt van pogingen om publicatiebias te detecteren. Ook de diversiteit en het gebrek aan uniformiteit in het gebruik van theoretische kaders en terminologie bemoeilijken de standaardisatie van categorieën. Aangezien er geen gevalideerd instrument bestaat om de redenen voor terughoudendheid van artsen op een uniforme manier te meten, is de kwaliteit van de gegevens sterk afhankelijk van de niet-gestandaardiseerde instrumenten die in de oorspronkelijke studies zijn gebruikt. Dit verhoogt het

risico van methodologische bias voor de resultaten. Tot slot waren de meeste gegevens gebaseerd op zelfrapportages van artsen, waardoor de analyse vatbaar is voor sociale wenselijkheidsbias en recall bias.

### **Beoordeling van de resultaten**

Deze systematische review bestudeerde de redenen voor de terughoudendheid van artsen om in te grijpen bij middelenafhankelijkheid en identificeerde als meest voorkomende redenen een gebrek aan institutionele ondersteuning, onvoldoende kennis en vaardigheden en een te grote cognitieve belasting. De meningen van meer dan 66 000 artsen werden geanalyseerd. Hoewel niet werd nagegaan of een arts deelnam aan meer dan één bevraging, blijft de omvang van de steekproef indrukwekkend. De meeste studies vonden echter plaats in de Verenigde Staten, wat de generaliseerbaarheid van de resultaten kan beperken. Een van de sterke punten van deze review is de identificatie en nauwkeurige categorisering van de factoren die bijdragen aan de terughoudendheid van artsen, waaronder institutionele en cognitieve factoren en factoren gekoppeld aan vaardigheden of kennis. Deze operationele classificatie verbetert het begrip van de bestaande barrières en vergemakkelijkt de toepassing ervan in de klinische praktijk en het volksgezondheidsbeleid. Hoewel er gegevens over faciliterende factoren zijn verzameld, was het niet de oorspronkelijke bedoeling van het onderzoek om zich primair te richten op de identificatie van deze elementen. Hun verkenning was eerder secundair en niet systematisch, wat de reikwijdte van de conclusies op dit vlak beperkt. Er is bovendien geen analyse beschikbaar van de verschillen tussen zorgverleners die vertrouwd zijn met dit soort interventies en zij die dat niet zijn. Niettegenstaande het artikel het belang van onderwijs en training benadrukt als middel om barrières weg te nemen, worden noch de aanbevolen onderwijsvormen, noch de procedures voor institutionele erkenning nader gespecificeerd. Een andere beperking is het ontbreken van een verwijzing naar een interdisciplinaire aanpak, terwijl de aanpak van middelenafhankelijkheid doorgaans coördinatie vereist tussen medische en psychosociale professionals (9). Deze aspecten verdienen aandacht in toekomstige studies, in het bijzonder met het oog op het afstemmen van opleidingssystemen op de praktische barrières die klinici ervaren en op de realiteit van het werkveld. Vanuit volksgezondheidsperspectief is het belangrijk om te weten of de inspanningen gericht moeten zijn op het opleiden van gespecialiseerde teams in specifieke regio's dan wel op het voorzien van opleiding voor alle artsen. De resultaten zijn uitsluitend van toepassing op artsen en kunnen niet worden geëxtrapoleerd naar andere zorgprofessionals betrokken bij de behandeling van stoornissen door middelengebruik. Evoluties binnen het therapeutische landschap gedurende de onderzochte periode, met name de opkomst van nieuwe medicatie en formuleringen, evenals verschuivingen in de politieke context, bemoeilijken vergelijkingen in de tijd. Daarnaast heeft de regelgeving rond psychoactieve stoffen ingrijpende veranderingen ondergaan, wat geleid heeft tot wijzigingen in het beschikbare aanbod, gebruikswijzen en het wettelijk kader waarin klinici opereren.

### **Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?**

In 2014 onderzocht het KCE de toegankelijkheid van de zorg voor personen met problematisch alcoholgebruik. Het rapport bracht reeds institutionele, professionele en maatschappelijke barrières aan het licht, die op meer gestructureerde en onderbouwde wijze zijn bevestigd in de systematische review van Campopiano van Klimo et al. Het KCE stelde vast dat in België ongeveer 10% van de volwassen bevolking problematisch alcoholgebruik vertoont, terwijl slechts één op de twaalf personen professionele hulp zoekt, en dat pas na een gemiddeld interval van 18 jaar. Deze vaststelling is grotendeels toe te schrijven aan twee onderliggende fenomenen: de maatschappelijke normalisering van alcoholgebruik en de stigmatisering van stoornissen door middelengebruik. Zorgverleners, vooral huisartsen, lijken beperkt betrokken en voelen zich vaak machteloos of ontmoedigd tegenover dit probleem, ondanks hun strategische positie bij het vroegtijdig herkennen en ondersteunen van patiënten. De American Society of Addiction Medicine (ASAM) biedt verschillende richtlijnen aan klinici, patiënten en hun familie over stoornissen door middelengebruik, die elk een specifieke stof of stofcategorie belichten, zoals alcohol, opioïden, stimulantia, enzovoort (10). Ook het European Union Drugs Agency (EUDA) verstrekt aanbevelingen aan zorgverleners en beleidsmakers over de aanpak van stoornissen door middelengebruik (11). Voor België bestaat er

een document dat de algemene interfederale strategie uiteenzet (12). Toch zijn meer recente studies nodig, met name over het gebruik van illegale middelen, specifiek binnen de Belgische context. Dergelijk onderzoek is essentieel om de obstakels voor interventie te onderzoeken en om hefboomen te identificeren die aangepast zijn aan onze lokale realiteit.

## Besluit van Minerva

Deze systematische review bevestigt dat er aanzienlijke barrières bestaan voor artsen om interventies toe te passen bij de behandeling van afhankelijkheidsproblematiek. Artsen haalden de institutionele omgeving het vaakst aan als reden om niet in te grijpen bij patiënten met een afhankelijkheidsprobleem, gevolgd door een gebrek aan vaardigheden en kennis, en een te grote cognitieve belasting. Hoewel de review waardevol is door mogelijke oplossingen aan te reiken, kampt ze met methodologische beperkingen. Ze is bovendien gebaseerd op originele studies die zelf ook diverse tekortkomingen vertonen. De bespreking van de resultaten blijft eerder oppervlakkig.

### Referenties

1. Gisle L, Maertens A . Gezondheidsenquête-2023-2024: druggebruik. Sciensano. Rapportnummer: D/2025.14.440/65. Beschikbaar op: [www.gezondheidsenquête.be](http://www.gezondheidsenquête.be)
2. Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2025. Disponible sur: [//www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025.html](http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025.html) (geconsulteerd : 26/08/2025).
3. Mistiaen P, Kohn L, Mambourg F, et al. Hoe de drempel naar hulp bij problematisch alcoholgebruik verlagen? Health Services Research. Brussels. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. 2016. KCE Reports 258A. DOI: 10.57598/R258AS.
4. van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, Garretsen HF. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. Drug Alcohol Depend 2013;131:23-35. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018
5. Fraeyman J, Symons L, Van Royen P, et al. How to overcome hurdles in opiate substitution treatment? A qualitative study with general practitioners in Belgium. Eur J Gen Pract 2016;22:134-40. DOI: 10.3109/13814788.2015.1120286
6. Ketterer F, Symons L, Lambrechts MC, et al. What factors determine Belgian general practitioners' approaches to detecting and managing substance abuse? A qualitative study based on the I-Change Model. BMC Fam Pract 2014;15:119. DOI: 10.1186/1471-2296-15-119
7. Campopiano von Klimo M, Nolan L, Corbin M, et al. Physician reluctance to intervene in addiction: a systematic review. JAMA Netw Open 2024;7:e2420837. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.20837
8. Atkins L, Francis J, Islam R, et al. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. Implement Sci 2017;12:77. DOI: 10.1186/s13012-017-0605-9
9. Lagisetty P, Klasa K, Bush C, et al. Primary care models for treating opioid use disorders: What actually works? A systematic review. PLoS One 2017;12:e0186315. DOI: 10.1371/journal.pone.0186315
10. American Society of Addiction Medicine. Beschikbaar op: <https://www.asam.org/quality-care/clinical-guidelines/methodology>
11. European Union Drugs Agency. Beschikbaar op: [https://www.euda.europa.eu/index\\_en](https://www.euda.europa.eu/index_en)
12. Algemene cel drugsbeleid. Interfederale strategie voor een globaal en geïntegreerd drugsbeleid 2024-2025. FOD Volksgezondheid. Url: [https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/interfederale\\_strategie\\_nl.pdf](https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/interfederale_strategie_nl.pdf)