

De implementatie van de Utrechtse Somatische Screening

Toepasbaarheid in de ambulante verslavingszorg

30

Jackie Middeldorp, Carolien Weststrate, Victor Buwalda, Gerdien de Weert-van Oene, Anneke Goudriaan, Berno van Meijel

J. Middeldorp, verpleegkundig specialist ggz, Jellinek Utrecht

C. Weststrate, gz-psycholoog en hoofd behandelzaken SGGZ, Jellinek Utrecht

Dr. V.J.A. Buwalda, psychiater, geneesheer-directeur Novadic-Kentron, Vught

Dr. G. de Weert-van Oene, senior onderzoeker, Novadic-Kentron

Prof. dr. A. Goudriaan, bijzonder hoogleraar werkingsmechanismen en behandeling van verslaving, Arkin, Academisch Medisch Centrum, afdeling Psychiatrie, Amsterdam UMC, Amsterdam.

Prof. dr. B. van Meijel, lector/bijzonder hoogleraar ggz-verpleegkunde, Hogeschool Inholland, Amsterdam UMC, afdeling Psychiatrie, Parnassia Groep.

Met dank aan de teams van Jellinek, Altrecht en de gemeente Utrecht Maatschappij en Gezondheid

Inleiding

De inrichting van doelmatige, zinnige en zuinige zorg is een belangrijke opgave voor de specialistische geestelijke gezondheidszorg. Van belang is dat de zorg bijdraagt aan vermindering van symptomen en klachten en leidt tot verbetering van het functioneren en de kwaliteit van leven.¹ De focus van de zorg ligt op gezondheid en herstel van het vermogen van de patiënt om zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven.²

Nederland telde in 2012 ongeveer 14.000 mensen met een opiaatverslaving.³ Van de patiënten met opiaatproblematiek heeft 66% ook problemen met andere middelen, vooral cocaïne, cannabis en benzodiazepinen. Vrijwel alle mensen die in 2012 hulp vragen voor problemen met het gebruik van opiaten zijn 'oude bekenden' met een behandelgeschiedenis van meer dan drie jaar in de verslavingszorg. Qua leeftijd geldt dat 23% 55 jaar of ouder is.⁴⁻⁶

Bij chronische opiaatverslaving zijn relatief veelvoorkomende somatische aandoeningen: leverontstekingen,

longaandoeningen (infecties, longontsteking, COPD, tbc), infectieziekten (hepatitis B en C, hiv, griep), hart- en vaatziekten, metabool syndroom, gebitsproblemen, huidaandoeningen, maligniteiten (kanker), ondervoeding of juist overgewicht, en obstipatieklachten. Ook risicovol seksueel gedrag komt vaak voor, waardoor er een verhoogd risico is op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) en ongewenste zwangerschappen.⁷

Daarnaast komen comorbide psychiatrische stoornissen dan wel cognitieve beperkingen regelmatig voor.⁸ De combinatie van verslavings-, psychiatrische en somatische problematiek kan de kwaliteit van leven van deze patiënten ernstig aantasten.

Bij patiënten met ernstige verslavingsproblemen worden de uitingen van lichamelijke ziekte – zoals pijn en onwelbevinden – regelmatig onderdrukt door het gebruik van drugs en medicijnen, zoals benzodiazepinen, antipsychotica en pijnmedicatie.⁹ De tijd voor het invoeren van medische hulp (huisarts of specialistische zorg) in verband met de ervaren klachten is bij deze patiëntengroep vaak langer dan die bij reguliere patiënten.¹⁰ Dit leidt tot een aanzienlijke vertraging

in het proces van diagnostiek en behandeling, met als gevolg een ernstiger beloop van de somatische aandoeningen met een verhoogd risico op vroegtijdig overlijden. Een extra complicerende factor bij deze groep patiënten is het beperkte vermogen om klachten helder te formuleren, omdat ze signalen uit hun lichaam anders ervaren of signalen verdoven met middelen, hetgeen ook weer bijdraagt aan de genoemde vertraging.^{11,12} Verder laat de therapietrouw vaak te wensen over: afspraken worden niet of slecht nagekomen en de behandeling (waaronder medicatie) wordt beperkt of niet opgevolgd.¹³ De intellectuele vermogens van de doelgroep zijn lager dan gemiddeld, wat eveneens van invloed is op het hulpzoek- en gezondheidsgedrag.^{14,15} Tot slot verdient vermelding dat de deelname aan landelijke screeningsprogramma's in de regel laag is, mede doordat de organisatie van de gezondheidszorg onvoldoende aansluit bij de beperkingen en specifieke risico's van deze groep patiënten.¹⁶

De Utrechtse Somatische Screeningslijst binnen het somatische zorgpad

Verpleegkundig specialisten hebben de Utrechtse somatische screeningslijst (USS)⁶ ontwikkeld en in opeenvolgende versies verbeterd tot de USS 2.0.¹⁷ Het doel van de USS is om vroegtijdig lichamelijke gezondheidsproblemen te signaleren bij patiënten met ernstige verslavingsproblemen. Het afnemen van de USS wordt gedaan door de verpleegkundigen. De USS geeft verpleegkundigen binnen de verslavingszorg een omvattend beeld van de algehele gezondheid van deze patiëntengroep en van specifieke gezondheidsproblemen. Ook het zorggebruik, de leefstijl, medicatietrouw en het vermogen tot zelfregie van de patiënt worden in beeld gebracht. Afname van de USS leidt tot een meer adequate toeleiding naar de reguliere gezondheidszorg.¹⁸ De USS wordt als best practice aanbevolen in de handreiking Somatisch Onderzoek bij Opiaatonderhoudsbehandeling.¹⁹ Na het afnemen wordt de USS besproken en beoordeeld door de verpleegkundig specialist of verslavingsarts.

Bij iedere nieuwe patiënt wordt binnen drie maanden een USS afgenomen. Deze screening wordt jaarlijks herhaald. Wanneer er een indicatie voor bestaat wordt de screening vaker herhaald. Denk bijvoorbeeld aan ondergewicht; metabole problematiek; hoog risico op infectieziekten door onveilig gebruik van middelen of bijvoorbeeld door verhoogde kans op seksueel overdraagbare aandoeningen door sekswerk et cetera. In combinatie met de afname van de USS verricht de verpleegkundig specialist lichamenlijk onderzoek, initieert laboratoriumonderzoek en/of neemt een ECG af conform de multidisciplinaire richtlijnen *Opiaatverslaving*.²⁰ De uitkomsten worden beoordeeld door de verpleegkundig specialist of (verslavings)arts. In het multidisciplinair overleg (MDO) wordt het totale beeld besproken in het bijzijn van de patiënt, dit in het kader van 'samen beslissen'.²¹ Huisartsen worden geïnformeerd door middel van een huisartsenbrief met een

samenvatting van de somatische screening en de bijbehorende onderzoeken. Vervolgens worden voor iedere patiënt afspraken gemaakt over onderlinge samenwerking (ketenzorg). Figuur 1 biedt een overzicht van het somatische zorgpad en de plaats van de USS daarbinnen. Het zorgpad beschrijft de ideale situatie ten aanzien van wie wat doet en op welk moment. Het bevordert de verantwoordelijkheid die de patiënt zelf heeft voor zijn lichamelijke gezondheid, onder meer doordat aandacht wordt besteed aan therapietrouw en zelfzorg.

Implementatie van de USS 2.0

De implementatie van het werken met de USS werd uitgevoerd binnen een specialistische verslavingsinstelling, centraal in Nederland. Er zijn op dat moment 475 patiënten in opiaatonderhoudsbehandeling.

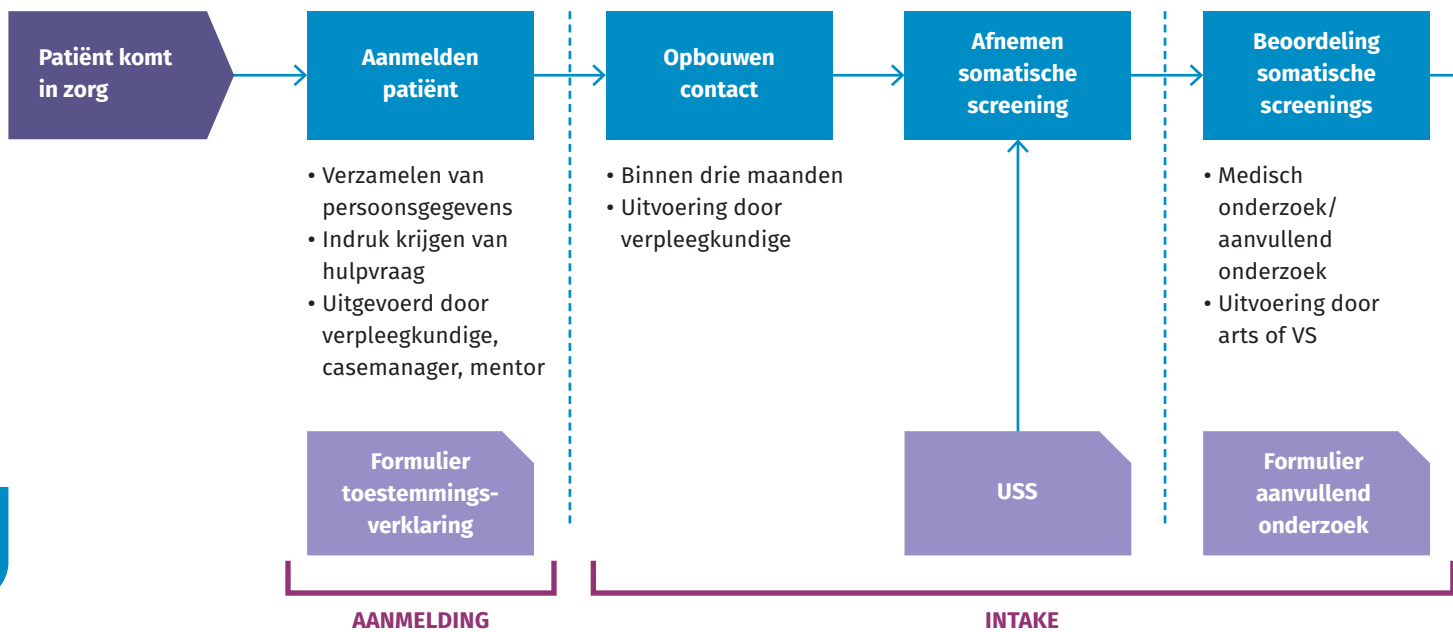
De implementatie van de USS 2.0 is uitgevoerd volgens de implementatiemethode van Grol en Wensing.²² De implementatiemethode laat stapsgewijs zien hoe vernieuwingen of verbeteringen ingevoerd kunnen worden.

Het doel van de implementatie van de USS is bij te dragen aan een meer proactieve en herstelondersteunende bijdrage aan de patiëntenzorg. Binnen het model van Grol en Wensing is de veranderaar, in ons geval de verpleegkundig specialist, degene die verantwoordelijk is voor het ontwerp van de implementatiestrategie en de bewaking van het invoeringsproces, inclusief de verslaglegging. De inzet van het implementatietraject is om binnen negen maanden bij 60% van de patiëntengroep de USS af te nemen.

De verpleegkundigen uit de specialistische verslavingszorg konden deelnemen aan de kenniskring Somatische Zorg binnen de instelling, die hen ondersteunde bij de implementatie. De USS 2.0 werd als standaardinterventie opgenomen in het behandelplan van de instelling.

De kenniskring Somatische Zorg organiseerde maandelijks bijeenkomsten. Het doel van de kenniskring is – in lijn met Kant en Sprenger²³ – het delen, expliciteren en ontwikkelen van kennis voor en door de leden. Kennisuitwisseling binnen de kenniskring Somatische Zorg vond plaats via feitelijke leer- en werkactiviteiten (gastcolleges, GGZ Ecademy-modules, cursussen, consulten, training op de werkplek et cetera). Ook werd gereflecteerd op de inhoudelijke en procesmatige aanpak van het implementatieproces. Deze leidden vervolgens tot aanpassingen van de implementatiestrategie (action learning).

De kenniskring Somatische Zorg heeft een belangrijke rol gespeeld bij de succesvolle implementatie van de USS 2.0. Verpleegkundigen kregen al met al meer verantwoordelijkheden op het gebied van de somatische zorg voor de doelgroep en kwamen zodoende meer aan het roer. De leden vormden hun eigen deeltkenniskringen binnen het team waar zij werkzaam waren, met aanstelling van een aandachtsfunctionaris Somatiek. In de kenniskring werden de ervaringen ten aanzien van de implementatie van de USS 2.0 regelmatig besproken, waarbij casuïstiek werd gedeeld.



Figuur 1. Het somatisch zorgpad en de plaats van de USS daarin.

Ook werd bereikt dat de USS 2.0 werd opgenomen in het elektronisch patiëntendossier (EPD).

Er golden ook een aantal zeer praktische voorwaarden voor effectieve implementatie. Zo werd voor de verpleegkundigen een praktische werkinstructie ontworpen voor gebruik van de USS 2.0. Er werden drie ‘roze tassen’ in gebruik genomen waarin alle noodzakelijke materialen voor het afnemen van een USS 2.0 zaten, zoals weegschaal, bloeddrukmeter en meetlint, hetgeen ondersteunde bij het ambulante screenen van patiënten. Toegankelijke overzichten werden bijgehouden van het aantal gescreende patiënten, om het beloop van de implementatie te kunnen volgen in de richting van de beoogde 60% van de patiëntenpopulatie binnen de gestelde eerste termijn van negen maanden. Ook de opname van de USS 2.0 in het elektronisch patiëntendossier (EPD) was een belangrijk praktische voorwaarde voor effectieve implementatie.

Het somatisch zorgpad

Bij de implementatie werd gestart met een teambijeenkomst om de voorwaarden en praktische implicaties van de implementatie van de USS 2.0 te bespreken. Er werd gediscussieerd over de veranderingen in verantwoordelijkheden en taakverdeling in het nieuwe behandelproces. Hiermee werd tevens gewerkt aan bevordering van het draagvlak voor implementatie van de USS 2.0. Teams werden door experts getraind in het gebruik van de USS 2.0, werkprocessen werden

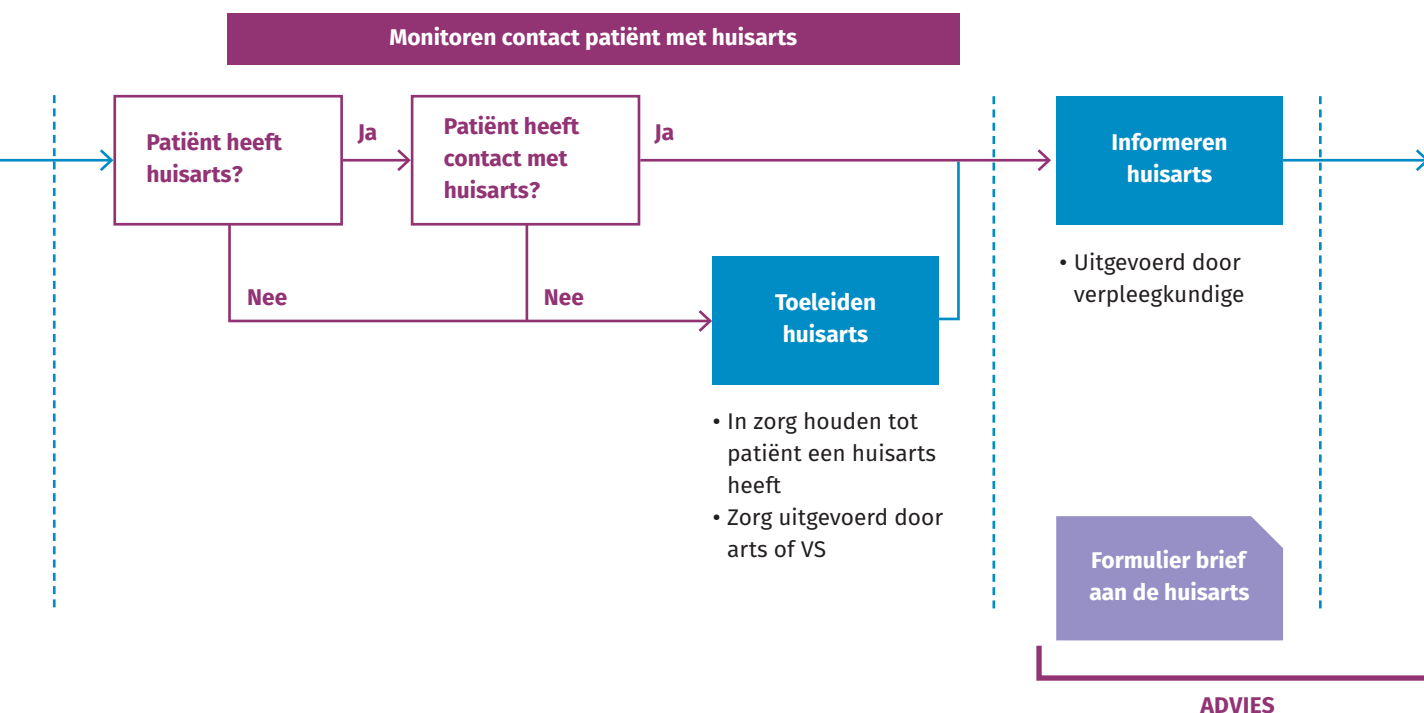
beschreven en aangepast, waarbij taken werden verdeeld over de professionals. Het implementatieproces werd binnen de deelnemende teams eens in de drie maanden geëvalueerd en indien nodig bijgesteld.

De resultaten van de afzonderlijke screening werden samengevat en beoordeeld door de verpleegkundig specialist of KNMG-verslavingsarts. In het behandelplan werden de somatische doelen beschreven.

Resultaten

Met de USS-vragenlijst komt de verpleegkundige met de patiënt in gesprek over zijn huidige gezondheid en mogelijkheden om deze te verbeteren. Daarmee is deze lijst meer dan enkel een vragenlijst, maar ook een middel tot dialoog. Gemiddeld duurt de afname 45 minuten. Soms wordt de USS in twee of drie keer afgenomen, afhankelijk van motivatie en draagkracht en de concentratie van de individuele patiënt. De eerste bevindingen laten zien dat de meeste patiënten het afnemen ervaren als een zorgvuldige manier van gerichte aandacht voor hun actuele gezondheid.

Het is een pragmatische aanpak: het verbeteren van de gezondheid en leefomstandigheden staat voorop, zonder dat morele druk wordt uitgeoefend op de patiënt. Na afname van de USS 2.0 worden samen met de patiënt doelen gesteld om de gezondheid en leefstijl te verbeteren. Het blijkt dat de verpleegkundigen die betrokken zijn bij de afname van de USS deze pragmatische aanpak waarderen en zien als een verrijking van hun beroepsuitoefening.



Verpleegkundigen ervaren de uitvoering van de screening als een positieve ontwikkeling: zij 'zijn weer bezig met hun vak', is een veelgehoorde opmerking. – Nina, verpleegkundig specialist ggz

De patiënt krijgt een actieve rol in zijn behandeling. Niet het gebruik van middelen staat primair op de voorgrond, maar de gezondheid en mogelijkheden tot bevordering ervan komen aan de orde, met daarbij veel aandacht voor zelfregie van de patiënt. Binnen de USS 2.0 wordt expliciet gevraagd naar de waardering van de patiënt met betrekking tot zijn eigen gezondheid (schaal 1-10). De patiënt maakt uiteindelijk zelf de keuze waar hij aan wil werken om de lichamelijke gezondheid te bevorderen en daarmee het cijfer te verhogen. In de praktijk blijkt dit een goed werkbare strategie.

Ik vraag altijd: Wat moet er verbeteren om dit cijfer omhoog te krijgen? Dat zet mensen tot nadenken en levert vaak nog meer informatie op. – Leonie, sociaalpsychiatrisch verpleegkundige

Het werken met de USS 2.0 leidt ertoe dat gericht samen-gewerkt wordt aan de gevolgen van drugsafhankelijkheid. Zo wordt actief gewerkt aan herstel.

Verpleegkundigen worden versterkt in hun rol als behandel- laar. Samen met de patiënt en naasten wordt onderzocht hoe goede somatische zorg geleverd kan worden, inclusief het werken aan de betere leefstijl. De klinische competenties van de verpleegkundige op het gebied van de somatische zorg worden versterkt, evenals de mogelijkheden om een centrale rol te vervullen in de coördinatie van zorg en behandeling.

Het werken met de USS leidt zo tot betere signalering door de verpleegkundige en het nemen van verantwoordelijkheid om vervolgstappen te zetten in geval van (soms lang bestaande) gezondheidsproblemen.

Wat mij wel opviel is dat veel mensen benauwdheidsklachten aangeven. Maar hier nooit actie op hebben ondernomen. En dat het erop lijkt dat het er langzaam in sluipt, dat ze omdat ze 'gewend' zijn benauwd te zijn, dit minder goed opmerken. – Erik, verpleegkundige

Implementatie van USS 2.0 droeg zo bij aan het creëren van een groter draagvlak voor goede aandacht voor somatische zorg, er werd afstemming bereikt over hoe de toepassing van de USS 2.0 praktisch vormgegeven kon worden, en het leidde tot afbakening van functies en taken. De aandachts- functionarissen fungeerden als 'kartrekkers' binnen de teams, waarbij zij voortdurend aandacht vroegen voor de implemen- tatie van de USS 2.0 en ondersteuning boden hierbij. Zo werd gaandeweg het afnemen van een USS 2.0 steeds meer een regulier onderdeel van de zorg aan de opiaatverlaafde patiënten.

Een belangrijk resultaat was de professionele inzet, die mede door de goede taakverdeling en coördinatie van het proces van uitvoering, meer kosteneffectief kon worden ingezet. Verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten werden versterkt in hun rol ten aanzien van de somatische zorg, en verslavingsartsen kregen zo meer tijd voor het behandelen van meer complexe problematiek. De eerste ervaringen leren

verder dat patiënten actiever worden en meer verantwoordelijkheid op zich nemen voor hun gezondheid en leefstijl. Elk halfjaar worden in de behandelplanbespreking met de patiënt de somatische doelen geëvalueerd, waardoor de aandacht voor somatiek en leefstijl levend wordt gehouden.

Voor de organisatie ontstaan mogelijkheden om op het gebied van de somatische zorg het verpleegkundig leiderschap te versterken. De implementatie van de USS 2.0 vraagt om voortdurende coaching en ondersteuning van het implementatieproces. De ervaring leerde dat de verpleegkundig specialisten uitermate geschikt bleken om sturing en ondersteuning te geven aan het implementatieproces. Zij zijn de professionals die een brug kunnen slaan tussen de medische en verpleegkundige zorg.

Conclusies en aanbevelingen

De eerste ervaringen laten zien dat de USS 2.0 een geschikt instrument is om gezamenlijk te werken aan verbetering van de lichamelijke gezondheid van patiënten met opiaatverslaving. Van belang is dat de gehele organisatie deelneemt aan de implementatie, gezien ieders rol bij de bevordering van de somatische zorg. De implementatie van de USS 2.0 geeft de verpleegkundige meer verantwoordelijkheid en regie ten aanzien van de herstel-ondersteunende somatische zorg.

Bij de implementatie van de USS 2.0 werd duidelijk dat de verpleegkundige en de verpleegkundig specialist efficiënter worden ingezet. Zij staan dicht bij de patiënten en zijn daarmee het ideale aanspreekpunt voor de patiënt. Zowel verpleegkundigen als patiënten ervaren direct dat het gebruik van de USS 2.0, en het vervolgens concreet werken aan gezondheidsbevordering, positieve effecten heeft op patiëntuitkomsten – zowel op het gebied van somatiek als ten aanzien van de kwaliteit van leven van de patiënt. Noodzaak is dat een omschakeling plaatsvindt in het denken van de verpleegkundige: van vooral aandacht van de psychiatrische en verslavingsmorbiditeit naar meer integrale zorg waar ook de

somatiek nadrukkelijk deel van uitmaakt.²¹ De somatische zorg maakt hiermee integraal deel uit van herstel-ondersteunende zorg, met integrale aandacht voor alle levensgebieden van de patiënt. Hiermee is ook een verschuiving gemoeid in de rol van de patiënt: van passieve ontvanger van (somatische) zorg wordt hij medebeslisser en medeverantwoordelijke voor de eigen somatische zorg en leefstijl, dit alles binnen de mogelijkheden die hem ter beschikking staan.

De USS 2.0 wordt momenteel ingezet voor verder wetenschappelijk onderzoek. Door middel van een cross-sectionele studie willen we meer inzicht krijgen in de aard en omvang van de somatische problematiek bij patiënten met een combinatie van ernstige psychiatrische aandoeningen en verslaving. De gegevens uit deze studie kunnen worden benut voor het ontwerp en de uitvoering van specifieke interventies die bijdragen aan vermindering van de gezondheidsproblemen van de doelgroep. Hiermee wordt naar verwachting bijgedragen aan een betere lichamelijke gezondheid en een betere kwaliteit van leven van de patiënten.

Literatuur

- 1 Porter ME. What is value in health care? *New Eng J Med* 2010; 363(26): 2477-81.
- 2 Huber M. Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. Proefschrift Universiteit Maastricht 2014.
- 3 Cruts G, Laar M van, Buster M. Aantal en kenmerken van problematische opiatengebruikers in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut/ GGD Amsterdam, 2013.
- 4 Wisselink DJ, Kuijpers WGT, Mol A. Kerncijfers Verslavingszorg 2012: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). Houten: IVZ, 2013.
- 5 Brink W van den, Glind G van de, Schippers G. Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving. Utrecht: Trimbos-instituut, 2012.

Voor de volledige literatuurlijst wordt verwezen naar www.vakblad-DVS.nl.



Figuur 2. Portret van Appie door Wim de Haan.



Figuur 3. Portret van Toos door Wim de Haan.