



Netwerk Infectieziekten
& Harm Reduction

Het Somatisch Onderzoek bij Opiaatverslaving (SOO)

Een praktische handreiking voor artsen, verpleegkundig specialisten en
physician assistants



Het Somatisch Onderzoek bij Opiaatverslaving (SOO)

**Een praktische handreiking voor artsen, verpleegkundig
specialisten en physician assistants**

Colofon

Redactie

Anouk de Gee
Farand Laghaei
Agnes van der Poel

Begeleidingscommissie

Elske Wits, auteur RIOB, IVO
Gera Heling, verslavingsarts, Victas
Hein Sigling, eerste geneeskundige, Brijder
Marloe Willemsen, verpleegkundig specialist i.o. en aandachtsfunctionaris RIOB, IrisZorg
Martijn van Ouwerkerk, verpleegkundig specialist, Arkin
Michel Westra, medisch adviseur, DJI Gezondheidszorg
Nelly van der Gaarden, kaderhuisarts GGZ, Antes
Ronald Touw, verpleegkundig specialist GGZ, Brijder
Silvia Nijenhuis, senior beleidsmedewerker, IrisZorg
Wim van den Brink, auteur MDR Opiaatverslaving en HAT-richtlijn, AIAR/AMC

Met dank aan

Vertegenwoordigers Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction
Vereniging Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGn)
Platform Verpleegkundig Specialisten Verslavingszorg (Platform VSV)

Productie

Canon B.V.



Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel (artikelnummer AF1492) en via www.netwerkihr.nl/publicaties.

© 2016, Trimbos-instituut, Utrecht. Alle rechten voorbehouden. Het overnemen van teksten is toegestaan, mits met juiste bronvermelding.

Inhoud

Inleiding	5
Doel en frequentie van het somatisch onderzoek	6
Uitgangspunten bij gebruik van het SOO	7
Format voor het somatisch onderzoek bij opiaatverslaving (SOO)	9
BIJLAGE Documentanalyse	11
1. Inleiding	13
2. Methode	15
2.1 Brondocumenten	15
2.2 Werkwijze	15
2.3 Begeleidingscommissie	15
3. Bevindingen	17
3.1 Hoe verhouden de richtlijnen zich tot elkaar?	17
3.2 Wat staat er in de richtlijnen beschreven over het somatisch onderzoek?	18
3.3 STAP a) Wat staat er in de richtlijnen beschreven over de inhoud van het somatisch onderzoek	19
3.4 STAP b) De matrix	20
3.5 STAP c) Instellingsformats voor het somatisch onderzoek	24
3.6 STAP d) Bespreking in de begeleidingscommissie	24
3.7 STAP e) Een praktische handreiking	26
3.8 Somatisch onderzoek in detentie	27
4. Slotwoord	29
Referenties	30

Inleiding

Voor u ligt een format dat door artsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants¹ gebruikt kan worden als basis voor het somatisch onderzoek bij patiënten met een opiaatverslaving. In de bijlage is een verslag toegevoegd van de documentanalyse die ten grondslag ligt aan dit Somatisch Onderzoek voor Opiaatverslaving (SOO). Een begeleidingscommissie, bestaande uit praktijk- en richtlijn-experts (zie colofon), speelde een belangrijke rol bij de totstandkoming hiervan.

Aanleiding voor de ontwikkeling van dit SOO was de constatering dat informatie over het somatisch onderzoek in de verschillende richtlijnen voor de behandeling van opiaatverslaving te weinig eenduidig, onoverzichtelijk en in voorkomende gevallen tegenstrijdig is. Het gaat dan primair om wat er in de Richtlijn Opiatonderhoudsbehandeling (RIOB) en de Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (MDR) beschreven staat. Gevolg hiervan is dat binnen de Nederlandse verslavingszorg variatie is ontstaan in de inhoud en uitvoering van het somatisch onderzoek.

Doel van deze handreiking is te voorzien in eenduidige aanbevelingen voor het somatisch onderzoek dat door een (verslavings)arts, verpleegkundig specialist of physician assistant wordt uitgevoerd in het kader van een opiaatbehandeling. Volgens de RIOB beslaat het geneeskundig onderzoek drie terreinen: Somatiek, Medicatie en de doseringen, en Psychiatrische diagnostiek. Dit SOO betreft het Somatische terrein.

Een aantal acties is of zal worden ingezet om dit SOO in de werkwijze van artsen in de verslavingszorg te borgen:

- Een verwijzing naar deze handreiking wordt opgenomen in de Zorgstandaard Opiaatverslaving. Deze zorgstandaard wordt in 2015-2016 ontwikkeld, onder leiding van een projectgroep van Resultaten Scoren, het IVO en het Zwarte Gat, en zal te downloaden zijn via www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl.
- Het SOO, met bijbehorende doelen en uitgangspunten, wordt opgenomen in het nieuwe Uitvoeringsprotocol voor de zorg aan patiënten met opioïde afhankelijkheid. Dit protocol wordt ontwikkeld door het IVO en NISPA ter vervanging en integratie van de RIOB en het Handboek Behandeling met Heroïne op Medisch Voorschrift en zal medio 2017 gereed zijn.
- Het SOO wordt aangeboden aan de Vereniging van Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGN) en het Platform Verpleegkundig Specialist Verslavingszorg (Platform VSV). Beide zijn betrokken geweest bij de totstandkoming van het SOO.
- Ook wordt het SOO aangeboden aan het Platform Strategisch Inhoudelijk Deskundigen (Platform SID; voorheen het Platform Eerste Geneeskundigen) van de verslavingszorg.

¹ De NP-er (nurse practitioner/verpleegkundig specialist)/PA (physician assistant) vervangt de verslavingsarts in het doen van somatisch/psychiatrisch onderzoek en het uitvoeren van de geneeskundige diagnostiek. [...] De NP-er/PA-er staat tussen de verpleegkundige en de verslavingsarts in, en heeft op het terrein van de geneeskundige diagnostiek verantwoording af te leggen aan de verslavingsarts en psychiater. Hierbij blijft de verslavingsarts en/of psychiater medisch eindverantwoordelijk in de behandeling van iedere patiënt (RIOB, p.59).

De adoptie van deze handreiking voor het Somatisch Onderzoek bij Opiaatverslaving in de praktijk zal door de coördinatoren van het Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction binnen de reguliere activiteiten van dit netwerk worden gestimuleerd en geëvalueerd. Deze volledige uitgave van het SOO, inclusief de documentanalyse in bijlage, is te downloaden van www.netwerkihr.nl/publicaties.

Doel en frequentie van het somatisch onderzoek

Zowel de MDR Opiaatverslaving als de RIOB benadrukken dat opiaatverslaafde patiënten een verhoogd risico hebben op een scala aan somatische stoornissen. En dat aandacht hiervoor, in de vorm van gedegen medisch onderzoek, noodzakelijk is: *“Zowel de fysiologische effecten van opiaten als de met deze verslaving samenhangende levensstijl leiden vaak tot ernstige en diverse somatische consequenties. Zorgvuldige gezondheidszorg voor patiënten met een opiaatverslaving vraagt om diagnostiek, behandeling en monitoring van deze somatische consequenties.”* (MDR, p. 85).

Samen met de begeleidingscommissie zijn, op basis van de richtlijnen en praktijkkennis, de volgende doelen van het somatische onderzoek vastgesteld:

- Verkrijgen van een globaal beeld van de lichamelijke gezondheid van de patiënt, met specifieke aandacht voor aandoeningen die bij deze doelgroep relatief vaak voorkomen.
- Identificeren / opsporen van somatische problemen of aandoeningen die mede van belang kunnen zijn bij de behandeling van de opiaatverslaving, of die van invloed zijn op de kwaliteit van leven van de patiënt.
- Indien nodig, inzetten van passende interventies of doorverwijzingen naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek.
- Monitoren van de lichamelijke gezondheid van de patiënt tijdens de behandeling door middel van periodieke afname van het somatisch onderzoek.

In de richtlijnen wordt aangegeven dat bij elke nieuwe patiënt een somatisch onderzoek dient plaats te vinden. Ook wordt aanbevolen om planmatig alle patiënten in langdurige of chronische zorg een hernieuwde evaluatie te laten doorlopen. Voor het periodiek herhalen van het somatisch onderzoek geeft de RIOB de adviesnorm van minimaal twee keer per jaar.

Uitgangspunten Bij gebruik van het Somatisch Onderzoek bij Opiaatverslaving (SOO)

- A. *Voor gebruik door artsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants.*
Het somatisch onderzoek bij opiaatverslaving (SOO) is primair bedoeld voor gebruik door artsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants. Zij stemmen onderling af welk deel van het onderzoek door wie wordt afgenomen. In dit document noemen we verder alleen de arts, waar ook verpleegkundig specialist of physician assistant gelezen kan worden. Het SOO is niet bedoeld voor gebruik door medewerkers zonder medische achtergrond. Verpleegkundigen kunnen, onder verantwoordelijkheid van de arts, eventueel een uitvoerende rol hebben bij (delen van) het somatisch onderzoek in het kader van monitoring en evaluatie.
- B. *Structuur van het SOO.*
De basis van het somatisch onderzoek bestaat uit een lijst (aan de linkerkant) met zaken die binnen een screening in ieder geval aan bod moeten komen, onderverdeeld in 4 onderdelen: observatie, anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullende diagnostiek. Uit alle zaken waar mogelijk naar gevraagd of gekeken kan worden, is er per onderdeel een minimum aan punten opgenomen (aan de rechterkant) welke in het somatisch onderzoek in ieder geval uitgevraagd of bekeken dienen te worden. Hierbij is rekening gehouden met zowel algemeen somatische zaken als zaken die specifiek bij deze doelgroep van belang zijn. Op indicatie kan de arts hier zelf zaken aan toevoegen (zie ook uitgangspunt D).
- C. *Registratie*
Uitgangspunt voor een adequate zorgverlening, ook op het gebied van de somatiek, is een volledige en eenduidige dossiervoering. Artsen en verpleegkundigen zijn samen verantwoordelijk voor het maken van afspraken over hoe de somatische gegevens op een eenduidige manier vastgelegd worden in het EPD². Bij voorkeur worden daarbij geen default waarden gebruikt, omdat dan niet duidelijk is of het die waarde betreft of dat het is overgeslagen of niet uitgevraagd.
- D. *Vervolgacties of -vragen zijn niet in het SOO opgenomen.*
We gaan uit van de deskundigheid van de arts. Dat betekent dat we in het format geen vervolgacties of vervolgvragen hebben opgenomen. Opgenomen is waar in ieder geval naar gevraagd of op gelet dient te worden. De arts wordt geacht zelf in staat te zijn om op basis van de antwoorden en bevindingen de nodige en gewenste vervolgacties te bepalen en uit te voeren (doorvragen, extra acties bij lichamelijk onderzoek, lab bepalingen, doorverwijzing, etc.). Uitgangspunt is, dat wat door de huisarts gedaan kan worden, door de huisarts wordt gedaan. Tenzij de zorg vanuit het oogpunt van continuïteit en veiligheid beter door de verslavingsarts geleverd kan worden (zie ook paragraaf 3.6 in de bijlage).

² De Gee, A. (2015). Registratie van de infectieziektestatus van harddruggebruikers in de verslavingszorg. Onderzoek en verbeterpunten. Utrecht: Trimbos-instituut.

- E. *Geschikt voor zowel de intake als de (periodieke) evaluatiemomenten.*
Het SOO kan voor zowel de intake als de (periodieke) evaluatiemomenten worden gebruikt. Bij de evaluatie kunnen bepaalde onderdelen (bv. voorgeschiedenis) worden overgeslagen. We gaan ook hier uit van de deskundigheid van de arts om te bepalen welke onderdelen wel en welke niet behandeld hoeven te worden bij evaluatiemomenten.

De inhoud van het SOO is gebaseerd op de volgende richtlijnen

- *Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving.*
W. van den Brink, G. van de Glind, & G. Schippers (2013). Utrecht: De Tijdstroom.
- *Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB). Herziene versie.*
C. Loth, E. Wits, C. de Jong, & D. van de Mheen (2012). Amersfoort: Resultaten Scoren.
- *Handboek Behandeling met Heroïne op Medisch Voorschrift. Versie 1.0 (2011).*
Bij de documentanalyse bleek dit handboek geen inhoudelijke informatie over het somatisch onderzoek te bevatten. Het handboek geeft aan dat de MDR Opiaatverslaving leidend is.

FORMAT VOOR HET SOMATISCH ONDERZOEK BIJ OPIAATVERSLAVING (SOO)

Observatie	
Algemene indruk	bewustzijn, onthoudingsverschijnselen*, zieke indruk, leeftijd (conform), voedings-toestand, zelfzorg, onder invloed zijn * Trillen, coördinatiestoornissen, lallende spraak, onzekere gang, psychomotore vertraging of agitatie, insulten, ernstig zweten, braken, pupilafwijkingen (bron: MATE)
Anamnese	
Algemeen	conditie, middelengebruik, huisarts, tandarts, allergie, huidige klachten, actueel me-dicatie overzicht (incl. zelfzorgmiddelen), huidig contact specialisten, toe- of afname gewicht, eigen oordeel gezondheid, cognitie
Voorgeschiedenis	operaties, chronische ziekten, ziekenhuisopnames, specialist(en) bezoek (inclusief psychiatrie), infectieziekten/soa
Familieanamnese	hart- en vaatziekten, diabetes, reuma, oncologie, verslaving, psychiatrie, cognitie
Hoofd hals gebied	visus, gehoor, neusfunctie
Tractus circulatorius	pijn op de borst, kortademigheid, palpitaties, hypertensie, (bijna) flauwvallen
Tractus respiratorius	hoesten, pijn bij inademen
Tractus digestivus	eetlust, ontlasting, buikpijn
Tractus urogenitalis	mictie, zwangerschap (nu/afgelopen 5 jaar), anticonceptie, menstruatie, kinderen, miskraam, abortus
Tractus locomotoris	gewrichtsklachten, coördinatie, bewegingsstoornissen
Centraal zenuwstelsel	duizeligheid, pijn, tintelingen, moeheid, insulten (onthouding), delier
Endocrien	zweten
Huid	uitslag, wonden, infecties
Infectieziekten	- risicogedrag (iv-gebruik, gebruiksattributen delen, wisselende contacten, onveilige seks) - soa, hiv, hepatitis B en C (laatste test, uitslag, hepatitis B vaccinatie) - TBC (laatste longfoto)
Lichamelijk onderzoek	
Algemeen	lengte, gewicht, BMI, buikomvang, icterus
Hoofd hals gebied	gebit, inspectie mondholte, palpatie lymfklieren
Tractus circulatorius	bloeddruk, pols, auscultatie hart, oedeem
Tractus respiratorius	auscultatie en percussie longen, neusseptum, longgrenzen, ademhaling (frequentie, hulp spieren)
Tractus digestivus	auscultatie en palpatie buik, levergrootte, milt, icterische sclerae
Tractus urogenitalis	slagpijn nierloges, verder op indicatie
Tractus locomotoris	voeten, bewegingsstoornissen, krachtsverlies
Centraal zenuwstelsel	sensibiliteit (warm, koud, tastzin), motoriek en coördinatie, tremoren, pupillen, agita-tie, vibratie zin (128 hz)
Endocrien	schildklier, verder op indicatie
Huid	kleur, conditie (bv. littekens, spuitplekken, abscessen, krabeffecten, spider naevi), ontstekingen, lymfomen
Aanvullende diagnostiek	
Laboratorium en ECG	op indicatie (zie algoritme hieronder)
X-Thorax	op indicatie

Algoritme voor laboratoriumonderzoek en ECG (RIOB, p.63; MDR, p.88)

Bij start behandeling, algemene gezondheidsklachten en/of overmatig alcoholgebruik	<ul style="list-style-type: none"> • BSE of CRP, Hb, MCV, TSH, glucose (nn) • AF, ALAT, ASAT, bilirubine, γ-GT • bij verdenking op nierlijden: kreatinine
Bij intraveneus gebruik (actueel of vroeger ³), plaatsing van een illegale/onveilige tatoeage, toediening van bloedproducten voor 1992 in het buitenland, en geopereerd zijn in het buitenland	<ul style="list-style-type: none"> • BSE of CRP, Hb, MCV, TSH, glucose (nn) • AF, ALAT, ASAT, bilirubine, γ-GT • hep B (HBsAg, IgM-anti-HBc), hep C (anti-HCV, HCV-RNA), HIV 1 en 2 (toestemming vragen) (ELISA)
Bij onveilig seksueel gedrag NB: <i>doorvragen naar anale en/of orale seks.</i>	Op grond van anamnese: <ul style="list-style-type: none"> • gonorrhoe (PCR-urine (m) of vaginale swab (v)), indien van toepassing ook locaties anale/orale seks • chlamydia (PCR-urine (m)) of vaginale swab (v)), indien van toepassing ook locaties anale/orale seks • lues (serologie: TPHA/TPPA, VDRL, FTA-ABS) • hepatitis B (serologie: antiHbc) • HIV 1 en 2 (serologie: antistoffen en antigeen, evt. kan volstaan worden met een hiv sneltest)
Bij onveilig seksueel gedrag + klachten	<ul style="list-style-type: none"> • trichomoniasis (kweek), herpes 1 en 2 (kweek, of PCR), afhankelijk van klachtenpatroon
Bij overmatig nicotine- en/of cocaïnegebruik <i>Risico hart- en vaatziekten (HVZ) in kaart brengen.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • lengte en gewicht (bereken BMI) • bloeddruk: tweemaal binnen één consult meten⁴ • totaal cholesterol, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol, TC/HDL-ratio, triglyceriden, glucose (nuchter) • ECG
Leeftijd hoger dan 30 jaar ⁵	<ul style="list-style-type: none"> • K, Mg
Bijna alle gevallen <i>Misbruik van alcohol, nicotine en/of cocaïne, gebruik van methadon, antidepressiva en antipsychotica.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ECG
Bij gebruik van psychofarmaca w.o. antipsychotica	<ul style="list-style-type: none"> • Nader bloed- en lichamelijk onderzoek op indicatie volgens bestaande protocollen

³ Let op dat 'vroeger gebruik' moeilijk te definiëren is: mensen die voor 1980 intraveneus drugs hebben gebruikt hebben geen kans hierdoor HIV te hebben opgelopen, maar wel door andere activiteiten (onveilige seks). Ook kan men in die tijd wel hepatitis B/C opgelopen hebben. Vooral hepatitis C kan zeer lang aanwezig zijn zonder klachten te geven.

⁴ Bij een systolische bloeddruk van ≥ 140 mmHg: herhaal na minstens 24 uur, neem het gemiddelde van de laatste twee metingen, meet tijdens eerste consult aan beide armen, en verder aan de arm met de hoogste waarden.

⁵ De leeftijdsgrens van 30 jaar heeft te maken met de met de leeftijd stijgende kans op verlenging van het QT-interval.

BIJLAGE

Documentanalyse

1. Inleiding

Voor de zorg aan mensen met een opiaatverslaving zijn verschillende richtlijnen en handboeken beschikbaar:

- Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB; 2012)
- Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (MDR; 2013)
- Handboek Behandeling met Heroïne op Medisch Voorschrift (2011)

Een 'richtlijn' is een document dat aanbevelingen, adviezen en instructies geeft als ondersteuning van besluitvorming in de zorg (door professionals en cliënten) (Resultaten Scoren, 2014). Waar het gaat om de somatische zorg voor mensen met een opiaatverslaving, zien we dat de vertaalslag van de richtlijnen naar de dagelijkse praktijk op verschillende plekken op een andere manier gebeurt. Het somatisch onderzoek wordt daardoor niet uniform en met wisselende inhoud uitgevoerd. Er bestaan verschillende opvattingen over wat er wel en niet in het somatisch onderzoek aandacht behoort en in welke mate. De oorzaak hiervan ligt voor een belangrijk deel in het feit dat de informatie die in de richtlijnen is opgenomen over het somatische onderzoek te weinig eenduidig, onoverzichtelijk en in voorkomende gevallen tegenstrijdig beschreven is. Daarmee ontstaat ruimte voor instellingen en zorgverleners om verschillende interpretaties te geven aan de uitwerking van de richtlijnen in protocollen en werkwijzen. In het geval de informatie in de verschillende richtlijnen tegenstrijdig is, bestaat er bovendien onduidelijkheid over welke richtlijn gevolgd dient te worden en waar de inspectie op toetst bij controle.

In 2014 hebben er, op initiatief van de instellingen voor verslavingszorg zelf, inter-institutionele RIOB-audits plaatsgevonden ter toetsing van de behandeling van opiaatverslaving. In het instrument voor deze audits wordt over de inhoud van de somatische screening volstaan met "de instelling heeft vastgesteld beleid wat de somatische screening inhoudt". Daarmee is het probleem van variatie in de inhoud en uitwerking van het somatisch onderzoek nog niet opgelost. De behoefte aan meer duidelijkheid en landelijke overeenstemming over waar er in een somatische screening bij mensen met een opiaatverslaving (minimaal) aandacht voor zou moeten zijn bleef bestaan.

De doelstelling van deze exercitie was om een praktische handreiking te ontwikkelen voor het somatisch onderzoek dat in het kader van een opiaatbehandeling wordt uitgevoerd door een verslavingsarts, verpleegkundig specialist en/of physician assistant. In dit document noemen we verder alleen de arts, waar ook verpleegkundig specialist of physician assistant gelezen kan worden. In een documentanalyse zijn daartoe de verschillende richtlijnen bestudeerd. In deze analyse is gekeken naar de verschillen en overeenkomsten in de informatie over het somatisch onderzoek tussen de richtlijnen. Waar mogelijk zijn er verklaringen gezocht voor de gevonden verschillen, en uiteindelijk is op basis van deze analyse een eenduidige handreiking voor het somatisch onderzoek bij deze doelgroep opgesteld.

De volgende *vraagstellingen* waren hierbij leidend:

1. Hoe verhouden de richtlijnen zich tot elkaar? Is er een bepaalde hiërarchie aan te wijzen?
2. Wat staat er in richtlijnen, die betrekking hebben op de behandeling van mensen met een opiaatverslaving, beschreven over het somatisch onderzoek?
3. Wat zijn overeenkomsten en verschillen, en hoe kunnen die worden verklaard?
4. Welke aanbevelingen kunnen op basis van de gevonden resultaten worden gedaan?

2.1 Brondocumenten

De primaire bron voor de documentanalyse was een aantal bestaande richtlijnen die specifiek voor de behandeling van een opiaatverslaving zijn ontwikkeld, te weten:

- Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB)
- Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (MDR)
- Handboek Behandeling met Heroïne op Medisch Voorschrift

Als secundaire bron is van een aantal verslavingszorg instellingen het format opgevraagd dat in de praktijk gebruikt wordt voor het somatisch onderzoek. De inhoud hiervan is vergeleken met dat wat er in de bovengenoemde richtlijnen wordt voorgeschreven.

2.2 Werkwijze

De documentenanalyse, en de daarop volgende ontwikkeling van de handreiking voor het somatisch onderzoek bij een opiaatverslaving, zijn in de volgende elkaar opeenvolgende stappen uitgevoerd:

- a. In de primaire bronnen zijn de teksten met betrekking tot het somatisch onderzoek bestudeerd, inclusief de specifieke onderdelen die hierbinnen volgens de richtlijnen aandacht behoeven.
- b. Vervolgens is een matrix opgesteld waarin alle losse onderdelen van het somatisch onderzoek uit de richtlijnen, inclusief eventuele indicaties of toelichtingen, zijn opgenomen. Hiermee werden de overeenkomsten en verschillen tussen en binnen de richtlijnen inzichtelijk gemaakt.
- c. Aan de instellingen voor verslavingszorg is gevraagd het format op te sturen dat binnen de instelling gebruikt wordt voor het somatisch onderzoek. Deze vraag is uitgezet via de vertegenwoordigers binnen het Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction. De inhoud van de binnengekomen instellingsdocumenten is aan de matrix toegevoegd.
- d. De inhoud en opzet van het somatisch onderzoek bij opiaatverslaving is aan de hand van deze matrix op twee momenten besproken in de begeleidingscommissie.
- e. Op basis van de matrix is samen met de begeleidingscommissie een selectie gemaakt van de onderdelen die minimaal aan bod horen te komen in een somatisch onderzoek bij mensen met een opiaatverslaving. De selectie is bij elkaar gebracht in een handzame, compacte handreiking.

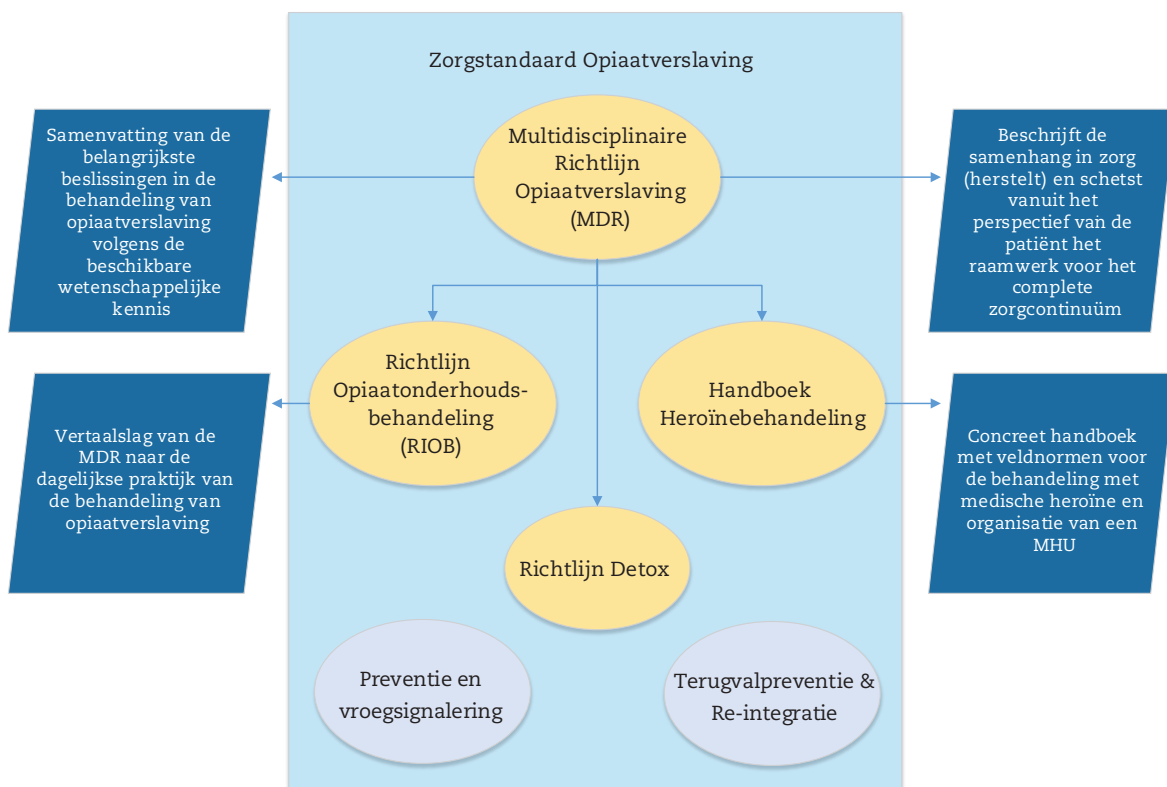
2.3 Begeleidingscommissie

Een aantal experts is gevraagd om middels deelname aan een begeleidingscommissie te adviseren en mee te denken bij de documentenanalyse en de totstandkoming van de handreiking. De samenstelling van de begeleidingscommissie is in het colofon vermeld. De commissie is twee keer bij elkaar gekomen: aan het eind van stap (b) en bij stap (d) in het hierboven beschreven proces. Daarnaast hebben individuele leden van de begeleidingscommissie op een aantal momenten in het proces per e-mail of telefonisch input en advies gegeven, op ons verzoek of op eigen initiatief.

3. Bevindingen

3.1 Hoe verhouden de richtlijnen zich tot elkaar?

Figuur 1 geeft schematisch weer hoe de verschillende richtlijnen voor de behandeling van mensen met een opiaatverslaving zich tot elkaar verhouden. Zowel de RIOB als het Handboek Heroïnebehandeling zijn ondergeschikt aan de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Opiaatverslaving. De MDR geeft wetenschappelijk gefundeerde en door de beroepsverenigingen geautoriseerde informatie rondom de belangrijkste besluitvorming binnen de behandeling van opiaatverslaving. Deze informatie is vrij beknopt en bestaat voornamelijk uit een samenvatting van de belangrijkste overwegingen en besluiten. De RIOB en het Handboek zijn meer gedetailleerd en geven concretere handvatten voor de uitvoering van de zorg. Het Handboek bestrijkt daarbij een kleiner en meer specialistisch gebied dan de RIOB, namelijk de behandeling met medische heroïne. In de MDR wordt, naast de RIOB en het Handboek, ook naar de Richtlijn Detox verwezen voor een uitgebreidere beschrijving van de manier waarop bepaalde interventies / behandelingen uitgevoerd dienen te worden.



Figuur 1. Schematische weergave van hoe de verschillende richtlijnen voor de behandeling en zorg voor mensen met een opiaatverslaving zich tot elkaar verhouden.

Momenteel is er een Zorgstandaard Opiaatverslaving in ontwikkeling (2015/2016). Het bieden van goede zorg voor mensen die verslaafd zijn aan opiaten houdt meer in dan alleen een effectieve behandeling, aangezien mensen die met verslaving kampen vaak ook problemen hebben of ontwikkelen op allerlei andere levensgebieden. De

zorgstandaard beoogt deze complexe, herstelgerichte zorg voor mensen met een opiaatverslaving en de samenhang daarbinnen vanuit het perspectief van degene die zorg vraagt te beschrijven. De zorgstandaard richt zich daarbij op het gehele zorgcontinuüm, waarbij het niet alleen gaat over screening, diagnostiek, behandeling en zorg (waar de bestaande richtlijnen met name op gericht zijn), maar ook over preventie, vroegsignalering, terugvalpreventie en re-integratie.

3.2 Wat staat er in de richtlijnen beschreven over het somatisch onderzoek?

Zowel de MDR Opiaatverslaving als de RIOB benadrukken dat opiaatverslaafde patiënten een verhoogd risico hebben op een scala aan somatische stoornissen en dat aandacht hiervoor, in de vorm van gedegen medisch onderzoek, noodzakelijk is: *“Zowel de fysiologische effecten van opiaten als de met deze verslaving samenhangende levensstijl leiden vaak tot ernstige en diverse somatische consequenties. Zorgvuldige gezondheidszorg voor patiënten met een opiaatverslaving vraagt om diagnostiek, behandeling en monitoring van deze somatische consequenties.”*(MDR, p. 85). Volgens de RIOB beslaat het geneeskundig onderzoek drie terreinen: Somatiek, Medicatie en de doseringen, en Psychiatrische diagnostiek. In deze document analyse hebben we ons op het onderdeel Somatiek gericht.

Het doel van het somatisch onderzoek wordt niet expliciet in deze richtlijnen (RIOB en MDR Opiaatverslaving) genoemd, anders dan dat het nodig is voor de juiste indicatiestelling, diagnostiek, zorgtoewijzing en behandelplan. In de MDR is de uitgangsvraag bij de paragraaf over het onderzoek somatische gezondheid: *“Welk onderzoek is van belang voor de somatische gezondheid van patiënten?”* (p.85). Samen met de begeleidingsgroep hebben we de doelen van het somatisch onderzoek, zoals die in het kader van de verslavingsbehandeling van de opiaatverslaafde patiënt wordt afgenomen, nader vastgesteld (zie kader). Ten eerste om hier de inhoudelijke informatie uit de richtlijnen aan te toetsen en bij tegenstrijdigheden de informatie aan de hand van deze doelen te kunnen wegen. En ten tweede om focus te kunnen aanbrengen in het opstellen van de praktische handreiking voor het somatisch onderzoek en wat daarin opgenomen dient te worden.

Doelen van het somatisch onderzoek

- Verkrijgen van een globaal beeld van de lichamelijke gezondheid van de patiënt, met specifieke aandacht voor aandoeningen die bij deze doelgroep relatief vaak voorkomen.
- Identificeren / opsporen van somatische problemen of aandoeningen die mede van belang kunnen zijn bij de behandeling van de opiaatverslaving, of die van invloed zijn op de kwaliteit van leven van de patiënt.
- Indien nodig, inzetten van passende interventies of doorverwijzingen naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek.
- Monitoren van de lichamelijke gezondheid van de patiënt tijdens de behandeling door middel van periodieke afname van het somatisch onderzoek.

Over het moment waarop het somatisch onderzoek dient plaats te vinden, geven zowel de RIOB als de MDR duidelijk aan dat bij elke nieuwe patiënt/intake er een somatisch onderzoek dan wel medische intake dient plaats te vinden. Daarnaast wordt in beide documenten aanbevolen om “*planmatig alle patiënten in langdurige of chronische zorg een hernieuwde evaluatie te laten doorlopen*”.

Alleen in de RIOB wordt aandacht besteed aan het periodiek herhalen van het somatisch onderzoek door een adviesnorm te geven van minimaal twee keer per jaar. In zowel de MDR als in de RIOB staan een aantal specifieke aanbevelingen voor de momenten waarop het noodzakelijk om te screenen of alert te zijn op de mogelijke aanwezigheid van soa, infectieziekten en/of COPD; bijvoorbeeld bij incidentele gezondheidsklachten. In het Handboek Heroïnebehandeling wordt geen aandacht besteed aan wanneer het somatisch/medisch onderzoek uitgevoerd wordt.

3.3 STAP a) Wat staat er in de richtlijnen beschreven over de inhoud van het somatisch onderzoek?

Bij eerste bestudering van de drie richtlijnen bleek, dat in het Handboek Heroïnebehandeling geen informatie was opgenomen over de inhoud van het somatisch/medisch onderzoek. In dit handboek wordt genoemd dat de arts verantwoordelijk is voor onder andere de indicatiestelling van de medicatie en de behandeling anders dan de behandeling voor de opiaatverslaving (p.13) en dat in elke behandelunit een vastgesteld aanbod van additionele hulpverlening aanwezig dient te zijn (waaronder medische zorg; p.16). Er is echter geen nadere, inhoudelijke uitwerking van deze punten in het handboek opgenomen. Wel wordt in de inleiding benoemd dat het handboek ondergeschikt is aan de multidisciplinaire richtlijn behandeling heroïneverslaving (opiaatverslaving), wat impliceert dat de inhoud uit deze richtlijn met betrekking tot het somatisch onderzoek leidend is. In de volgende stappen van de documentanalyse is dit Handboek Heroïnebehandeling daarom buiten beschouwing gelaten. Dat laat de MDR en de RIOB over voor het vullen van de matrix.

Zoals in de RIOB op pagina 61 wordt beschreven, is de somatische gegevensverzameling onderverdeeld in anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek. De informatie over de inhoud van en aandachtspunten bij deze drie onderdelen is versnipperd of slechts beperkt terug te vinden. In de tekst staat een oude verwijzing naar een niet bestaande bijlage 6; in deze herziene versie van de richtlijn is dit bijlage 1b geworden (p.74-75). Deze bijlage bevat alleen de onderdelen uit het lichamelijk (en observationeel) onderzoek (naast een specificatie van het neurologisch en psychiatrisch onderzoek, welke in deze exercitie buiten beschouwing worden gelaten).

In de paragraaf met de kop ‘lichamelijk onderzoek’ (p.61) wordt één zin aan de anamnese gewijd, zonder dat ingegaan wordt op anamnestiche gegevens die specifiek voor deze patiëntenpopulatie van belang kunnen zijn. Verderop in deze paragraaf staat opnieuw een foutieve verwijzing naar een ontbrekende tabel 2. We nemen aan dat hier tabel 4.1 (p.62) bedoeld wordt, die onder de tekst wordt weergegeven. Volgens de titel bevat deze tabel de aandachtsgebieden bij de geneeskundige anamnese. Echter, veel punten betreffen het observationele en lichamelijke onderzoek. Het blijft onduidelijk hoe deze punten zich verhouden tot de uitwerking van het geneeskundig lichamelijk onderzoek in bijlage 1b.

Als uitzondering is voor het aanvullend onderzoek op pagina 63 een redelijk helder en ogenschijnlijk eenduidig algoritme te vinden. Toch ontstaat ook hier verwarring wanneer er in de tekst volgend op het algoritme, en op andere plekken in de richtlijn, ook beschrijvingen van indicaties voor aanvullend onderzoek te vinden zijn. Hoewel de MDR niet uitgebreid ingaat op de inhoud van de somatische anamnese en het lichamenlijk onderzoek, wordt hierin wel een aantal indicaties genoemd voor specifieke aandoeningen en klachten. Deze indicaties of daaraan gekoppelde aanbevelingen komen niet in alle gevallen overeen met die in de RIOB gegeven worden.

3.4 STAP b) De matrix

Om de verschillen en overeenkomsten tussen en binnen deze richtlijnen beter inzichtelijk te kunnen maken, voor een nadere analyse en gestructureerde bespreking door de begeleidingscommissie, hebben we alle inhoudelijke onderdelen van de somatische gegevensverzameling die in beide richtlijnen worden genoemd in een matrix gezet. Daarbij is in eerste instantie geen onderscheid gemaakt tussen wat tot de anamnese, bij het lichamenlijk onderzoek dan wel bij het aanvullend onderzoek behoort.

Tabel 1 geeft een selectie van de complete matrix weer. Alle onderdelen of elementen van een somatisch onderzoek die in één of meerdere van de primaire bronnen worden genoemd zijn in een lange lijst gezet in de eerste kolom. Elk onderdeel beslaat in de matrix een aparte regel. Vervolgens zijn er per document twee kolommen gemaakt. De eerste kolom geeft een nadere specificatie van de inhoudelijke informatie die over het betreffende onderdeel in de richtlijn is opgenomen. De tweede kolom bevat de informatie over de momenten waarop er volgens de documenten aandacht dient te zijn voor het betreffende onderdeel. Deze tweede kolom is toegevoegd omdat bij stap a) duidelijk werd dat er wisselende informatie te vinden is over de frequentie waarmee bepaalde onderdelen uitgevoerd dienen te worden of op welke momenten er aandacht voor de bepaalde onderdelen dient te zijn.

We noemen hier, op basis van de selectie van de matrix in tabel 1, een aantal voorbeelden van de gevonden overeenkomsten en verschillen tussen en binnen de MDR en RIOB waar het gaat om de inhoud van de somatische gegevensverzameling. Een aantal *overeenkomsten* dat opvalt in deze selectie (tabel 1):

- Zowel in de MDR als in de RIOB wordt aanbevolen om systematisch, op indicatie bij intraveneus gebruik en bij patiënten die langer dan een jaar afhankelijk zijn, te screenen op hepatitis b, hepatitis c en hiv. Voor hiv geldt in beide richtlijnen ook de indicatie onveilig seksueel gedrag. Bovendien zijn de twee richtlijnen eensgestemd over welke tests uitgevoerd dienen te worden als het gaat om deze drie infectieziekten.
- Een andere overeenkomst op het gebied van infectieziekten is, dat bij patiënten die langer dan een jaar afhankelijk zijn, er aandacht moet zijn voor tbc en seksueel risicogedrag. Opvallend bij het laatste is de overeenkomst dat in beide richtlijnen geen nadere specificatie wordt gegeven naar welke risicogedragingen gevraagd dient te worden of op welke momenten (en dat terwijl de vragen naar risicovol injecterend druggebruik wel gespecificeerd worden in het verpleegkundig onderzoek in de RIOB, p.70).

- Bijna alle bepalingen bij (het risico op) hart- en vaatziekten komen overeen tussen de MDR en de RIOB. Ook overeenkomstig is de indicatie overmatig nicotine- en/of cocaïnegebruik voor deze bepalingen. Voor specifiek de glucosebepaling wordt in beide richtlijnen de indicatie 'bij algemene gezondheidsklachten, overmatig alcoholgebruik en intraveneus gebruik' genoemd.

Een aantal *verschillen* dat opvalt in deze selectie (tabel 1):

- In de MDR wordt aanbevolen om projectmatig te screenen op hepatitis b, hepatitis c en hiv. Niet alleen is dit een verschil met de RIOB, waarin deze aanbeveling niet voorkomt. Ook is dit opmerkelijk omdat in de MDR één pagina later de aanbeveling staat om systematisch te screenen op deze infectieziekten. Het blijft onduidelijk hoe deze twee aanbevelingen naast elkaar gezien en geïnterpreteerd dienen te worden.
- Een specifieke discrepantie tussen de twee richtlijnen is dat in de RIOB onveilig seksueel gedrag wel als indicatie voor een hepatitis b test is opgenomen, en in de MDR niet.
- Ook bij tuberculose vinden we een verschil in indicatie. De MDR roept op tot alertheid op tbc bij incidentele gezondheidsklachten. In de RIOB wordt alertheid op tbc bij iedere patiënt gevraagd.
- De MDR lijkt op het punt (risico op) hart- en vaatziekten uitgebreider te zijn dan de RIOB. In de MDR wordt het gebruik van psychofarmaca als extra indicatie genoemd en wordt bij de bepalingen ook de buikomvang meegenomen.
- In de RIOB komen meer punten aan bod dan in de MDR (zoals in deze selectie de bloedvaten, aders en parasieten).

Het beeld dat uit deze selectie van de matrix naar voren komt is exemplarisch voor de rest van de matrix. Over het algemeen genomen is de inhoud van de RIOB uitgebreider en specifieker dan die van de MDR. Dit is niet opmerkelijk en valt ook te verwachten, gezien de verschillende uitgangspunten en doeleinden van deze documenten. Waar de MDR vooral informatie geeft over de belangrijkste besluitvorming in de behandeling, geeft de RIOB meer concrete handvatten voor de uitvoering van de zorg (zie ook paragraaf 3.1).

Tabel 1. Selectie uit de matrix waarin de informatie uit de richtlijnen over de inhoud en het moment van de somatische screening per onderdeel is verwerkt.

	Onderdeel	MDR Opiaatverslaving (2013)	
		Wat	Wanneer/frequentie
1.	hepatitis b	HBsAg, IgM-anti-HBc (p.88)	p.86: projectmatig p.87: systematische screening p.88: Aanvullend onderzoek op indicatie: bij intraveneus gebruik (actueel of vroeger) p.89: patiënten langer dan een jaar afhankelijk
2.	hepatitis c	anti-hepatitis-C-virus: anti-HCV; HCV-RNA (p.88)	p.86: projectmatig p.87: systematische screening p.88: Aanvullend onderzoek op indicatie: bij intraveneus gebruik (actueel of vroeger) p.89: patiënten langer dan een jaar afhankelijk
3.	hiv	1 en 2, ELISA (toestemming vragen) (p.88)	p.86: projectmatig p.87: systematische screening p.88: Aanvullend onderzoek op indicatie: bij intraveneus gebruik (actueel of vroeger), bij onveilig seksueel gedrag p.89: patiënten langer dan een jaar afhankelijk
4.	tuberculose		p.87: periodieke screening door GGD p.89: patiënten langer dan een jaar afhankelijk p.89: alertheid bij incidentele gezondheidsklachten
5.	parasieten (haarluis, scabiës, platjes)		
6.	risicovol seksueel gedrag	"dient naar gevraagd te worden" (p.87)	
7.	(risico op) hart- en vaatziekten	Lengte, gewicht, buikomvang, BMI berekenen, bloeddruk (2x binnen consult, bij SBD \geq 140 mmHg zie p.88, totaal cholesterol, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol, TC-HDL-ratio, triglyceriden, glucose (nuchter), ecg (p.88)	Bij gebruik psychofarmaca geprotocolleerde aandacht (p.86, p.89) Aanvullend onderzoek op indicatie: bij overmatig nicotine- en of cocaïnegebruik (p.88)
8.	bloedvaten		
9.	aders		
10.	bloeddruk		
11.	bloeddruk (zittend); systolisch, diastolisch		
12.	glucose (nn)		Aanvullend onderzoek op indicatie: start behandeling, bij algemene gezondheidsklachten, bij overmatig alcoholgebruik, bij intraveneus gebruik (actueel of vroeger) (p.88)

RIOB (2012)	
Wat	Wanneer/frequentie
HBsAg; IgM-anti-HBc (p.63, bij iv-gebruik) anti-HBc (p.63, bij onveilig seksueel gedrag) tekenen hepatitis B (p.62) Aanwijzingen voor hepatitis (p.75)	systematische screening (p.41) patiënten langer dan een jaar afhankelijk (p.64) geneeskundig onderzoek: bij iv-gebruik (p.63) geneeskundig onderzoek: bij onveilig seksueel gedrag (p.63) geneeskundig onderzoek (p.62) geneeskundig onderzoek (p.75)
anti-HCV; HCV-RNA (p.63) Aanwijzingen voor hepatitis (p.75)	systematische screening (p.41) patiënten langer dan een jaar afhankelijk (p.64) geneeskundig onderzoek: bij iv-gebruik (p.63) geneeskundig onderzoek (p.75)
1 en 2 (toestemming vragen) (ELISA) (p.63, bij iv-gebruik) 1 en 2 (antistoffen en antigeen) (p.63, bij onveilig seksueel gedrag)	systematische screening (p.41) patiënten langer dan een jaar afhankelijk (p.64) geneeskundig onderzoek: bij iv-gebruik (p.63) geneeskundig onderzoek: bij onveilig seksueel gedrag (p.63)
Longonderzoek verricht? Thoraxfoto? Mantoux geplaatst? (p.72)	half jaarlijks (p.38 & 64) patiënten langer dan een jaar afhankelijk (p.64) Alertheid bij iedere patiënt (p.64) verpleegkundig onderzoek (p.72)
	geneeskundig onderzoek (p.62)
Proactief naar seksueel risico en/of klachten informeren (p.64)	
BMI; bloeddruk; totaal cholesterol; HDL-cholesterol; LDL-cholesterol; TC/HDL-ratio; triglyceriden; glucose (nuchter); ECG	geneeskundig onderzoek: bij overmatig nicotine- en/of cocaïnegebruik (p.63)
	geneeskundig onderzoek (p.75)
Veneus stelsel; arterieel stelsel	geneeskundig onderzoek (p.75)
RR, pols	geneeskundig onderzoek (p.74)
	verpleegkundig onderzoek (p.72)
	geneeskundig onderzoek: bij algemene gezondheidsklachten; bij overmatig drankgebruik; bij iv-gebruik (p.63)

3.5 STAP c) Instellingsformats voor het somatisch onderzoek

De vertegenwoordigers van het Netwerk I&HR is het verzoek voorgelegd om het format toe te sturen van het somatisch onderzoek zoals dat binnen de eigen instelling wordt gebruikt. In reactie op dit verzoek hebben we van vier instellingen een document ontvangen.

Het resultaat van het toevoegen van de inhoud van deze vier instellingsformats aan de matrix was een nog langere lijst van onderdelen die in het somatisch onderzoek kunnen voorkomen. Om een indruk te geven: de totale lijst in de laatste versie van de matrix bevatte ruim 200 items. We vonden daarbij een beperkte mate van overlap tussen onderdelen die in de richtlijn worden genoemd en de onderdelen die in de instellingsformats staan. Slechts een derde van de onderdelen werd zowel in (één van) de richtlijnen als in (één van) de instellingsformats genoemd (74 onderdelen). Nog een derde kwam alleen in (één van) de richtlijnen voor (73 onderdelen) en een laatste derde werd alleen in (één van) de instellingsformats genoemd (64 onderdelen). Er zijn verschillende verklaringen mogelijk voor deze beperkte mate van overlap:

- artsen werken onvoldoende volgens de richtlijnen (veel punten uit de richtlijnen komen immers niet terug in de instellingsformats),
- de richtlijninformatie geeft niet goed weer wat artsen belangrijk vinden (veel onderdelen in de instellingsformats worden niet in de richtlijnen genoemd), of
- de verschillen komen voort uit het feit dat sommige informatie op verschillende plekken net iets anders beschreven wordt. Bepaalde onderdelen worden de ene keer op het niveau van symptomen en klachten en de andere keer op het niveau van aandoeningen en ziektes beschreven.

3.6 STAP d) Bespreking in de begeleidingscommissie

Aan de hand van de matrix is de inhoud van het somatisch onderzoek, en de daarbij gevonden overeenkomsten en verschillen, binnen de begeleidingscommissie besproken. Het samenkomen van de begeleidingscommissie gebeurde op twee momenten: nadat alleen de informatie uit de richtlijnen in de matrix was opgenomen en nadat ook de informatie uit de instellingsformats was toegevoegd. We geven hieronder de belangrijkste discussie- en aandachtspunten van de begeleidingscommissie weer.

Wat de commissieleden direct opviel is dat veel onderdelen in de RIOB op het niveau van een symptoom, orgaan of aandoening beschreven staan, terwijl artsen vaker klachtgericht vragen/werken. Een aantal keer komt de opmerking voorbij dat de mensen die richtlijnen opstellen zelf geen patiëntencontacten hebben. Dat verklaart mogelijk waarom de informatie in de richtlijn niet altijd goed aansluit bij en eenduidig te vertalen is naar de zorgpraktijk.

Specifiek worden de verschillen in indicaties besproken die gevonden zijn tussen en ook binnen de MDR en de RIOB. Ook hier wordt gerefereerd aan het feit dat de richtlijnontwikkelaars geen praktiserende zorgprofessionals zijn. De conclusie op dit punt is dat de indicaties niet altijd aangegeven hoeven te worden. Er mag verondersteld worden dat artsen voldoende toegerust zijn op basis van hun kennis en kunde om de juiste inschatting te maken wat er nodig is en op de nodige indicaties de juiste vervolgacties in te zetten. Uiteindelijk gaat het erom dat de verslavingsarts goed weet te onderbouwen, en dat ook voldoende vastlegt, waarom hij bepaald lichamelijk of laboratorium onderzoek (wel of niet) doet.

Het bespreken van de in de richtlijn genoemde indicaties levert een discussie op over de wetenschappelijke basis van de inhoud van de richtlijnen op dit punt (het geneeskundig onderzoek). De commissieleden die bij de ontwikkeling van de richtlijn betrokken waren leggen uit dat deze inhoud voornamelijk op basis van consensus tot stand is gekomen. De voorkeur heeft het uiteraard om alleen het hoognodige op te nemen en deze noodzaak te toetsen op basis van wetenschappelijke kennis. Want wat redelijk lijkt om te doen hoeft nog niet altijd een nuttige of wezenlijke aanvulling op zorg te zijn. De belemmering hier zit in het feit dat er op veel somatische interventies onvoldoende kwalitatief goede studies beschikbaar zijn om deze afwegingen op te baseren. Een voorbeeld is de indicatie van een ECG bij de start van elke methadonbehandeling. Dit is erin gekomen op basis van het oordeel van de richtlijncommissie en niet op basis van wetenschappelijke evidentie over de (kosten) effectiviteit van deze interventie (in termen van voorkomen van overlijden). De ervaring bij één instelling leert dat in ongeveer 15-20% van de mensen een afwijking wordt gevonden, waarvan de cardioloog in het ziekenhuis vervolgens in het merendeel oordeelt dat er geen reden voor vervolgonderzoek is. Toch is er een aantal patiënten dat het middelengebruik mindert in reactie op de ECG-uitslag. Overigens is het bij de meeste instellingen een belangrijk punt van aandacht om de ECG volgens de richtlijn te implementeren en uit te voeren. Er worden voorbeelden genoemd van instellingen die roulerend ECG-apparaat hebben aangeschaft en instellingen die een regeling hebben om een ECG-apparaat te huren.

Een andere discussie betreft de reikwijdte van de verantwoordelijkheid van de verslavingsarts. Zo wordt in de RIOB beschreven dat er “in de somatische gegevensverzameling een grensafbakening gerespecteerd wordt binnen het eigen geneeskundige werkveld en het werkveld van de huisarts en medisch specialist.” (p.61). Een verdere specificatie hiervan wordt niet in de richtlijn gegeven. In de begeleidingscommissie is de algemene opvatting hierover dat de verslavingsarts en huisarts medisch gezien allebei in staat zijn om de verantwoordelijkheid voor de somatische zorg te dragen voor deze patiënten. In de praktijk is het ideaal dat de somatiek zo veel mogelijk door de huisarts wordt gedaan. Deze heeft immers een poortwachtersfunctie, zeker waar het gaat om aandoeningen die niet (direct) aan de verslaving(sbehandeling) gerelateerd zijn. Een specifiek voorbeeld dat hierop een uitzondering vormt: het monitoren van het metabool syndroom bij het gebruik van psychofarmaca is de verantwoordelijkheid van de arts die deze medicatie voorschrijft. Dat zal doorgaans de psychiater van de verslavingszorg zijn. Tenslotte is het, in het kader van de verdeling van verantwoordelijkheden, van belang om de continuïteit en veiligheid van zorg te blijven bewaken. Waar een patiënt geen toestemming geeft voor uitwisseling van medische gegevens tussen de verslavingsarts en de huisarts, kan een verslavingsarts er met het oog op de veiligheid voor kiezen om de somatische zorg in eigen hand te houden. De afweging van waar de verantwoordelijkheid van de verslavingsarts ophoudt en die van de huisarts, of medisch specialist, begint, is er een die steeds opnieuw bij elke patiënt en elke behandeling zal moeten worden bepaald. Waarbij als uitgangspunt gehanteerd kan worden dat wat door de huisarts gedaan kan worden, door de huisarts wordt gedaan.

Met betrekking tot het verwerken van de informatie uit de matrix tot een handzame set aanbevelingen, worden in de tweede sessie de volgende punten vanuit de begeleidingscommissie meegegeven:

- Er wordt voorgesteld om de aanbevelingen voor het somatisch onderzoek bij elkaar te brengen in een helder, praktisch overzicht. Het voorbeeld van een NHG-kaart wordt genoemd. In dit overzicht wordt bij voorkeur duidelijk aangegeven wat er minimaal gedaan wordt en wat op indicatie of aanvullend gedaan kan worden.
- Er is in de begeleidingscommissie overeenstemming over het feit dat er geen aparte overzichten of formats nodig zijn voor de intake en evaluatiemomenten. In principe loopt de arts bij het evaluatiemoment dezelfde lijst door als bij de intake (uitgezonderd de anamnese en voorgeschiedenis), met extra aandacht voor onderdelen die bij de intake opvielen of een vervolgactie nodig hadden.
- Voor de selectie van de onderdelen wordt aangeraden om dit te koppelen aan de doelen van het somatisch onderzoek, zoals deze in de eerste sessie met de begeleidingscommissie zijn vastgesteld (zie paragraaf 3.2). Belangrijk daarbij is het kunnen volgen van de voortgang om na te gaan of de somatische gegevensverzameling afdoende is om deze doelen te bereiken.
- Het behoeft de sterke voorkeur om klachtgericht te werken binnen het somatisch onderzoek. Het niveau van detail is daarbij ter sprake gekomen. Een te specifieke beschrijving van elk detail waarop gelet en naar gevraagd kan worden in een somatisch onderzoek is niet haalbaar binnen beschikbare tijd en middelen. Dan bestaat er het risico dat elke arts zijn eigen selectie gaat maken, waardoor alsnog variatie in zorg ontstaat. Het doel van deze exercitie is juist om tot een bepaalde mate van eenduidigheid in de somatische zorgverlening aan mensen met een opiaatverslaving te komen. Daarentegen is het alleen op abstracte hoofdlijnen beschrijven van de onderdelen die in een somatisch onderzoek aan bod dienen te komen ook niet wenselijk. Dat zou weer teveel ruimte laten voor een eigen invulling en interpretatie. Het is belangrijk om in het samenstellen van het format de juiste balans hierin te vinden.

3.7 STAP e) Een praktische handreiking

Op basis van de bevindingen uit (het opstellen van) de matrix en de inbreng van de begeleidingscommissie, is samen met de begeleidingscommissie een handzaam format ontwikkeld voor het somatisch onderzoek.

In de RIOB wordt beschreven dat de somatische gegevensverzameling onderverdeeld is in anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek (p.61). Deze driedeling sluit aan bij de drie manieren waarop een arts een patiënt onderzoekt (vragen naar klachten, observeren en meten) en is als uitgangspunt genomen voor de ontwikkeling van een praktische handreiking voor het somatisch onderzoek. Hier is een ander voor artsen gangbaar systeem aan toegevoegd: de tractus anamnese. Dit heeft, samen met een aantal andere brede categorieën, het raamwerk voor de handreiking gevormd. Vervolgens is per tractus/categorie bepaald welke aspecten er in die categorie, uit alle mogelijke onderdelen uit de matrix, minimaal uitgevraagd of onderzocht dienen te worden. Hierbij is specifiek aandacht besteed aan klachten, symptomen of aandoeningen die bij deze patiëntenpopulatie veel voorkomen.

Om de eenduidigheid te bevorderen is bewust gekozen om, waar mogelijk, het niveau van klachten of symptomen aan te houden. Uitgangspunt is dat artsen zelf voldoende in staat zijn om op basis van deze klachten en symptomen de nodige conclusies of diagnoses te stellen (of vervolgonderzoek hierop in te zetten). Om die reden is tevens de keus gemaakt om geen nadere indicaties of vervolgstappen te specificeren. De enige uitzondering hierop is het algoritme voor aanvullend laboratorium onderzoek. Hoewel niet gestoeld op wetenschappelijke evidentie, is dit algoritme wel voortgekomen uit consensus van de bij de richtlijnontwikkeling betrokken artsen. En zolang dit is wat de richtlijnen (RIOB en MDR) voorschrijven, is dit de standaard waar artsen hun handelen op dienen te baseren (of beargumenteerd van af kunnen wijken). Om die reden is het algoritme als geheel overgenomen. Bij verschillen tussen de RIOB en MDR is gekozen voor een zo volledig mogelijk algoritme: alles wat in beide of in één van beide richtlijnen staat beschreven is in de praktische handreiking opgenomen.

De eerste versie van de praktische handreiking is voorgelegd aan de commissieleden die afwezig waren bij het samenstellen ervan, en aan de leden van het Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction. De input uit deze consultatieronde is verwerkt. Vervolgens is het definitieve concept aan de Vereniging voor Verslaving Geneeskunde Nederland en aan het Platform Verpleegkundig Specialisten in de Verslavingszorg gestuurd. Na positieve reactie van deze twee beroepsgroepen en een aantal laatste toevoegingen, is de praktische handreiking definitief gemaakt.

3.8 Somatisch onderzoek in detentie

Een deel van de doelgroep waar het hierover gaat komt in contact met politie en justitie, en komt wel eens vast te zitten. In 2008 is de Richtlijn Medicamenteuze Zorg aan Gedetineerde Verslaafden (Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), 2008) ontwikkeld, waarin de nadruk ligt op de methadonverstrekking aan gedetineerden met een opiaatverslaving. DJI Gezondheidszorg werkt volgens het equivalentiebeginsel; de kwaliteit van de zorg die gedetineerden ontvangen is gelijkwaardig aan de gezondheidszorg in de vrije maatschappij. In de richtlijn wordt aangegeven dat “Het van belang [is] dat het medisch beleid van de inrichtingsartsen aansluiting vindt en samenhang heeft met het medische beleid van externe verslavingszorginstellingen om op die manier de continuïteit van de zorg te bevorderen” (p.12). In dat kader is het interessant om na te gaan in hoeverre de somatische zorg die in deze richtlijn van DJI beschreven wordt overeenkomt met de informatie in de richtlijnen die buiten detentie gelden (de RIOB en MDR).

Net als in de RIOB en de MDR, geeft de Richtlijn Medicamenteuze Zorg voor Gedetineerde Verslaafden (RMGV) aan dat bij binnenkomst van elke gedetineerde (elke ‘nieuwe patiënt’) een medische intake dient plaats te vinden om de gezondheidssituatie in kaart te brengen (p.83). De RMGV geeft geen verdere informatie over de inhoud van deze medische intake. Wel beschrijft de RMGV wat comorbide somatische aandoeningen en bijbehorende medicatie betekenen voor de (aanpassing van de) medicamenteuze behandeling van de opiaatverslaving. Daarbij wordt benoemd welke infectieziekten en somatische aandoeningen vaker voorkomen bij drugsgebruikers met de opmerking dat de behandelend arts alert dient te zijn op het bestaan of ontstaan van deze problematiek, maar zonder specifieke aanbevelingen voor de screening op of behandeling van deze aandoeningen.

Net als bij de verslavingszorg hebben we ook bij DJI het document opgevraagd waarin de inhoud van de medische intake, zoals in de praktijk uitgevoerd, is beschreven. De medische intake van DJI wordt door een verpleegkundige uitgevoerd, waar de RIOB voorschrijft dat elke nieuwe patiënt door zowel een verpleegkundige als een arts gezien dient te worden. In de zorg aan gedetineerden met een opiaatverslaving lijkt de rol van de justitieel geneeskundige zich voornamelijk op de achtergrond af te spelen. Hoewel de vergelijking dus niet helemaal zuiver is, geven we een beeld van de gevonden overeenkomsten en verschillen tussen de DJI intake (door verpleegkundige) en de inhoud van het somatisch onderzoek door de verslavingsarts zoals beschreven in de RIOB en MDR. We beperken ons ook hier tot de selectie die in tabel 1 is weergegeven.

Als eerste valt op dat in de DJI-intake op sommige punten beperktere gegevens worden gevraagd. Bijvoorbeeld bij het testen op hepatitis B en hepatitis C wordt in de DJI-intake volstaan met een positief of negatief, terwijl in de MDR en RIOB verschillende tests worden voorgeschreven. Bij het uitvragen op TBC is de DJI-intake uitgebreider (alle indicaties of risicofactoren worden hierin apart uitgevraagd). Verder valt op dat in de DJI-intake wel gevraagd wordt naar hepatitis A, maar niet naar hiv. In de MDR en RIOB wordt juist niet gevraagd naar hepatitis A en wel naar hiv. Tot slot wordt in de DJI-intake, net als in de MDR en RIOB, gekeken naar de bloeddruk en gevraagd naar lengte en gewicht. Anders dan in de MDR en RIOB wordt hierbij niet expliciet gemaakt dat deze gegevens verzameld worden om (het risico op) hart- en vaatziekten te bepalen. In de totale matrix zien we dat in de DJI intake ongeveer vier keer minder onderdelen zijn opgenomen dan in de RIOB en MDR worden benoemd.

Concluderend kan gesteld worden dat, gezien de beperkte rol van de justitieel geneeskundige, het SOO in de huidige vorm wellicht niet direct inzetbaar is binnen de zorg die vanuit DJI wordt geleverd aan gedetineerden met een opiaatverslaving. Wel kan dit SOO aanleiding vormen voor DJI om de eigen medische intake (en mogelijk overige werkinstructies of protocollen) onder de loep te nemen en (door) te ontwikkelen, om zodoende equivalentie en continuïteit van zorg voor deze doelgroep te waarborgen. We raden aan daarbij ook de verpleegkundige screening mee te nemen zoals deze binnen de verslavingszorg gebruikt wordt. Een goed voorbeeld dat hiervoor als uitgangspunt genomen kan worden is de Utrechtse Somatische Screening (USS, 2016).

4.

Slotwoord

De doelstelling die we gesteld hadden was meer duidelijkheid en eenduidigheid scheppen in de inhoud van het somatisch onderzoek dat in het kader van een opiaatbehandeling wordt uitgevoerd door een verslavingsarts, verpleegkundig specialist en/of physician assistant. We hebben daartoe de geldende richtlijnen op dit punt bestudeerd en de inhoud daarvan met een aantal experts besproken. Het resultaat is opgenomen aan het begin van het document dat voor u ligt: *Het Somatisch Onderzoek bij Opiaatverslaving (SOO) - Een praktische handreiking voor artsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants.*

Deze handreiking levert een bijdrage aan een uniforme werkwijze in de zorg aan mensen met een opiaatverslaving in Nederland. Het ontwikkelde format voor het SOO kan voor zowel de intake als de (periodieke) evaluatiemomenten worden gebruikt, en zo ook binnen een individuele behandeling voor uniformiteit en continuïteit zorgen.

Een aantal acties is of zal worden ingezet om dit SOO in de werkwijze van artsen in de verslavingszorg te borgen. Ten eerst wordt een verwijzing naar deze handreiking opgenomen in de Zorgstandaard Opiaatverslaving. Deze zorgstandaard wordt in 2015-2016 ontwikkeld, onder leiding van een projectgroep van Resultaten Scoren, het IVO en het Zwarte Gat, en zal te downloaden zijn via www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl. Daarnaast wordt het SOO, met bijbehorende doelen en uitgangspunten, opgenomen in het nieuwe Uitvoeringsprotocol voor de zorg aan patiënten met opioïde afhankelijkheid. Dit protocol wordt ontwikkeld door het IVO en NISPA ter vervanging en integratie van de RIOB en het Handboek Behandeling met Heroïne op Medisch Voorschrift en zal medio 2017 gereed zijn. Het SOO wordt aangeboden aan de Vereniging van Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVG) en het Platform Verpleegkundig Specialist Verslavingszorg (Platform VSV). Beide zijn betrokken geweest bij de totstandkoming van het SOO. Ook wordt het SOO aangeboden aan het Platform Strategisch Inhoudelijk Deskundigen (Platform SID; voorheen het Platform Eerste Geneeskundigen) van de verslavingszorg.

De adoptie van het SOO in de praktijk zal door de coördinatoren van het Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction binnen de reguliere activiteiten van dit netwerk worden gestimuleerd en geëvalueerd. Deze volledige uitgave van het SOO, inclusief de documentanalyse in bijlage, is te downloaden van www.netwerkihr.nl/publicaties.

Referenties

Brink, W. van den, Glind, G. van de, & Schippers, G. (2013). *Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving*. Utrecht: De Tijdstroom.

Dienst Justitiële Inrichtingen (2008). *Richtlijn Medicamenteuze Zorg aan Gedetineerde Verslaafden*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen.

Handboek Behandeling met Heroïne op Medisch Voorschrift. Versie 1.0 (2011).

Koerts Janmaat, J., Middeldorp, J., Moesker, S., & Smit, R. (2016). *Utrechtse Somatische Screening (USS)*. Utrecht: Victas, Altrecht, Gemeente Utrecht.

Loth, C., Wits, E., Jong, C. de, & Mheen, D. van de (2012). *Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB)*. *Herziene versie*. Amersfoort: Resultaten Scoren.

Raaijmakers, L., & Wits, E. (2014). *Masterprotocol*. *Handleiding voor de ontwikkeling van producten (protocollen, richtlijnen en kennisdocumenten) voor de verslavingszorg*. *Herziene conceptversie*. Amersfoort: Resultaten Scoren.



Netwerk Infectieziekten
& Harm Reduction

 **Trimbos**
instituut
Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

© 2016, Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze opgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.