

Aandacht voor somatiek bij verslaafden

Jackie Middeldorp, Ronald Smit, Hans Post, José Koerts & Gerdien de Weert

Verslaving

ISSN 1574-1842

Volume 11

Number 3

Verslav (2015) 11:176-183

DOI 10.1007/s12501-015-0024-z

Verslaving

Tijdschrift over verslavingsproblematiek • 11^e jaargang, nummer 3 september 2015

Verslaafd kind opnemen samen met de ouders helpt

Valide instrument voor assessment verslavingsgedrag

Rolmodellen en beloningen verbeteren therapietrouw jongeren

Nieuw instrument voor assessment somatische problemen



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Bohn Stafleu van Loghum. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".



Aandacht voor somatiek bij verslaafden

Jackie Middeldorp · Ronald Smit · Hans Post ·
José Koerts · Gerdien de Weert

Samenvatting

Tot in de jaren negentig van de vorige eeuw is er sprake van een gebrek aan aandacht voor de somatische problemen van psychiatrische en verslaafde patiënten in instellingen voor ggz en maatschappelijke opvang. Ook ontbreekt het aan een goede ketensamenwerking met betrekking tot deze problematiek. Binnen een samenwerkingsverband van de gemeente Utrecht, zorginstellingen en huisartsen is deze gebrekkige aandacht in de afgelopen tien jaar een belangrijk thema geweest, uiteindelijk (in 2012) resulterend in de Utrechtse Somatische Screeningslijst. Met deze screening wordt beoogd somatische gezondheidsproblemen vroegtijdig te signaleren. Daarmee kan een beter beeld gevormd worden van de gezondheid van de patiënten en kan de huisarts eerder worden ingeschakeld. De eerste afgenomen screenings laten zien dat veelvoorkomende klachten en aandoeningen bij deze patiënten zijn: ondergewicht, COPD- en andere longklachten, pijnklachten, epileptische aanvallen en huidaandoeningen. Veel patiënten dragen een gebitsprothese. De verpleegkundigen ervaren de screening als een positieve ontwikkeling binnen hun vakgebied. Er zijn echter ook knelpunten aan te merken. Besloten is de USS bij te stellen, op basis van de eerste bevindingen en van een enquête onder degenen die ervaring met het instrument hebben opgedaan. Met de aangepaste lijst wordt een onderzoek uitgevoerd binnen Victas.

Structural attention for physical health of psychiatric and substance dependent patients in mental healthcare settings

Abstract

Until the nineties there was an absence of structural attention for physical health of psychiatric and substance dependent patients in mental health care settings.

J. Middeldorp (✉) · R. Smit · H. Post · J. Koerts · G. de Weert
Utrecht, Nederland
e-mail: jmiddeldorp@victas.nl

Besides, in the case of the presence of somatic health problems, care providers did not cooperate in an adequate manner. This lack of attention has been a relevant topic within an alliance of health care institutions, general practitioners, and the municipality of Utrecht within the past ten years. This alliance resulted in the Utrecht Somatic Screening List. The objective of this screening is the timely monitoring of somatic health problems, in order to form a good image of the patients' health status, and to involve the general practitioner in the treatment process. The first findings show that frequent complaints and disorders in these patients are: being underweight, COPD- and other lung related problems, epileptic seizures, and skin diseases. Many patients wear a dental prosthesis. Nurses experience the screening as a positive development for their profession. There are however bottlenecks as well. We decided to adapt the USS based on the first experiences and on a survey among nurses who built up experience with preliminary versions of the USS. Victas, center for addiction treatment, plans to execute a research for the validity and feasibility of the USS in the next year.

Inleiding

In een aantal richtlijnen voor de verslavingszorg is er recentelijk in toenemende mate aandacht voor de lichamelijke klachten en aandoeningen van patiënten in de verslavingszorg. Dat geldt bijvoorbeeld voor de *Richtlijn opiaatonderhoudsbehandeling* (Loth et al. 2012) en voor de in revisie zijnde *Richtlijn detox* (De Jong et al. 2004). De richtlijnen bieden echter geen concreet instrument aan de hand waarvan screening van somatische problemen bij patiënten kan plaatsvinden. In Utrecht is al een aantal jaren ervaring opgedaan met een dergelijk instrument, speciaal ontwikkeld voor de zorgmijdende langdurig verslaafde en/of psychiatrische patiënt die niet of zelden bij de huisarts komt. In dit artikel willen wij de ontstaansgeschiedenis beschrijven van de Utrechtse Somatische Screeningslijst (USS) die in de periode 2007–2012 is ontwikkeld voor deze zorgmijdende doelgroep.

Gerichte aandacht voor somatiek binnen de psychiatrie

In de periode voor de eeuwwisseling is er binnen de psychiatrie en verslavingszorg geen gerichte aandacht voor somatische problemen bij de groep (vaak) middenafhankelijke dak- en thuislozen die niet zelden kampen met psychische problemen. Hoe langduriger de verslaving, des te meer somatische aandoeningen. Bij patiënten met ernstige en chronische psychiatrische ziektebeelden is in de 21e eeuw nog steeds sprake van 15-20 jaar te vroeg overlijden, in vergelijking met de gemiddelde bevolking (Wahlbeck et al. 2011). Deze patiënten gebruiken over het algemeen langdurig psychofarmaca en in vergelijking met de algemene bevolking roken zij vaker, bewegen zij minder en eten zij ongezonder. Onzichtbare of ongemerkt aanwezige somatische comorbiditeit kan bij onderbehandeling een instandhoudende factor zijn voor een psychiatrische stoornis en andersom (De Hert et al. 2011). Denk

bijvoorbeeld aan de combinatie van ernstige infecties met psychotische symptomen, een ernstig vitamine B1-tekort wat kan leiden tot een syndroom van Korsakov of ernstige vermoeidheid bij schildklierlijden of vitamine D-tekort.

Mensen met een psychische stoornis brengen hun lichamelijke klachten vaak in een relatief laat stadium naar voren bij de huisarts. Daarbij belemmert hun psychische situatie het helder verwoorden van klachten. Het is in deze context lastig voor behandelaars om psychische en somatische klachten te onderscheiden. Daarnaast vragen somatische klachten bij mensen met ernstige psychische stoornissen om een expertise waarover huisartsen niet altijd beschikken (Middeldorp 2008).

Een andere risicofactor is medicatiegebruik. De somatische klachten worden door de patiënten vaak gedempt met benzodiazepinen en pijnmedicatie. Uit een praktijkonderzoek naar de somatische zorg voor patiënten van het Utrechtse Hostel Hogelanden (Middeldorp 2008) blijkt dat patiënten lang niet altijd klagen over hun aandoeningen, waardoor de ernst van de problematiek door de omgeving niet (op tijd) wordt gezien of wordt onderschat. Bovendien is onduidelijk welke hulpverlener wanneer welke somatische zorg moet bieden. Er bestaat dus een hiaat tussen de benodigde somatische zorg en het bestaande hulpverleningsaanbod.

Ontstaansgeschiedenis USS

Eind jaren negentig bezetten Utrechtse dak- en thuislozen uit onvrede over de zorg en opvang de expeditiestraat onder het winkelcentrum Hoog Catharijne die al snel werd omgedoopt tot De Tunnel. De situatie daar verslechterde allengs op allerlei terreinen. Naast dealen en helen was er sprake van (seksueel) geweld en bedreigingen. De toenmalige wethouder Hans Spekman sprak van mensonterende omstandigheden.

De gemeente pakte het probleem rigoureus aan conform het Utrechtse model, in samenspraak met zorginstellingen, de NS en de eigenaar van Hoog Catharijne. In rap tempo werden in 2001 vier gebruiksruimten in de omgeving van het stationsgebied geopend, waar gebruikers op vertoon van een pasje naar binnen konden. De GG&GD Utrecht kreeg van de gemeenteraad de opdracht om in verschillende wijken van Utrecht 150-200 opvangplaatsen met 24-uursbegeleiding te realiseren. In december 2001 werd het eerste hostel geopend, twee jaar nadat in Utrecht de heroïneverstrekking van start ging.

Gezondheid en zorg

In 2006 ging in de vier grote gemeenten het *Plan van aanpak maatschappelijke opvang* (Federatie Opvang 2006) van start, een initiatief van de toenmalige minister Zalm (Financiën). In Utrecht formuleerde de GG&GD leefgebieden (financiën, dagbesteding, participatie, wonen, gezondheid en zorg, zorg en veiligheid), om het plan met betrokken partijen zoveel mogelijk te ondersteunen.

In het leefgebied 'Gezondheid en zorg' – een stedelijk netwerk onder voorzitterschap van Ronald Smit (arts maatschappij en gezondheid, GG&GD Utrecht),

waarin vertegenwoordigers van ggz-instellingen, maatschappelijke opvanginstellingen, huisartsen en apothekers deelnamen – was de matige aandacht voor en kennis van de lichamelijke problemen van de doelgroep een belangrijk aandachtspunt. Besloten werd om een checklist op te stellen.

Een werkgroep bestaande uit Victas (voorheen Centrum Maliebaan), Altrecht, Lister (voorheen Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht) en huisartsen kwam na verschillende bijeenkomsten tot een eerste versie van de Somatische Screeningslijst, een eerste format bestaande uit een groot aantal vragen over zowel lichamelijke als verslavingsproblematiek. Dit instrument bevatte, naast beperkt lichamelijk onderzoek, een aantal onderdelen uit de Maudsley Addiction Profile (MAP; Marsden et al. 1998). De toepassing van dit instrument werd na twee jaar geëvalueerd. De ervaring was dat het lastig was om vragenlijsten af te nemen bij de doelgroep. Het aantal vragen was te groot en men kon mensen met moeite blijven motiveren om ze alle te beantwoorden.

De evaluatie is besproken in het leefgebied gezondheid en zorg. Besloten werd dat de vragenlijst korter en praktischer moest worden. Jose Koerts (Altrecht), Jacqueline Middeldorp (Victas) en Ronald Smit (GG&GD Utrecht) voerden deze opdracht uit en kwamen medio 2012 tot de USS.

Signalering van somatische problemen

De USS is een gestandaardiseerde vragenlijst, speciaal ontwikkeld en gericht op personen met ernstige psychische aandoeningen (EPA), waartoe de groep patiënten met ernstige middelenafhankelijkheid en/of -misbruik behoort. Deze EPA-patiënten zijn over het algemeen afhankelijk van meerdere middelen. Ze zijn in principe zorgmijddend en gaan niet snel zelf met klachten naar de (huis)arts. Daardoor is er bij deze patiënten dikwijls sprake van een slechte somatische gezondheid. De EPA-doelgroep is zowel bij Altrecht als bij Victas te vinden.

De USS gaat verder dan de probleemverkenning zoals die bijvoorbeeld plaatsvindt in de MATE (module 5); in deze module wordt gevraagd naar de frequentie waarmee een aantal klachten worden ervaren gedurende de afgelopen maand. De USS vraagt de somatische gezondheid uit en objectificeert deze.

In de ontwikkeling van de USS is de ervaring met de voorlopers van de lijst meegenomen. In de USS zijn onderdelen van bestaande protocollen en richtlijnen opgenomen, zoals de *Richtlijn opiaatonderhoudsbehandeling* (RIOB; Loth et al. 2012), de *Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving* (Van den Brink et al. 2013), de *Richtlijnen goede voeding* (Gezondheidsraad 2006), de *Richtlijn behandeling tabaksverslaving* (CBO 2009) en de *Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol* (Trimbos-instituut en CBO 2009).

De USS bestaat, na een korte introductie waarin doel en opzet van de screeningslijst wordt uitgelegd en enkele vragen worden gesteld over het recente zorggebruik, uit vijf onderdelen en een aantal bijlagen. Per onderdeel kan aangegeven worden of het nodig is actie te ondernemen. Afname van de volledige USS duurt ongeveer

45 minuten; bij vervolgafname is dit ongeveer 20 minuten. Module 2 kan hierbij worden overgeslagen.

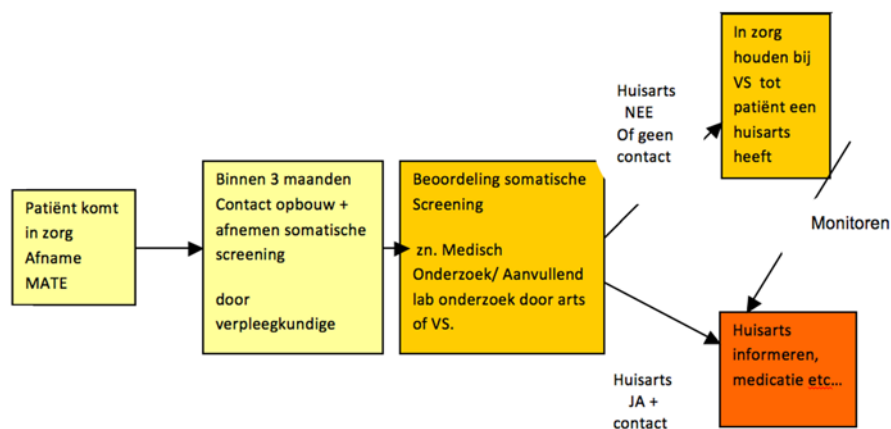
Inhoud van de USS¹

- *Module 1.* Deze module (in totaal dertien items) bestaat uit een lichamelijke screening, aangevuld met een waarderingsvraag over de ervaren eigen gezondheid, waarbij de patiënt een cijfer kan geven voor de eigen gezondheid.
- *Module 2.* Deze module (negen ja/nee-items) omvat een inventarisatie van chronische aandoeningen en infectieziekten, zowel van de patiënt als diens familie (vader, moeder, broers/zussen en andere familie).
- *Module 3.* In deze module (negen open vragen) worden vervolgens leefstijl en medicatiegebruik in kaart gebracht. Aandacht wordt besteed aan voeding, beweging, roken, middelengebruik en risico's van seksueel gedrag. Daarnaast vindt een inventarisatie plaats van de gebruikte medicatie, waarbij aandacht wordt besteed aan bijwerkingen die men hiervan ondervindt. De patiënt wordt tevens gevraagd of hij (aanvullende) informatie wil krijgen over zijn medicatie.
- *Module 4.* In deze module informeert de USS naar actuele klachten. Dit gebeurt eerst aan de hand van tekeningen, waarop de patiënt kan aangeven waar hij pijn of ongemak ervaart. Voor deze methode is gekozen, omdat een deel van de doelgroep behept is met verstandelijke beperkingen. Vervolgens wordt in dertien ja/nee-vragen een aantal klachten specifiek uitgevraagd. Geslachtspecifieke vragen ('Wanneer heeft u voor het laatst een uitstrijkje laten maken?', 'Onderzoekt u regelmatig uw borsten?', 'Heeft u ooit wel eens een onderzoek ondergaan van de prostaat?') maken deel uit van deze module. Het gaat hierbij om acht vragen voor vrouwen en drie voor mannen.
- De screening sluit af met een samenvatting (negen items), waarmee de somatische beeldvorming afgerond kan worden.

De screening is in principe af te nemen door de verpleegkundige die het dichtst bij de patiënt staat.

Aan de hand van gelopen risico's en van het klachtenpatroon wordt een laboratoriumaanvraag ingevuld. De USS maakt het mogelijk om gericht laboratoriumonderzoek aan te vragen, waarmee somatische aandoeningen mogelijk eerder herkend worden en te behandelen zijn. De somatische screening draagt zo bij aan de verdere ontwikkeling van ketenzorg, waarbij een spilfunctie is weggelegd voor de verpleegkundig specialist. De samenwerking met de huisarts (en specialist) wordt

¹ Ten tijde van het schrijven van dit artikel, is een nieuwe versie van de USS: de USS 2.0, in ontwikkeling. Vanaf najaar 2015 zal de USS 2.0 beschikbaar zijn via de website van Victas of van Altrecht. Daarnaast wordt bezien of de USS kan worden geborgd binnen de RIOB. De USS 1.0 is op te vragen via de corresponderend auteur.



Figuur 1 Flowchart somatische (bemoei)zorg EPA-patiënten in relatie tot huisartsenzorg (VS = verpleegkundig specialist).

versterkt doordat de huisarts een samenvatting van de belangrijkste bevindingen uit de screening krijgt en gevraagd wordt, indien noodzakelijk, behandeling in te zetten (voor een overzicht zie fig. 1).

Ervaringen met de USS

Zowel bij Altrecht als bij Victas is afname van de somatische screening inmiddels een onderdeel van de behandeling. Binnen de Assertive Community Treatment (ACT) bij Altrecht is oriënterend onderzoek gedaan naar de uitkomsten. De eerste screeningsresultaten laten zien dat er sprake is van bewegingsstoornissen, symptomen behorende bij het metabool syndroom en een hoog risico op soa's en infectieziekten (Koerts 2011). Moesker (2013) vindt daarnaast ongezonde leefstijlen, symptomen van het spijsverteringsstelsel en een slechte staat van het gebit. Gemiddeld kampen patiënten met 8,5 klachten (SD 4,5), op een schaal van 1–34.

De USS is binnen Victas in de afgelopen jaren afgenomen bij 144 Functie Assertive Community Treatment-patiënten (FACT). Verpleegkundigen ervaren de uitvoering van de screening als een positieve ontwikkeling: zij 'zijn weer bezig met hun vak', is een veelgehoorde opmerking. De lijst is toegespitst op de doelgroep en de gestelde vragen passen bij de doelgroep. Op basis van de verkregen eerste informatie concluderen we dat veelvoorkomende klachten en aandoeningen bij deze patiënten zijn: ondergewicht, COPD- en andere longklachten, pijnklachten, epileptische aanvallen en huidaandoeningen. Veel patiënten dragen een gebitsprothese. Het percentage patiënten van wie bekend is dat zij diabetes mellitus hebben, is lager dan op basis van de prevalentie in de algemene bevolking verwacht mag worden. Onbekend is of dit komt door onderrapportage of dat dit samenhangt met ondergewicht.

Toch rijzen ook knelpunten: de lijsten zijn tot op heden niet afgenomen met een onderzoeksdoel. Informatie die op andere plaatsen (bijvoorbeeld in het Elektro-

nisch Patiënten Dossier) beschikbaar is, wordt kortheidshalve niet ingevuld in de lijst. Daardoor is er vrij frequent sprake van ontbrekende informatie. Bovendien zijn sommige vraagstellingen niet eenduidig en voor meerdere interpretaties vatbaar. Daarnaast is niet duidelijk hoeveel patiënten medewerking aan deze screening weigerden. Ten slotte is de zorgconsumptie in de eerste lijn niet consequent geregistreerd en evenmin is aangegeven of de patiënt na afname van de USS werd verwezen naar de huisarts.

Toekomstige inzet van de USS

Besloten is in te zetten op verdere ontwikkeling van de USS. De lijst wordt nu bijgesteld op basis van de eerste bevindingen. Met de aangepaste lijst wordt in 2015 een onderzoek uitgevoerd binnen Victas, onder minimaal 150 patiënten. Daarbij worden ook andere lijsten afgenomen, zodat externe validering kan plaatsvinden. Op dit moment is het nog te vroeg om uitgebreid in te gaan op dit onderzoek. In tweede instantie wordt gezien of en in welke mate de lijst geschikt is voor andere doelgroepen binnen de verslavingszorg.

Daarnaast wordt de nieuwe landelijke *Richtlijn somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening* (EPA) en de *Richtlijn leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening* (Meeuwissen et al. 2014) naast het instrument gelegd om te kijken in hoeverre gekomen kan worden tot een gezamenlijke richtlijn voor ggz en verslavingszorg. Ten slotte zal het aldus ontwikkelde instrument, eventueel met bijgestelde richtlijn en protocol voor afname, worden aangeboden aan Resultaten Scoren.

Onze verwachting is dat borging van dit instrument in de *RIOB* en in de *MDR opiaatverslaving* zinvol kan zijn: in deze richtlijnen (Loth et al. 2012; Van de Brink et al. 2013) is er wel aandacht voor somatisch onderzoek van de patiënt door verpleegkundige en arts, maar een concreet bruikbaar instrument ontbreekt. Er is wel sprake van aandacht voor zelfzorg en medicatietrouw, maar leefstijl wordt niet nadrukkelijk benoemd. Ook infectieziekten en veilig gebruik van middelen hebben nog geen duidelijke plaats gekregen binnen deze richtlijnen.

Datzelfde geldt voor de nieuwe *Richtlijnen somatische screening en leefstijl voor EPA-patiënten* (2015). Wij verwachten met deze ingezette procedure te komen tot een valide en praktisch bruikbaar instrument en protocol, waarmee aandacht besteed kan worden aan de somatische problematiek van verslaafden, zodat tijdig en adequaat ingrijpen mogelijk wordt.

Literatuur

- Brink, W. van de, Glind, G. van de, & Schippers, G. M. (red.) (2013). *Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Federatie Opvang (2006). Plan van aanpak maatschappelijke opvang. Internet: http://www.opvang.nl/files/Plan_van_Aanpak_maatschappelijke_opvang.G4_07022006.pdf Geraadpleegd op 15 april 2015.

- Gezondheidsraad (2006). *Richtlijnen goede voeding*. Den Haag: Gezondheidsraad (publicatie 2006/21).
- Hert, M. de, Cohen, D., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Leucht, S., Ndeti, D. M., Newcomer, J. W., Uwakwe, R., Asai, I., Möller, H. J., Gautam, S., Detraux, J., & Correll, C. (2011). WPA educational module. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*, 10, 138–151.
- Jong, C. A. J. de, Hoek, A. F. M. van, & Jongerhuis, M. (red.) (2004). *Richtlijn detox. Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Koerts- Janmaat, J. (2011) Bevindingen steekproef somatische screening. ACT -2, Altrecht. Eindopdracht opleiding Verpleegkundig Specialist GGZ (GGZ-VS). Utrecht, Altrecht.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2009). *Richtlijn behandeling van tabaksverslaving (herziening)*. Utrecht: CBO.
- Loth, C., Wits, E., Jong, C. A. J. de, & Mheen, D. van de (2012). *RIOB: richtlijn opiaatonderhoudsbehandeling (herziene versie)*. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P., Edwards, C. & Strang, J. (1998). The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction*, 93, 1857–1867.
- Meeuwissen J., Meijel, B. van, Gool, R. van, Hermens, M., i.s.m. Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene Somatische Screening & Leefstijl (2014). Richtlijn somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening (EPA). Utrecht, Trimbos Instituut.
- Middeldorp J. (2008). *Best practice, beter in zorg. Praktijkgericht onderzoek, Hostel Hogelanden*. Utrecht: Centrum Maliebaan.
- Moesker, S. (2013). *Inzicht in somatische klachten, psychiatrische symptomen en zorgbehoeften bij ambulante EPA-patiënten. Een kwantitatief beschrijvend onderzoek naar de uitkomsten van somatische screenings en verschillen gemeten met HoNOS en CANSAS tussen gescreende en niet-gescreende patiënten*. Utrecht: Altrecht.
- Trimbos-instituut/Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (2009). *Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol*. Utrecht: Trimbos-instituut/Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
- Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., & Munk Laursen, T. (2011). Outcome of Nordic mental health systems life expectancy of patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 199, 453–458.

Jackie Middeldorp is verpleegkundig specialist ggz bij Victas te Utrecht.

Ronald Smit is arts maatschappij en gezondheid, volksgezondheid te Utrecht.

Hans Post is verslavingsarts bij Victas te Utrecht.

José Koerts is verpleegkundig specialist ggz bij Altrecht te Utrecht.

Gerdien de Weert is coördinator onderzoek bij Victas te Utrecht.