

RIOB

**Ondersteuning landelijke implementatie Richtlijn
Opiaatonderhoudsbehandeling**

Eindrapport

Maart 2008

IVO, NISPA

Elske Wits (IVO)

Chris Loth (NISPA)

Dike van de Mheen (IVO)

Cor de Jong (NISPA)

Voorwoord

Voor u ligt het eindrapport van een landelijk implementatietraject RIOB, dat in de afgelopen twaalf maanden is ondersteund door het NISPA en het IVO. Deze ondersteuning bestond uit praktische ondersteuning van de implementatie binnen de deelnemende instellingen en uit een visitatieronde. Helaas is de implementatie van de RIOB vanwege gebrek aan financiële middelen bij de verslavingszorginstellingen in de loop van 2007 stil komen te liggen. De implementatieondersteuning is voortijdig beëindigd en de geplande tweede visitatieronde in 2008 kan geen doorgang vinden. Ook kan de ontwikkeling van prestatie-indicatoren voor de ambulante opiaatonderhoudsbehandeling nog niet worden afgerond. Wij hopen dat op korte termijn de financiering voor de noodzakelijke zorg voor deze patiënten op het gewenste niveau wordt gebracht zodat we de verdere implementatie weer op kunnen pakken.

Ondanks het gebrek aan middelen hebben zeven verslavingszorginstellingen in 2007 tijd en energie geïnvesteerd in de opzet van instellingsgebonden RIOB-implementatieplannen. Het NISPA en het IVO hebben daarbij ondersteund met ondersteunende producten, zoals een format voor een implementatieplan. Ook is een eerste visitatieronde uitgevoerd, waarbij de projectleiders in samenwerking met de methadonteam visitatiedagen hebben georganiseerd op acht verstrekkingslocaties. Onze dank gaat uit naar allen die hieraan hebben meegewerkt. Dank ook aan alle leden van de landelijke denktank die meerdere keren naar Amersfoort kwamen om met ons van gedachten te wisselen.

Ruud Rutten

Inhoud

1	Inleiding	blz. 4
2	Werkwijze	blz. 6
3	Kennisontwikkeling en implementatieondersteuning	blz. 8
4	Opiatonderhoudsbehandeling: stand van zaken medio 2007	blz. 14
5	Landelijke afstemming	blz. 20
6	Conclusies en aanbevelingen	blz. 21
	Literatuur	blz. 23

BIJLAGEN

Bijlage 1	Startdocument	blz. 25
Bijlage 2	Functieprofiel instellingsgebonden projectleider RIOB implementatie	blz. 30
Bijlage 3	Tekst patiëntenfolder RIOB	blz. 31
Bijlage 4	Tekst verkorte versie RIOB voor hulpverleners	blz. 38
Bijlage 5	Format voor een instellingsgebonden implementatieplan	blz. 40
Bijlage 6	Deelnemers leergroep RIOB deelnemende instellingen	blz. 55
Bijlage 7	Deelnemers landelijke denktank RIOB	blz. 56
Bijlage 8	Vragenlijst visitatie	blz. 57
Bijlage 9	Zelfscorelijst visitatie	blz. 75

1 Inleiding

De Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB) is in 2004-2005 ontwikkeld om een adequaat antwoord te geven op de vraag hoe de behandeling van chronische opiaatverslaafde patiënten vanuit de ambulante verslavingszorg kan worden gestroomlijnd en verbeterd. Aanleiding hiervoor was onder meer de conclusie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) dat de methadonprogramma's in Nederland niet op het gewenste niveau en zeer divers functioneren (IGZ, 2005).

De implementatie van de RIOB brengt voor bijna elke instelling voor verslavingszorg een ingrijpend veranderingsproces met zich mee (Loth e.a. 2006). De richtlijn is niet in te voeren met een aantal snelle aanpassingen op een 'methadonpost'. Op verschillende niveaus in de organisatie is een veranderingsproces noodzakelijk om te komen tot goede, multidisciplinaire zorg. Vanaf oktober 2006 tot en met oktober 2007 hebben het NISPA en het IVO daarom ondersteuning geboden bij de implementatie van de RIOB, in opdracht van Resultaten Scoren en acht¹ verslavingszorginstellingen.

1.1 Doelstellingen RIOB project landelijke ondersteuning

Het project Ondersteuning Implementatie RIOB had als algemene doelstelling te komen tot een landelijke implementatie van de richtlijn opiaatonderhoudsbehandeling, middels een centrale landelijke ondersteuning en kwaliteitsbewaking. Binnen de hiervoor beschikbare tijd is de richtlijn geïntroduceerd, (gedeeltelijk) toegepast, geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Het streven was daarbij om in 2007 bij elk van de deelnemende instellingen minstens één pilotstation de implementatie te laten doorlopen. Eind 2007 moest bij de deelnemende instellingen bovendien de expertise aanwezig zijn om de richtlijn instellingsbreed door te voeren. Ten slotte zouden enkele prestatie-indicatoren worden ontwikkeld en uitgetest ten behoeve van een landelijke RIOB-benchmarkstructuur.

1.2 Randvoorwaarden

Het slagen van een landelijke implementatie is afhankelijk van een drietal randvoorwaarden. Allereerst de toekenning van meerfinanciering van de noodzakelijk geachte behandeling, zoals deze in het voorjaar 2006 was berekend (De Vries, 2006). Per patiënt is 4.400 euro extra nodig om de medicatieverstrekking en de begeleiding adequaat uit te voeren.² De meerfinanciering komt voornamelijk voort uit een steeds slechter wordende algemene gezondheidstoestand van deze patiënten (Knapen e.a. 2007). De tweede belangrijke voorwaarde is overeenstemming over de landelijke implementatie van de RIOB in het netwerk verslavingszorg van GGZ Nederland. De complexiteit van de zorg voor de chronische patiënt gebiedt echter dat er regionale verschillen in de uitwerking van de richtlijn kunnen blijven bestaan. De derde voorwaarde is daarom het toestaan van noodzakelijke geachte regionale modificaties in de toepassing van de RIOB.

¹ Vanwege de fusie van Brijder en Parnassia zijn dit inmiddels zeven instellingen.

² Uitgaande van 12.500 opiaatverslaafde patiënten die in aanmerking komen voor een opiaatonderhoudsbehandeling is 55 miljoen nodig om de RIOB te kunnen implementeren.

1.3 Projectgroep en afstemming met de stuurgroep RS

De leden van de projectgroep waren; Cor de Jong (NISPA), Dike van de Mheen (IVO), Ruud Rutten (TACTUS Groep) en Elske Wits (IVO) en Chris Loth (NISPA/TACTUS Groep). De projectgroep is vanaf najaar 2006 t/m najaar 2007 zes maal bijeen geweest. Alle bijeenkomsten hebben input vanuit GGZ Nederland gehad doordat de projectleider RS korte tijd aanwezig was bij elke bijeenkomst. Cor de Jong, Dike van de Mheen en Ruud Rutten verzorgden de rapportage van de voortgang naar de stuurgroep RS. Onderwerpen die ter tafel kwamen tijdens de zes bijeenkomsten waren;

- Verslag projectleiders van de voortgang implementatie en visitaties;
- Werving van instellingen en gemeenschappelijke standpuntbepaling over RIOB door verslavingszorg;
- Financiële verantwoording: subsidiegelden, eigen bijdrage deelnemende instellingen (volledig en/of gedeeltelijk);
- Financiële toekomst RIOB-uitvoer: strategiebepaling ten opzichte van en communicatie met GGZ Nederland en Ministerie VWS.

1.4 Eindrapportage

Vooralsnog komt er geen, of onvoldoende, extra geld beschikbaar voor de implementatie van de RIOB (voorwaarde 1). Daarmee is het implementatieproces stil komen te liggen, en wordt het ondersteuningstraject middels deze rapportage afgerond. In dit eindrapport wordt verslag gedaan van de activiteiten die in de periode oktober 2006 – oktober 2007 zijn ondernomen om tot een geslaagde implementatie van de RIOB te komen.

2 Werkwijze

2.1 Werving van instellingen

Nederland telt dertien instellingen voor verslavingszorg en één GGD die ambulante methadonverstrekking aan drugsverslaafden in hun voorzieningenpakket hebben. Hiervan hebben er uiteindelijk acht³ deelgenomen aan het implementatietraject en/of de visitatie. Alle instellingen zijn per brief en met een daarbij gevoegd startdocument (zie bijlage 1) uitgenodigd om deel te nemen. Vervolgens is via een belronde nagegaan of men wilde participeren in het project. Instellingen die niet deelnamen hadden hiervoor verschillende redenen. Instellingen die bezig waren met HKZ-certificering noemden dit vaak als reden om niet deel te nemen (drukte). Enkele instellingen hebben aangegeven wel in een tweede visitatieronde geïnteresseerd te zijn. Andere reden is het – naar eigen zeggen – niet werken volgens de RIOB. Ten slotte werd als reden genoemd dat men al geld had gespendeerd aan een externe projectleider voor de implementatie van de RIOB, en dat deze maatregel voldoende was om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Opvallend was de hogere motivatie voor deelname aan de implementatie van de RIOB en de hierbij behorende visitaties op de werkvloer, dan bij het hoger management van de niet-deelnemende instellingen.

2.2 Ondersteunende producten, uitwisseling

Deelnemende instellingen (zie bijlage 2 voor het hierbij behorende profiel van de instellingsgebonden projectleider) ontvingen scholingsmodules, een verkorte versie van de RIOB voor hulpverleners, een format voor een instellingsgebonden implementatieplan en een folder met patiënteninformatie. Ook is een landelijke structuur opgezet (leergroep, denktank) voor uitwisseling van kennis en ervaringen, met als doel het bevorderen van een landelijke kwaliteitsverbetering van de opiaatonderhoudsbehandeling en het leggen van een basis voor een landelijke benchmarkstructuur. In hoofdstuk 3 wordt uitgebreid ingegaan op deze kennisontwikkeling en ondersteuning van de implementatie.

2.3 Visitaties

In april tot en met augustus 2007 is de organisatie van acht verstrekkingsunits in heel Nederland op dezelfde wijze in kaart gebracht. Het doel van de eerste visitatie is om een adequate inschatting te maken van de hier-en-nu situatie en het verkrijgen van inzicht in de scholingsbehoefte. De resultaten die uit deze eerste visitatieronde naar voren zijn gekomen worden in hoofdstuk 4 van dit eindrapport gepresenteerd.

³ Vanwege de fusie van Brijder en Parnassia zijn dit inmiddels zeven instellingen.

Visitatie is 'een intercollegiale doorlichting van de organisatie van het zorgverleningsproces op locatie' (definitie CBO). Daartoe gaat een aantal beroepsgenoten bij elkaar kijken hoe de zorgverlening in de betreffende praktijk is georganiseerd. Bij het bezoek aan de methadonposten is specifiek aandacht besteed aan het verloop van het primaire proces en de inrichting van de voorziening. Benadrukt moet worden dat het functioneren van individuen buiten beschouwing wordt gelaten.

De procedure per visitatie bestond uit het verzamelen van schriftelijke voorinformatie (zelfevaluatie door de instelling via een vragenlijst en een zelfscorelijst, zie bijlage 9 en 10), een observatieronde en enkele gesprekken. Deze gesprekken vonden in vertrouwelijke sfeer plaats. Ter afsluiting hebben de bezoekers feedback aan de RIOB-projectleider van de gevisiteerde instelling gegeven.

Om de objectiviteit van de beoordelingen te garanderen lag de eindverantwoordelijkheid voor de visitatierapporten bij het IVO, een niet-instellingsgebonden onderzoeksinstituut. Het visitatierapport is gebaseerd op de zelfevaluatie, het verslag van het bezoek van het visitatieteam en het commentaar van de instelling hierop.

In hoofdstuk 4 worden de resultaten van de visitaties beschreven.

3 Kennisontwikkeling en implementatieondersteuning

3.1 Achtergrond

De RIOB is volgens het Masterprotocol Resultaten Scoren (Van Dijk e.a. 1999) ontwikkeld via twee fasen; een ontwikkelingsfase en een testfase waarin een implementatie op kleine schaal plaats vond. De fasen hebben niet los van elkaar gestaan maar liepen in elkaar over omdat ontwikkeling van inhoud, afstemming op het instellingsbeleid en aanpassing van de inhoud op basis van evaluaties nauw met elkaar samenhangen. Een belangrijk instrument hierbij is een leergroep of focusgroep. Deze groep, waarvan de deelnemers in de dagelijkse praktijk of als hulpverlener werken of juist als manager voor de beleidsbeslissingen verantwoordelijk zijn, speelt een belangrijke rol in de overgang van ontwikkeling en evaluatie in de dagelijkse praktijk. Daarom is ook voor de kennisontwikkeling en implementatie van de RIOB op landelijke niveau wederom gekozen voor een leergroep die de implementatie nauw volgt. De leergroep heeft een instellingsoverstijgend karakter gehad. De onderwerpen hadden vanuit de implementatie een gemeenschappelijkheid. Over deze onderwerpen konden in de leergroep beslissingen genomen worden die door alle instellingen zo werden uitgevoerd (gezamenlijkheid). Maar ook de voor iedere instellingen net weer andere invalshoeken werden besproken en uitgewisseld (cultuur en structuurgebonden uitzonderingen). De pilotfase van de RIOB waarin de richtlijn werd ontwikkeld en geëvalueerd had een lokaal karakter; in de leergroep werd de werkwijze stap voor stap naar een landelijk geldend model vertaald. De leergroep en de verschillende implementatieondersteunende producten worden hieronder besproken.

3.2 Leergroep bijeenkomsten

Uit de evaluatie van de RIOB pilot periode bleek dat een blijvende ondersteuning van de instellingsgebonden implementatie noodzakelijk was, omdat de RIOB aanzienlijke aanpassingen vereist in de huidige zorgorganisatie in de ambulante verslavingszorg. Deze ondersteuning heeft in 2007 plaatsgevonden in een leergroep die bestond uit de projectleiders van de deelnemende instellingen en de projectcoördinatoren van het landelijke RIOB ondersteuningstraject. In bijlage 7 is een overzicht van de deelnemende instellingen en projectleiders te vinden.

De ondersteunende leergroep bijeenkomsten vonden plaats vanaf januari 2007 t/m september 2007. In totaal hebben 5 leergroepen plaatsgevonden:

- 29 januari 2007
- 15 februari 2007
- 2 april
- 16 mei
- 10 september 2007

De leergroepen hadden een vaste opzet; de structuur werd bepaald door de agendapunten en de direct ter tafel gebrachte onderwerpen door de deelnemers. Elke bijeenkomst had een voorzitter en een notulist.

Gezamenlijk overleg met directies

In januari 2007 werd de eerste leergroep gezamenlijk gestart met de directies van de deelnemende instellingen. Dit heeft een vervolg gehad in april 2007 in verband met de strategiebepaling en de landelijke financiering van de RIOB implementatie. Beide brede overlegbijeenkomsten hadden als centraal thema de extra financiering vanuit het Ministerie van VWS. Het betreft de kosten van de uitvoering van met name de begeleiding van chronische drugsverslaafden in de dagelijkse praktijk. Deze begeleiding, indien uitgevoerd volgens de RIOB, gaat intensiever worden voor een grote groep patiënten en gaat derhalve meer kosten met zich meebrengen dan nu door de zorgkantoren worden vergoed. De extra financiering vanuit VWS zou via de ophoging van de regionale budgetten vanuit de zorgkantoren naar de instellingen moeten vloeien. In beide overleggen hebben de verschillende instellingen de stand van zaken aangaande hun eigen onderhandeling met de zorgkantoren met elkaar uitgewisseld en zo afstemming gezocht. Onderwerpen die ter tafel kwamen waren:

- Keuzes die instellingen maken over de breedte van de RIOB implementatie in de eigen instelling;
- Communicatie vanuit deze groep instellingen naar instellingen die tot nu toe niet deelnemen aan de RIOB implementatie;
- Ontstane problemen met name op de werkvloer bij het uitblijven van de implementatie;
- Strategiebepaling indien het extra geld wel of niet komt.

De twee overleggen in directieverband hebben zorggedragen voor een gezamenlijke strategiebepaling zowel intern ten aanzien van de implementatie, als extern ten aanzien van de communicatie naar andere instellingen, naar GGZ Nederland en naar het Ministerie van VWS.

Diverse leergroepen en gespreksonderwerpen

Onderwerpen die ondergebracht zijn in de opzet van een plaatselijk implementatieplan:

- De informatie over de aard en omvang methadongebruikende patiënten;
- De kloof tussen medische visie op verslaving en de meer welzijnsgevormde visie op verslaving: verschillen en tegenover elkaar staande opvattingen over taken en positie van verpleegkundigen en artsen ten opzichte van die van de maatschappelijk werkers;
- De verschillende opvattingen binnen instellingen over de taken van verpleegkundigen en taken van casemanagers;
- De mate van beslissingen nemen en communicatieafstemming tussen de verschillende lagen management over stappen die gezet moeten worden in de RIOB implementatie;
- De mate van communicatie en afstemming tussen de diverse ondersteunende diensten van de instellingen;
- De RIOB implementatie en de op handen zijnde fusies binnen twee deelnemende instellingen;
- Afstemming RIOB implementatie en activiteiten rondom de HKZ certificering;
- Afstemming RIOB implementatie en de implementatie van de heroïneverstrekking;
- Afstemming RIOB en Landelijke Centrale Middelen Registratie (gedeeltelijk of volledig);
- RIOB en het gebruik van de drie patiëntenprofielen en de daarbij behorende begeleidingsmodulen (een aantal instellingen is nieuwe subprofielen aan het ontwikkelen).

Onderwerp dat is ondergebracht in de visitatieopzet:

- Discussies over de te kiezen uitkomstmaten bij de visitaties en beperking van de maten i.v.m. tijd en geld. Uitkomst: geen patiënttevredenheid en medewerkertevredenheid meenemen in de metingen

Onderwerpen die ondergebracht zijn in de scholingsmodule RIOB:

- Het bestaande kennistekort bij met name de verstrekkende verpleegkundigen en casemanagers over de nieuwe visie op verslaving, bestaande psychiatrische problematiek en de somatische problematiek bij drugsverslaving;
- Voorstel om de diverse scholingen centraal te organiseren zodat ook tussen instellingen kruisbestuiving kan optreden en de inhoud zoveel mogelijk eenduidig is.

Voorstellen voor aanvullingen bestaande RIOB:

- Alcoholproblematiek: diagnostiek en behandeling binnen de opiaatonderhoudsbehandeling
- Verbetering van de nu beschreven psychiatrische problematiek naar aanleiding van de State of the Art studie van ZonMw;
- Aanvulling van de RIOB met de huidige heroïnebehandeling.

Implementatieproblemen

- 1) Na vijf bijeenkomsten bleek een driedeling te bestaan ten aanzien van de perikelen rondom de implementatie bij de 8 instellingen die deelnamen. Het gaat om drie trajecten en de daarbij behorende problemen: Indien nog niet begonnen, ook geen bestaande plannen hiervoor en alleen een eerste visitatie uitgevoerd:
 - Door de nulmeting wordt goed duidelijk wat er mist voor een goede implementatie. Advies hier is om voorzichtig en stap voor stap op één post te beginnen.
- 2) Indien nauwelijks begonnen aan de implementatie:
 - Stopzetten implementatieplannen na de nulmeting (eerste visitatie): minimale variant alleen RIOB op administratiegebied (dossiers);
 - Wel uitvoeren van de scholingen;
 - Beperking implementatie tot één pilotstation.
- 3) Indien vergevorderd met implementatie:
 - Begeleidingstraject beperken tot een klein aantal patiënten omdat het aantal casemanagers te beperkt is, bijvoorbeeld een instelling in een grote stad met 850 methadongebruikende patiënten kan 250-300 van hen adequate en volgens de norm vastgestelde begeleiding bieden.

3.3 Implementatieondersteunende producten

Om de implementatie van de RIOB te ondersteunen werd een aantal producten ontwikkeld en ter beschikking gesteld aan de deelnemende instellingen. Alle producten werden samen met de belanghebbende disciplines op de werkvloer stap voor stap ontwikkeld, waarbij een evaluatie met deze werkers na gebruik leidend was voor een bijstelling van het product.

Patiëntenfolder van de RIOB

Binnen de verslavingszorg zijn vele versies te vinden van een folder waarin voorlichting wordt gegeven over heroïne, methadon en behandeling met methadon. Om de instellingen een op de RIOB afgestemde informatie over opiaatonderhoudsbehandeling te kunnen verstrekken werd een patiëntenfolder ontwikkeld. De tekst van deze folder werd gebaseerd op de voorlichtingsfolder die eerder werd geschreven voor de patiënten van de

vier instellingen die met de pilot van de RIOB meededen. Omdat de tekst landelijk afgestemd moest gaan worden op de patiënten die nu in de methadonbehandeling te vinden zijn, werd gekozen voor een samenwerking met de Stichting Mainline die al jarenlang ervaring heeft met voorlichtingsmateriaal op patiëntenniveau. Zij hebben op basis van de RIOB-tekst een foldertekst ontwikkeld samen met patiënten uit de dagelijkse zorg. Deze tekst is bijgevoegd in bijlage 3. Concepten werden voorgelegd aan de eerste geneeskundige van TACTUS, een verslavingsarts van Parnassia en aan de leden van de leergroep. De instellingen krijgen bij de definitieve versie van de patiëntenfolder de instructie mee dat aan de tekst niets kan worden veranderd. De tekst kan alleen worden aangevuld met instellingsgebonden informatie, zoals openingstijden van de uitgiftebalie en wat te doen bij het hebben van een klacht.

Hulpverlenerversie van de RIOB

Omdat de RIOB in boekvorm behoorlijk lijvig is en dus in de dagelijkse praktijk lastig te hanteren, is gekozen voor een verkorte versie van de richtlijn naast het boek. Deze versie moest niet alleen in aantal woorden worden beperkt, maar ook snel in te zien zijn. Met een aantal verpleegkundigen (3) en een verslavingsarts van TACTUS werd een eerste concept ontwikkeld. Dat concept werd voorgelegd aan een panel van deskundigen uit drie instellingen en bijgesteld. De tweede versie werd in de leergroep gepresenteerd en goed bevonden (zie voor de tekst bijlage 4). De tekst is overhandigd aan alle leden van de leergroep ter verspreiding in de instellingen.

Met de tekst - die op twee A4 vellen past - kan een handzame instellingsgebonden versie (met eigen logo) gedrukt worden. TACTUS heeft dit inmiddels via de huisdrukker laten uitvoeren en heeft het document laten plastificeren, zodat het uitgedeeld kon worden op alle methadonposten van de instelling. Daar ligt het op een voor iedereen zichtbare en te raadplegen plaats.

Raamwerk plaatselijk implementatieplan

Uit de evaluatie van de eerste pilot RIOB bleken een aantal randvoorwaardelijke voorzieningen al bij de eerste plannen van belang om uit te werken. De meeste van deze randvoorwaarden hadden vergaande implicaties voor de dagelijkse praktijk op een methadonpost (Loth, Oliemeulen, De Jong, 2006). Voorbeelden hiervan waren:

- inbedding van de RIOB werkwijze in de voordeur van de instelling;
- vaststellen aantal patiënten in de drie profielen en inschatting maken van aantallen herintakes;
- veranderingen binnen elektronische dossiers en registratiesystemen vaststellen;
- functiedifferentiatie binnen het verpleegkundige team en de scholing hierop afstemmen;
- cultuurverandering en veranderende rol verpleegkundige versus taken en rollen van maatschappelijk werkers.

De quick scan die gebaseerd was op de uitkomsten van de pilot RIOB is een eerste stap om in te kunnen schatten wat de huidige situatie op een verstrekkingseenheid inhoudt ten opzichte van de werkwijze die in de RIOB wordt voorgesteld. Voorbeelden hiervan zijn: aantal fte's verpleegkundigen en arts en de daadwerkelijke aantallen verpleegkundigen op de post per openingsmoment, openingsuren en aanwezigheid en bereikbaarheid van de verpleegkundigen tijdens en na de openingsuren, aanwezigheid van een zorg/behandelplan. De onderwerpen in de scan waren input voor het eerste concept plaatselijke implementatieplan. Tijdens de pilot periode van de RIOB heeft Parnassia Verslavingszorg, met name Den Haag, samengewerkt met de vier instellingen binnen het NISPA (Tactus verslavingszorg, Novadic-Kentron, IrisZorg en GGZNLimburg) In de directe periode nadat de pilot was afgerond zijn drie instellingen begonnen met de

instellingsgebonden implementatie; TACTUS Groep, IrisZorg en Parnassia Verslavingszorg. Zij hebben hun implementatieplannen door intensief overleg op elkaar afgestemd om zo gelijklopend mogelijk te implementeren en onderling te vergelijken. De drie instellingen namen het eerste concept implementatieplan als uitgangspunt in hun eigen praktijk. In drie bijeenkomsten werd het toegepaste concept implementatieplan geëvalueerd en bijgesteld. Op deze manier ontstond het tweede conceptplan. Vanuit de leergroep werden nog enkele onderwerpen toegevoegd zodat een derde en definitief format voor een implementatieplan ontstond (zie bijlage 5).

Dit format bestaat uit:

- Een inleiding: uitleg hoe het stappenplan werkt;
- Een korte beschrijving van de RIOB: de twee modules;
- Einddoelen van een implementatie van de RIOB;
- Belangrijke beslissingen voordat men begint;
- Beschrijving van de instellingswerkgroep;
- Aanstelling van een projectleider;
- Werkgroep PR;
- Instellingsculturen;
- Regionale verschillen binnen de instelling;
- Instellingsgebonden registratie en ondersteunende diensten;
- Stap 1: inschatting aantallen patiënten in de profielen;
- Stap 2: vaststelling samenstelling verpleegkundige team;
- Stap 3: profielen gekoppeld aan verpleegkundige functies;
- Stap 4: vaststelling aantallen en soorten herintakes;
- Stap 5: opzetten adequate medicatiemodule en medicatie monitoring;
- Ontwikkelingen op instellingsniveau die gedurende het implementatieproces van invloed kunnen zijn.

Alle onderdelen kunnen op instellingsniveau worden bepaald en ingevuld, zodat het implementatieplan stap voor stap kan groeien. Het plaatselijke stappenplan werd medio 2007 aan alle projectleiders overhandigd.

Scholingen RIOB: docentenhandleidingen

In het eindverslag van het RIOB pilotproject werd een voorstel gedaan voor een scholingstraject voorafgaande aan de implementatie; een aantal scholingen voor verpleegkundigen, verzorgenden en een scholing voor de verslavingsarts. Bij deze scholingen ligt het accent op een adequate aanpak van de gegevensverzameling, diagnostiek en opstellen van een behandelingsplan vanuit de medische discipline. Tijdens de implementatie kunnen een aantal scholingen worden verzorgd waar het accent meer ligt op de gezamenlijke aanpak van de verslavingsproblemen en op de begeleidingsvormen van drugsverslaafde patiënten vanuit een opiaatonderhoudsbehandeling. Uit de eerste leergroepen bleek dat een algemene kennisachterstand was waar te nemen in alle instellingen die deelnamen aan de implementatie op het gebied van de theorie rondom ontstaan en in stand blijven van een verslaving. Ook is er een kennisachterstand op het gebied van een adequate benadering van chronisch verslaafde patiënten, waarbij overdracht en tegenoverdracht een telkens terugkerend ondermijnend aspect van de professionele benadering blijkt te zijn.

In nauwe samenwerking met DITOG, het opleidingscentrum van het Delta Psychiatrisch Centrum Rotterdam werd een scholingsbeleid ontwikkeld, waarbij een aantal uitgangspunten van belang was:

- De scholingen moesten competentiegericht leren als uitgangspunt hebben;
- De kennisverwerving moest aansluiten bij de verschillende functieniveaus binnen de verpleegkundige professie en aansluiten bij de functiehuizen verpleging-verzorging van de verschillende instellingen;
- De kennisverwerving moest aansluiten bij de professionele statuten in de ggz en verslavingszorg;
- De instelling moest de scholingen op maat kunnen aanpassen en aanbieden.

Het totale aanbod van scholingen is in een negental docentenhandleidingen uitgewerkt⁴. Er is met opzet gekozen voor een docentenhandleiding, zodat de aangesloten instellingen hun eigen scholingsdeskundigen en het bestaande scholingsaanbod dat vanuit de verschillende leernetwerken bestaat in kunnen zetten.

Scholingen op maat van de instelling dus.

De RIOB vereist een basale kennis en kunde die in acht modules is uitgewerkt. Daaraan toegevoegd is een extra module die kennis over verslaving en met name de adequate professionele benadering centraal heeft staan. Deze module doet voorstellen voor een blijvende kritische reflectie van de hulpverlener op zijn/haar dagelijkse werkzaamheden. Alle gebruikte en aanbevolen literatuur is in pdf formaat via de website van DITOG te downloaden.

De scholingen in het kader van de RIOB omvatten:

- Verslaving: theorie en praktijk;
- Triage en trajectindeling;
- Registratie zorgactiviteiten;
- Psychiatrie en verslaving;
- Monitoring afkickverschijnselen en medicatie;
- Geneeskundige en verpleegkundigen zorg rondom medicatiebeleid;
- Verslaving en somatische problemen;
- Casemanagement en bemoeizorg;
- Motiverende gespreksvoering.

⁴ De totale module is te groot om als bijlage bij te voegen, maar kan altijd worden opgevraagd bij C. Loth: c.loth@tactus.nl.

4 Opiaatonderhoudsbehandeling: stand van zaken medio 2007

4.1 Hoe het was: bevindingen IGZ 2005

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) stelde in 2005 dat op korte termijn verbeteringen moesten worden doorgevoerd in de ambulante methadonverstrekking. Met name in de kwaliteit van de behandelplannen, de beslissingsbevoegdheid over de doseringen, beslissingsbevoegdheid over vorm van de methadon, de dossiervoering en het multidisciplinaire behandeloverleg. De huisvesting moest hygiënischer en veiliger worden, met voldoende privacy voor de patiënt. Sindsdien is de kwaliteitsverbetering van de methadonverstrekking in een versnelling gekomen. De komst van de RIOB heeft dit proces gefaciliteerd en gestimuleerd. Hieronder worden de geanonimiseerde resultaten van de visitatieronde medio 2007 besproken (paragraaf 4.2 t/m 4.6). Van de acht gevisiteerde verstrekkingseenheden functioneren sommige gemiddeld beter dan de andere eenheden van dezelfde instelling, andere functioneren slechter. De inschatting van het visitatieteam is dat de visitatieronde een representatief beeld geeft van de kwaliteit van de opiaatonderhoudsbehandeling in de acht gevisiteerde verstrekkingseenheden.

4.2 Opmars biopsychosociaal model

Het biopsychosociaal model, waar de RIOB op is gebaseerd, heeft een snelle opmars gemaakt en heeft het 'welzijnsdenken' uit de hoofden van de meeste medewerkers verdreven. Dit proces is niet zonder slag of stoot verlopen, maar de huidige teams zijn gemotiveerd om de RIOB in praktijk te brengen. De verandering in visie blijkt onder meer uit de algemene erkenning van de eindverantwoordelijkheid van de arts voor de behandeling (paragraaf 4.3). Maatschappelijk werkers hebben niet of nauwelijks meer bemoeienis met de medische aspecten van de opiaatonderhoudsbehandeling, zoals de methadondosering. Er heerst nog verwarring over de nieuwe rol van het maatschappelijk werk, met name bij de beroepsgroep zelf. Eén afdeling heeft bewust gekozen voor een sterkere rol van het maatschappelijk werk dan in de RIOB wordt beschreven. Daar ligt de nadruk op bemoeizorg en casemanagement. Deze zijn op de betreffende afdeling ver ontwikkeld.

4.3 Organisatie

Teamsamenstelling

De samenstelling van de teams varieert sterk. Deze variatie is deels te verklaren door de verschillende aantallen patiënten die in behandeling zijn (hoe groter de patiëntenaantallen, hoe meer mogelijkheden voor differentiatie in het team). Zoals bekend is er een groot tekort aan psychiaters en psychologen. Enkele teams beschikken over een eigen psychiater, maar die is slechts een zeer beperkt aantal uren per week beschikbaar. De psychiaters die elders binnen de eigen instelling of daarbuiten werken zijn meestal zeer ontoegankelijk door wachtlijsten en contra-indicaties. Het aanstellen van een psychiater in het methadonteam of in de ambulante zorg van de instelling is de meest aangewezen oplossing voor dit probleem, al is dit niet makkelijk te realiseren door het gebrek aan psychiaters en de geringe motivatie van psychiaters om in de verslavingszorg te werken. Eén instelling heeft hiervoor een oplossing gevonden door een psychiater in opleiding aan te stellen.

Voorbeeld: een psychiater die werkzaam is bij een verslavingszorginstelling behandelt alleen patiënten die worden aangemeld door het methadonteam als deze patiënt al bij de verslavingszorginstelling bekend is. 'Bemoeizorgklanten' vallen daarmee buiten de boot. Het uitstekende outreachende werk van het methadonteam wordt hiermee gefrustreerd; de samenwerking met de plaatselijke RIAGG verloopt gelukkig redelijk goed.

Omvang van het team

Slechts bij één van de acht bezochte verstrekkingsunits is het team redelijk op sterkte, door een ruime gemeentelijke subsidie. Elders is een groot gebrek aan financiële middelen om voldoende personeel aan te stellen. Op alle fronten is er een tekort aan personeel, maar de geringe beschikbaarheid van artsen is het meest in het oog springend, mede gezien de gemiddeld slechte lichamelijke en psychische gezondheid van de doelgroep. Per 300 patiënten die actief in behandeling zijn (d.w.z. in voorgaande maand methadon hebben ontvangen) is er gemiddeld 1 fte arts beschikbaar. Casemanagers hebben hoge caseloads (30 tot wel 70), waarbij een substantieel deel van de patiënten in deze caseload zeer intensieve zorg behoeft.

Voorbeeld: een verstrekkingsunit heeft voor bijna de helft van de patiënten een behandeling weten te realiseren die geheel voldoet aan de RIOB, maar het geld ontbreekt om dezelfde zorg ook aan de rest van de patiënten aan te bieden.

Kwalificaties en deskundigheid personeel

In het algemeen is de specifieke vakkennis van het personeel te laag, vooral door achterstanden op het gebied van (bij-)scholing. Voldoende kennis van en ervaring met psychiatrie is bij minder dan de helft van de teams gevonden. Niet alleen is het van belang om bijvoorbeeld spv-ers in het team te hebben; de andere medewerkers dienen ook voldoende psychiatrische kennis te hebben om problemen te kunnen signaleren.

Functiedifferentiatie

Er zijn enkele mooi uitgewerkte vormen van functiedifferentiatie bij verpleegkundigen gezien, maar in het algemeen is deze functiedifferentiatie nog weinig doorgevoerd. Hier is enorme winst te behalen: zwaar inzetten (verpleegkundigen niveau 5/ ANP mastersniveau) waar nodig, bijvoorbeeld bij de specialistische begeleiding, en minder zwaar inzetten (verzorgenden niveau 3/ apothekersassistenten) bij het verstrekken van methadon. In de RIOB is dit principe goed uitgewerkt (p. 126). Eén verstrekkingsunit heeft gekozen voor een bijzondere variant van dit model. Daar verstrekken alle medewerkers van het team, inclusief de teamleiders, een (klein) deel van hun tijd methadon, waarbij de laagst geschoolde medewerkers (verzorgenden niveau 3/ apothekersassistenten) 100% van hun tijd verstrekken en de teamleiders 10% van hun werktijd. Teamleiders houden hierdoor voeling met de verstrekkingspraktijk en met patiënten.

Regiefunctie van de arts

Zoals gezegd heeft de regiefunctie van de arts een brede erkenning gekregen bij de medewerkers van de opiaatonderhoudsbehandeling. Het goed uitvoeren van deze functie wordt echter bemoeilijkt door de beperkte hoeveelheid tijd die artsen hebben voor de uitoefening van hun werk. Ondersteuning van de arts door Advanced Nursing Practitioners (ANP-ers) is niet voldoende om dit probleem op te lossen.

Casemanagement

Het casemanagement (meestal gemengde teams bestaande uit maatschappelijk werkende en verpleegkundigen) is nog niet overal goed van de grond gekomen. Bij enkele teams is de aard en intensiteit van de begeleiding ver onder de maat. Bij teams die het casemanagement goed hebben opgezet blijft de begeleiding door personeelsgebrek vaak beperkt tot de groep patiënten met de ernstigste problematiek. De enige verstrekkingsunit waar de begeleiding van goede kwaliteit lijkt te zijn en aan alle patiënten (naar zorgzwaarte) geboden wordt, is de unit die over voldoende personeel beschikt.

4.4 Primair proces

Intake

In het algemeen kan worden gesteld dat de intake in redelijke mate volgens de RIOB wordt uitgevoerd, maar te oppervlakkig. Aan signalering van psychische problemen wordt niet systematisch gewerkt. Bovendien ontbreekt op de meeste plaatsen een aparte (aanvullende) verpleegkundige intake. Op enkele locaties is gestart met het uitvoeren van herintakes, maar de menskracht hiervoor ontbreekt voornamelijk op de andere locaties.

Werken met patiëntprofielen

Het werken met de RIOB patiëntprofielen of een indeling in zorgzwaarte gebeurt nog lang niet overal systematisch. Soms worden eigen ontwikkelde profielen gebruikt. Hier is veel winst te behalen. Bijvoorbeeld, samenwerking met apotheken kan het team ontlasten en kan voor de betreffende doelgroep (de 'scene mijders') beter passende zorg opleveren, buiten de verslavingszorg.

Bij een participerende instelling wordt op basis van vier patiëntprofielen een onderscheid gemaakt in vier niveaus van begeleiding, te weten:

- zorgmentoraat (intensieve outreachende zorg, via de SPV-ers van de eigen instelling)
- LZA: langdurig zorgafhankelijk (poliklinische begeleiding)
- maatschappelijk herstel (maatschappelijk werk)
- verpleegkundige begeleiding (motivatie van scene mijders/ zorgmijders)

Zorgplansystematiek

De zorgplansystematiek is in de helft van de teams goed uitgekristalliseerd en doorgevoerd, al komt de halfjaarlijkse evaluatie soms in de knel door tijdgebrek van met name de arts. In de andere gevallen zijn behandelingsplannen oppervlakkig of ontbreken, en zijn de behandelingsdoelen niet duidelijk. Evaluaties vinden niet halfjaarlijks plaats en worden niet ruime tijd van tevoren (bij intake of bij een eerdere evaluatie) ingepland.

Multidisciplinair overleg (MDO)

Bij vrijwel alle teams functioneert het periodieke MDO naar behoren. In de meeste teams worden in goed onderling overleg afspraken gemaakt, waarbij de arts wordt erkend als degene die de beslissing neemt over de medische aspecten van de behandeling. De overdracht en dagelijkse communicatie is op veel plaatsen voor verbetering vatbaar, vooral vanwege de gebrekkige registratie (zie hieronder bij "Registratie").

Ketenzorg intern en extern, outreachend werk

Communicatie en samenwerking binnen en buiten de eigen instelling is noodzakelijk om een sluitende ketenzorg te kunnen bieden, maar kan ook het blikveld en het bereik van een kleine, fysiek geïsoleerde verstrekkingsunit vergroten en dubbel werk voorkomen. In meerdere situaties blijkt de samenwerking nog niet goed ontwikkeld.

Voorbeeld: bij een kleine verstrekkingsunit ontbreekt het contact met de verslavingszorginstelling in de naburige grote stad volledig, waardoor patiënten naar hartelust kunnen 'shoppen', en er geen zicht is op een deel van de doelgroep uit de eigen regio.

Zelfs binnen de eigen instelling verloopt de samenwerking in veel gevallen nog stroef, met name met de klinische afdelingen. Deze willen bijvoorbeeld de behandelverantwoordelijkheid van het ambulante team overnemen wanneer een patiënt tijdelijk voor een klinische behandeling wordt opgenomen. Op het punt van samenwerking met verslavingszorg, maatschappelijke opvang, geestelijke gezondheidszorg is dus nog steeds veel winst te behalen, al zijn meerdere voorbeelden aangetroffen van een zeer goed functionerend netwerk. Bij een structureel onderbezet team is het opzetten van samenwerkingsverbanden en het ontwikkelen van een netwerk vanzelfsprekend een relatief grote investering, maar die verdient zich op termijn terug.

Registratie

Situaties variëren van vrijwel uitsluitend papieren dossiers tot en met goed functionerende en goed toegankelijke EPD's. Op één locatie viel op dat, toen eenmaal met een EPD werd gewerkt, de weerstand als sneeuw voor de zon verdween en alleen de voordelen van het EPD nog maar gezien werden. Discussiepunt is vaak de toegankelijkheid van het medisch dossier

Continuïteit van het verbeterproces

Gekeken is naar de continuïteit van het verbeterproces: de verbetering van de kwaliteit van de opiaatonderhoudsbehandeling dient onderdeel uit te maken van de dagelijkse routine. In het merendeel van de bezochte verstrekkingsunits is dit niet het geval. Het is bovendien geen gewoonte om veranderingen door te voeren aan de hand van de verbetercyclus *plan-do-check-act*.

4.5 Hygiëne en veiligheid

Het beheer van methadon is op sommige plaatsen nog onder de maat. Het grootste probleem dat zich hierbij voordoet is het ontbreken van het zicht op de voorraad methadon. De veiligheid van patiënten is in het algemeen goed gewaarborgd. De veiligheid van personeel lijkt geen belangrijk item te zijn; enige belangrijke knelpunt is dat door personeelsgebrek soms door een medewerker alleen moet worden verstrekt. Indien veiligheidsmaatregelen zijn genomen heeft dit soms tot gevolg dat de ontvangst onpersoonlijk wordt, maar andere locaties laten zien dat dit niet noodzakelijkerwijs het gevolg hoeft te zijn.

Er is veel verschil in hygiëne te vinden tussen de verschillende locaties. Opvallende verschillen zijn voornamelijk te zien in de wat oudere gebouwen/voorzieningen. Op de ene locatie was het gebouw weliswaar oud en versleten, maar voor zover dat kon juist heel schoon en opgeruimd, terwijl een andere oude en versleten locatie vies en rommelig bleek bij de visitatie. Hierbij moet worden opgemerkt dat vanuit een verpleegkundige optiek van hygiënisch werken alleen de nieuwe voorzieningen hiervoor optimale condities bieden.

4.6 Patiëntgerichtheid

Er is nauwelijks schriftelijk voorlichtingsmateriaal voor patiënten, maar instellingen hebben vanzelfsprekend de patiëntenfolder afgewacht die vanuit het RIOB-ondersteuningstraject is aangeboden. Inspraak van patiënten bij het opstellen van een behandelplan is beter georganiseerd dan de betrokkenheid van de patiënt bij de evaluatie van het behandelingsplan (als die al plaatsvindt).

De bejegening van patiënten door het personeel is in vrijwel alle verstrekkingsunits uitstekend. Hierbij moet worden opgemerkt dat de bejegening alleen in de observaties in beeld is gebracht. Er heeft geen patiënttevredenheidsonderzoek plaatsgevonden.

De keuzemogelijkheden qua verstrekking (tijden, locatie) en soorten medicatie zijn vaak nog beperkt, alhoewel verstrekking in de avonden en/of de weekenden steeds vaker plaatsvindt. Een grote verstrekkingsunit laat methadon per auto naar kleinere locaties vervoeren om daar te verstrekken (vooral aan scene mijders). Voor het voorschrijven van buprenorfine blijken de praktische en financiële obstakels vaak nog te groot.

4.7 Conclusie: vergelijking met uitkomsten rapport IGZ

De IGZ heeft in 2005 aandacht gevraagd voor een aantal aspecten van de opiaatonderhoudsbehandeling die verbetering behoeven. Hieronder worden per aspect de conclusie van de IGZ en de huidige situatie naast elkaar gezet.

Schaalvergroting

Gesteld werd dat het kleine instellingen niet lukt om verantwoorde integrale zorg van voldoende kwaliteit te bieden. Grotere instellingen hebben in het algemeen meer mogelijkheden voor onderzoek en innovatie, een ruimer budget en een stabielere personeelsopbouw.

Fusies vinden momenteel op grote schaal plaats. De gevolgen van een bepaalde schaalgrootte van de instelling was verder geen onderwerp binnen de huidige visitatieronde. Opgevallen is dat kleine methadonposten die onderdeel uitmaken van een grotere instelling soms toch een geïsoleerde indruk maken, en niet altijd de voordelen van de grootschaligheid van de instelling lijken te plukken. Vaak zijn dit de locaties die aan de rand van een stad fysiek geïsoleerd zijn van andere onderdelen van de instelling (bijvoorbeeld van een afdeling casemanagement).

Voorlichting

De schriftelijke voorlichting aan patiënten schiet op de meeste plaatsen te kort.

In 2007 is hier geen verbetering geconstateerd. Daarbij moet worden opgemerkt dat de participerende instellingen waarschijnlijk de folder hebben afgewacht die in het kader van het huidige ondersteuningstraject is ontwikkeld en verspreid.

Regierol arts

Toedieningswijze en dosering van methadon, en de frequentie van de verstrekking, zijn verworden tot beleidsbeslissingen van het management en vallen ten onrechte niet meer onder het domein van de geneeskundigen.

Bij alle gevisiteerde instellingen heeft de arts in principe de regie over de behandeling. Op dit punt heeft in enkele jaren tijd een grote cultuuromslag plaatsgevonden. In de praktijk kan deze regiefunctie echter niet goed worden ingevuld door het tekort aan artsenformatie.

Dossiervoering, behandelplannen, multidisciplinair overleg

Dossiervoering, behandelplannen, multidisciplinair overleg zijn onvolledig, niet gestructureerd of ontbreken.

Geconstateerd is dat er behandelplannen en dossiervoering nog voor verbetering vatbaar zijn. Wel zijn deze zaken een belangrijk aandachtspunt binnen de gevisiteerde instellingen, en volgen verbeteringen zich in snel tempo op. Het multidisciplinair overleg is op vrijwel alle locaties goed van de grond gekomen.

Innovatie

Medewerkers dienen meer te worden betrokken bij onderzoek en innovaties.

Gekeken is naar de continuïteit van het verbeterproces: de verbetering van de kwaliteit van de opiaatonderhoudsbehandeling dient onderdeel uit te maken van de dagelijkse routine. In het merendeel van de bezochte verstrekkingsunits is dit niet het geval.

Huisvesting

Er is een grote variatie in de kwaliteit van de huisvesting van methadonposten. Veel posten bevinden zich in verouderde onhygiënische gebouwen met onvoldoende privacy.

De huisvesting van verstrekkingsunits lijkt zich te verbeteren. Drie van de acht bezochte units bevonden zich in een nieuw of pas ingericht gebouw. Twee van de drie posten met een kwalitatief slechte huisvesting hadden een verhuizing naar een andere, (naar verwachting) betere locatie in het vooruitzicht.

Geneesmiddelendistributie

Sommige posten voldoen niet aan de wettelijke eisen.

Het beheer van methadon is op een locatie nog niet conform de wettelijke eisen, doordat geneesmiddelen niet goed afgesloten kunnen worden opgeslagen. Inzicht in de voorraad methadon ontbreekt op enkele locaties. Op dit punt is dus geen verbetering opgetreden.

Samenwerking

Methadonverstrekking is te vaak een geïsoleerde behandeling, los van het overige zorgaanbod in de regio (verslavingszorg, maatschappelijke opvang, geestelijke gezondheidszorg). Ook wordt te weinig gebruik gemaakt van psychiatrische expertise voor de behandeling van psychiatrische comorbiditeit.

Op het punt van samenwerking met verslavingszorg, maatschappelijke opvang, geestelijke gezondheidszorg is nog steeds veel winst te behalen, al zijn meerdere uitstekende voorbeelden aangetroffen van een goed functionerend netwerk. Toegang tot externe psychiatrische expertise blijft een groot knelpunt, vanwege de drempeligheid van de meeste psychiatrische zorg.

5 Landelijke afstemming

Van de dertien instellingen met ambulante methadonverstrekking in hun zorgpakket, hebben acht instellingen meegedaan aan de het implementatieproject. Afstemming met belangrijke experts op het gebied van zorginnovatie, financiering van de verslavingszorg, patiëntenperspectief, hulpverlenerperspectief etc. is tot stand gekomen door een aantal bijeenkomsten van een beperkte groep experts, de denktank. In 2005 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg een rapport uitgebracht over de kwaliteit van de methadonverstrekking in ons land. De IGZ heeft geen deel uitgemaakt van de landelijke denktank maar is voortdurend op de hoogte gehouden van de inhoud van ons implementatieproject en van onze bevindingen op het gebied van de landelijke meerfinanciering van de RIOB werkwijze.

De landelijke denktank (zie bijlage 8 voor de diverse organisaties en leden) had als doel om de bestaande landelijke expertise rondom de opiaatonderhoudsbehandeling direct bij de landelijke implementatie te kunnen betrekken en het draagvlak voor het plan zo groot mogelijk te maken. De denktank moest een zo breed mogelijke expertise herbergen en bestond daarom uit experts op het gebied van:

- financiering van de verslavingszorg;
- kwaliteitszorg en benchmarking in de verslavingszorg;
- implementatieprojecten in de zorgsector en met name de verslavingszorg;
- patiëntenparticipatie; vertegenwoordiging patiëntenorganisatie met name uit de verslavingszorg;
- zorg aan chronisch verslaafden.

De leden van de denktank zijn in 2007 driemaal bijeen geweest: 30 januari, 16 mei en 16 oktober.

Onderwerpen die werden besproken waren:

- Deelname instellingen (van de dertien in aanmerking komende instellingen doen er acht mee) en het ontstaan van twee trajecten; een traject met en een traject zonder landelijke ondersteuning, waarbij de niet deelnemende instellingen nog onvoldoende duidelijk kunnen maken of men met de RIOB werkt en in welke mate dan precies, omdat zij geen visitatie hebben gehad;
- Bij de implementatie spelen drie belanghebbende organisaties een rol bij de implementatie; de IGZ, GGZ Nederland en VWS, het is zaak hun soms uiteenlopende belangen goed in het oog te houden en de overeenkomsten voorop te zetten;
- Bij het plaatselijke implementatieplan moeten directe uitkomstmaten op patiëntniveau gemeten worden, die het effect van een RIOB implementatie meten. Denk aan een effectmaat voor stabiliteit, of 'positieve doorstroom' (uitstroom naar behandeling en begeleiding in plaats van laagdrempelige opvang). De ontwikkeling van een diagnosespecifieke standaardset uitkomstmaten is nodig, met behulp van de hierbij behorende beroepsgroepen; verslavingsartsen, verpleegkundigen, psychologen en psychiaters.

De twee laatste denktank bijeenkomsten hebben voornamelijk in het teken gestaan van de eventuele meerfinanciering vanuit VWS, die via de regionale budgetten van de zorgkantoren en de DBC structuur naar de instellingen moet vloeien zodat de meerzorg via de RIOB geleverd kan gaan worden. Aangezien er twee trajecten zijn ontstaan (instellingen die wel en die niet meedoen met de landelijke implementatie) is het van belang om bij deze meerfinanciering van tevoren criteria vast te stellen op basis waarvan een instelling aannemelijk kan maken dat men via de standaarden in de RIOB zorg verleent aan drugsverslaafde patiënten.

6 Conclusies en aanbevelingen

Doelen van het landelijke ondersteuningsproject waren: centrale ondersteuning en kwaliteitsbewaking om te komen tot een brede introductie van de RIOB, bijstelling van de RIOB, het vergroten van de expertise van de implementatie en het tot stand brengen van prestatie-indicatoren voor de opiaatonderhoudsbehandeling. De ondersteuning is goed tot stand gekomen, echter niet afgemaakt. Bij het vervolgetraject is het van belang de tot nu toe niet deelnemende instellingen nogmaals te vragen om deel te nemen. De kwaliteitsbewaking is slechts ten dele uitgevoerd: een tweede visitatie om vast te stellen welke veranderingen zijn doorgevoerd moet nog plaats vinden en kan alleen maar effectief zijn als er daadwerkelijk geïmplementeerd is.

Voor het volgen en bijsturen van de implementatie, het kunnen leren van elkaar en voor het continu volgen van de opiaatonderhoudsbehandeling na implementatie achten we het noodzakelijk dat er vanaf de start gewerkt wordt vanuit een landelijke benchmarkstructuur. Benchmarken is daarbij een leer- en verbeterinstrument, zoals gedefinieerd en beschreven in Mulder & De Loor (2005). Binnen deze benchmarkstructuur zijn er twee hoofdpunten te onderscheiden:

- stapsgewijs leren van elkaar door de instellingen die de RIOB implementeren;
- ontwerpen en toepassen van eenduidige prestatie-indicatoren die leiden tot een onderling op elkaar afgestemde (kwaliteit van) zorg.

6.1 Conclusies

Brede introductie van de RIOB

De RIOB is landelijk breed geïntroduceerd. Alle verslavingszorginstellingen die in het ondersteuningsproject hebben geparticipeerd hebben de richtlijn intern verspreid. Bij niet-deelnemende instellingen is de richtlijn ook goed bekend. Door de vragen in de vaste Kamercommissie van VWS in september 2007 is de richtlijn verder bekend geworden. Bij de helft van de niet-deelnemende instellingen is er belangstelling voor deelname aan een tweede visitatieronde. In een mogelijk vervolgetraject worden alle niet-deelnemende instellingen opnieuw uitgenodigd om alsnog deel te nemen aan de visitaties en de leergroep. Uit deze rapportage komt naar voren dat verdere implementatie van de RIOB, en daarmee de noodzakelijke verbetering van de opiaatonderhoudsbehandeling in Nederland, niet mogelijk is zonder extra financiële middelen. Alleen op onderdelen is de RIOB budgetneutraal in te voeren.

Centrale ondersteuning

Ondersteuning van de RIOB implementatie heeft plaatsgevonden via het ontwikkelen en aanbieden van ondersteunende producten zoals een patiëntenfolder en scholingsmodules, en het vergroten van de expertise binnen de instellingen via bijeenkomsten van de leergroep. De ondersteuning is geheel volgens plan uitgevoerd, maar is stil komen te liggen door de voorlopige stopzetting van het project.

Kwaliteitsbewaking middels visitatierondes

Een eerste visitatieronde heeft plaatsgevonden in de periode april – augustus 2007. De visitaties zijn goed verlopen, en geven een goed beeld van het huidige functioneren van acht representatieve verstrekkingsunits. Geconcludeerd wordt dat de invoering van de RIOB een kwaliteitsimpuls met zich mee heeft gebracht, maar

dat de knelpunten die door de IGZ in 2005 zijn geconstateerd nog lang niet allemaal zijn weggenomen. Een tweede visitatieronde om vast te stellen welke veranderingen zijn doorgevoerd moet nog plaats vinden. Deze tweede visitatieronde is alleen zinvol wanneer daadwerkelijk middelen beschikbaar zijn gesteld om de richtlijn te implementeren.

Bijstelling van de RIOB

De visitaties en bijeenkomsten van de leergroep en RIOB denktank hebben input gegeven voor aanvulling van de huidige richtlijn opiaatonderhoudsbehandeling:

- alcoholproblematiek: diagnostiek en behandeling naast opiaatonderhoudsmedicatie;
- aanscherping van de diagnostiek en behandeling van de nu al beschreven psychiatrische problematiek;
- verdere uitwerking van de rol en de invulling van de psychosociale & maatschappelijke rehabilitatie;
- aanvulling van de RIOB met de huidige medische heroïnebehandeling.

Ontwikkelen prestatie-indicatoren voor de opiaatonderhoudsbehandeling

Met het uitgevoerde project is de basis gelegd voor een benchmarkstructuur en bijbehorende werkwijze. In de leergroep is aan het aspect van stapsgewijs leren vorm gegeven. Tijdens de bijeenkomsten van de denktank is uitvoerig gediscussieerd over geschikte en (door zorgfinanciers) gewenste prestatie-indicatoren. Prestatie-indicatoren zouden in ieder geval ook betrekking moeten hebben op de uitkomsten van de zorg. In een eventueel vervolgtraject zal een beperkte set prestatie-indicatoren definitief worden vastgesteld en uitgetest.

6.2 Aanbevelingen

Indien in 2008 extra middelen beschikbaar komen voor de opiaatonderhoudsbehandeling is het mogelijk om een gezamenlijk vervolgtraject te starten met de deelnemende instellingen en een tweede visitatieronde uit te voeren. De verwachting is dat in 2008 niet voldoende geld beschikbaar komt om de RIOB landelijk in te kunnen voeren. Daarom moeten bij de inzet van extra middelen moeilijke keuzes worden gemaakt. Keuzes die te maken hebben met wel/niet patiënten volgens de RIOB behandelen en welke groepen op basis van welke keuzecriteria wel of niet in aanmerking komen voor de behandeling volgens de RIOB. Of juist een keuze om bij alle patiënten wel de diagnostiek te verbeteren maar vervolgens de behandeling niet uit te voeren. Of binnen de instelling een aantal eenheden wel en een aantal juist niet volgens de RIOB te laten werken. De RIOB projectgroep raadt daarnaast aan om, zodra de extra middelen gericht worden ingezet om bepaalde onderdelen van de zorg te verbeteren, het effect hiervan te meten (nulmeting en nameting) op relevante leefgebieden. Het is aan te bevelen om hierin ook het perspectief van patiënten mee te nemen.

Indien de RIOB op termijn met de landelijke ondersteuning is geïmplementeerd verdient het aanbeveling om daarna een koppeling te maken met een benchmarkstructuur zodat het leren van elkaar voortgezet kan worden nadat de implementatie is afgerond. Zodat de monitoring ter verantwoording aangevuld wordt met het monitoren om te leren.

Tijdens de implementatie is het belangrijk om een overstijgende werkgroep het instellingsproces te laten begeleiden. Het is aan te raden om vertegenwoordigers uit cliëntenraden hierin zitting te laten nemen, zodat hun perspectief op de implementatie direct gehoord wordt en meegenomen kan worden in beleidsbeslissingen en werkprocessen.

Literatuur

Biesma, S., Snippe, J. & Bieleman, B. (2004) *Harddrugsgebruikers geregistreerd. Aard, omvang en mobiliteit van problematische harddrugsgebruikers in Rotterdam*. IntraVal, Groningen.

Dijk, van A.A., Schramade, M.H., Walburg, J.A. & Wildt, de W.A.J.M. (1999) *Masterprotocol Resultaten Scoren, Ontwikkelcentrum Kwaliteit en Innovatie*, GGZ Nederland, Utrecht.

GGZ Nederland (2005) *Basisset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg*. GGZ Nederland, Amersfoort.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2005) *Behandeling met methadon: het kan en moet beter*. Den Haag, www.igz.nl

Knapen, L.M., van Gogh, M.T., Carpentier, P., Verbrugge, C.A.G. & Jong de C.A.J. (2007) *Niet met methadon alleen. Een klinisch epidemiologisch onderzoek naar psychiatrische comorbiditeit en comorbide verslaving bij opiaatafhankelijke patiënten in een ambulante methadonbehandeling*. Novadic-Kentron, Sint –Oedenrode, 2007.

Loth, C.A., Oliemeulen, E.A.P. & Jong, de C.A.J. (2005) *RIOB. Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling, Resultaten Scoren/GGZ Nederland (2005-297L)*, Amersfoort.

Loth, C.A., Oliemeulen, E.A.P. & Jong, de C.A.J. (2006) *RIOB. Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling, eindverslag van de ontwikkeling en evaluatie van een kleinschalige implementatie*. NISPA, Nijmegen.

Mulder, E., Loo, de M. (2005) *Leren door benchmarken. Een handreiking voor de geestelijke gezondheidszorg*. GGZ Nederland/Walvis Consulting Groep, Amersfoort.

Vries, de J. (2006) *(Meer) kosten RIOB richtlijn*. TACTUS Instelling voor Verslavingszorg, Deventer.

BIJLAGEN

Bijlage 1:	Startdocument
Bijlage 2:	Functieprofiel instellingsgebonden projectleider RIOB implementatie
Bijlage 3:	Tekst patiëntenfolder RIOB
Bijlage 4:	Tekst verkorte versie RIOB voor hulpverleners
Bijlage 5:	Format voor een instellingsgebonden implementatieplan
Bijlage 6:	Deelnemers leergroep RIOB
Bijlage 7:	Deelnemers landelijke denktank RIOB
Bijlage 8	Vragenlijst visitatie
Bijlage 9:	Zelfscorelijst visitatie



**Startdocument
'Landelijke Ondersteuning Implementatie RIOB'**

Inleiding

In december 2006 is het project Landelijke Ondersteuning Implementatie RIOB van start gegaan. De RIOB (richtlijn opiaatonderhoudsbehandeling) is ontwikkeld vanwege geïnterpreteerde problemen rond de kwaliteit van de methadonverstrekking in Nederland. Het ondersteuningsproject wordt mogelijk gemaakt door de Stuurgroep Resultaten Scoren. Het doel van het project is om te komen tot een eensluidende implementatie die uiteindelijk, met behulp van een centrale evaluatie, leidt tot landelijke prestatie-indicatoren voor een te ontwikkelen benchmarkstructuur.

Instellingen voor verslavingszorg ontvingen een uitnodigingsbrief tot deelname. De instellingen die hier positief op hebben gereageerd starten in januari 2007 met hun eigen implementatietraject. Het IVO en het NISPA ondersteunen de instellingen hierbij door het opzetten van een leergroep en het aanbieden van ondersteunende producten zoals een raamwerk voor een instellingsgebonden implementatieplan, docentenhandleidingen en een train-de-trainer cursus voor de interne bijscholing. Bovendien krijgen deelnemende instellingen een gericht advies op basis van twee visitatierondes.

Het voor u liggende document is een 'startdocument' dat het uitgangspunt vormt van de eerste projectleidersbijeenkomst op maandag 29 januari 2007. Daar zijn de verschillende projectleiders met de vertegenwoordigers van de directies van de instellingen aanwezig. Doel van deze bijeenkomst is ten eerste een gezamenlijke officiële start van het project te geven, in het bijzijn van mevr. Eta Mulder van de stuurgroep Resultaten Scoren/GGZ Nederland. Tweede doel is het verduidelijken en vaststellen van alle taken en verantwoordelijkheden in dit project.

De implementatie van de RIOB is een complex project. De richtlijn zal, indien juist geïmplementeerd, veel vragen van de instelling. De zorgprocessen moeten worden aangepast, vaak gaan andere handen aan de ‘balie’ het werk van verpleegkundigen overnemen en zullen meer verpleegkundigen van de ‘balie’ af begeleidingstrajecten op zich gaan nemen. Implementatie van de RIOB brengt bovendien de nodige kosten met zich mee. Het is nog onzeker of VWS extra investeringen gaat doen in de ambulante verslavingszorg, en met name in de medicatieverstrekking en begeleiding van chronische drugsverslaafde patiënten.

Globaal stappenplan implementatie ondersteuning 2006 - 2007

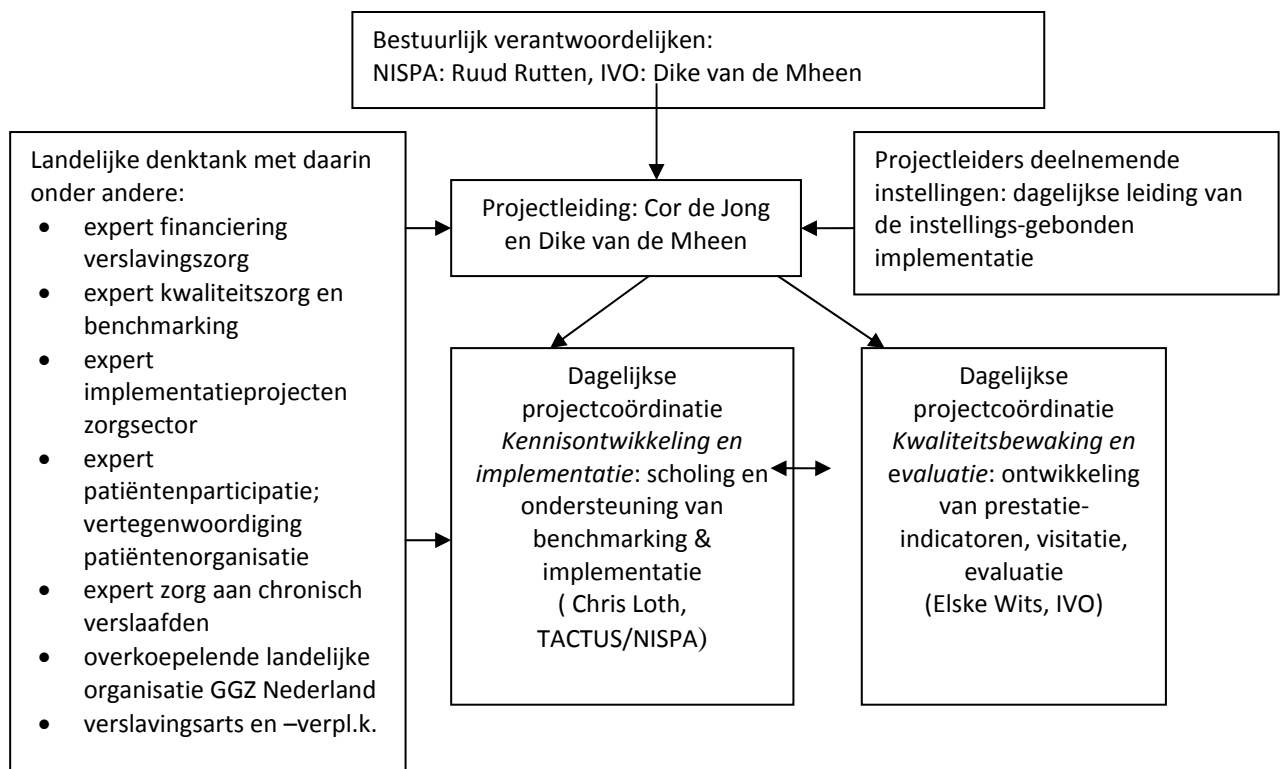
Activiteit	Tijdspad
Start overleg projectleiders over visitatie	eind januari 2007
Monitoring d.m.v. maandelijkse bijeenkomsten leergroep projectleiders	vanaf februari 2007
Start eerste visitatieronde (nulmeting)	maart 2007
Start advies instellingen	april 2007
Opstellen instellingsgebonden implementatieplannen	eind maart 2007
Start scholingen instellingen	april/mei 2007
Start implementatie RIOB	juni/juli 2007
Start tweede visitatieronde	januari-februari 2008
Eindrapportage (inclusief presentatie prestatie-indicatoren)	maart 2008

Taken en verantwoordelijkheden van het IVO en het NISPA

De ondersteuning van de implementatie van de RIOB kan worden onderscheiden in kwaliteitsbewaking & evaluatie waarvan het IVO trekker is, en kennisontwikkeling & implementatie waarvan het NISPA trekker is⁵. Specifieke taken zijn:

⁵ In de bijlagen vindt u een uitgewerkte opzet van de visitaties en informatie over alle ondersteunende producten.

Figuur 1 Projectorganisatie Ondersteuning implementatie RIOB, NISPA en IVO



Het IVO

Het IVO is als instelling (met als vertegenwoordiger Elske Wits) verantwoordelijk voor een adequate planning, uitvoer en rapportage van zowel de eerste als de tweede visitatieronde, het opstellen van prestatie-indicatoren en een beknopte evaluatie van het ondersteuningsproject. Dit laatste gebeurt op basis van de gegevens verkregen uit de twee visitatierondes, op basis van procesinformatie afkomstig van tussentijdse besprekingen en terugkoppeling met de projectleiders van de instellingen.

Het NISPA

Het NISPA is als groep instellingen (met als vertegenwoordiger Chris Loth vanuit de TACTUS Groep) verantwoordelijk voor de implementatieondersteunende producten zoals een raamwerk voor een instellingsgebonden implementatieplan, een patiëntvriendelijke tekst van de RIOB, een korte hulpverlenersversie van de RIOB, een aantal docenthandleidingen voor scholingsmodules (zowel voor de verpleegkundigen als voor de artsen) en train-de-trainer cursussen. Deze producten zullen ter beschikking worden gesteld aan de instellingen die zich hebben aangesloten bij de landelijke implementatie. Elk product kan in lay-out en tekst worden aangepast aan de structuur en cultuur van de eigen instelling.

De RIOB-projectleiders van de deelnemende instellingen vormen samen met de projectcoördinatoren van IVO en NISPA een zogenaamde leergroep waarvan de leden gedurende het project ervaringen uitwisselen met het toepassen van de richtlijn. Daarnaast houdt deze leergroep zich bezig met het bespreken van thema's, doelen

en prestatie-indicatoren voor de te ontwikkelen benchmarkstructuur. Het NISPA is verantwoordelijk voor de planning, organisatie en verslaglegging van deze bijeenkomsten.

Gezamenlijke taken en verantwoordelijkheden van IVO en NISPA

Het IVO en het NISPA hebben enkele gezamenlijke taken en verantwoordelijkheden. Te weten:

- advisering van de instellingen op basis van de resultaten van de visitaties;
- het ondersteunen van de instellingsgebonden projectleiders bij de opstelling van het instellingsgebonden implementatieplan;
- projectadministratie en -communicatie: het adequaat registreren van alle informatie en het tijdig informeren van de deelnemende instellingen.

Taken en verantwoordelijkheden instellingen

Instellingsverantwoordelijkheid

De toezegging om aan te haken bij het landelijke project geeft aan dat de instelling actief mee gaat werken aan de implementatie van de RIOB en de interne evaluatie van het implementatieproces. De instelling levert voor het project een projectleider, die aan het hieronder beschreven functieprofiel voldoet. Daarnaast maakt de instelling het via randvoorwaarden mogelijk om een (kleinschalige) implementatie van de RIOB tot stand te brengen en te evalueren. Deze randvoorwaarden zijn in ieder geval:

- een adequaat opgesteld implementatieplan;
- extra tijd voor een adequate intake van de huidige patiënten;
- een adequate scholing en studiemogelijkheden van het huidige personeel.

De instelling is in relatie tot het NISPA en het IVO gehouden aan de uitvoer van het met ondersteuning van het IVO en NISPA opgestelde implementatieplan en de financiële vergoeding voor het totale ondersteuningspakket die van te voren met de instelling is afgesproken.

Projectleiderverantwoordelijkheid

De instelling in de persoon van de projectleider conformeert zich aan de afspraken die in de leergroep worden gemaakt en zal de teksten van de ondersteunende implementatieproducten, zoals deze worden aangedragen, alleen daar aanpassen indien de cultuur van de instelling hierom vraagt⁶. De projectleider komt daarnaast de afspraken na die rondom de visitaties en de leergroep zijn gemaakt.

Functieprofiel instellingsgebonden projectleider RIOB implementatie

De projectleider is verantwoordelijke voor de dagelijkse gang van zaken rondom de planning en de invoering van de verschillende stappen in de RIOB implementatie. Hij/zij is verantwoording schuldig aan de direct betrokken manager van de eigen instelling. Voor het overdragen van de uitkomsten van de instellingsgebonden implementatie is de projectleider verantwoording schuldig aan het NISPA en het IVO. Afhankelijk van de omvang van de instellingsgebonden implementatie zal de functie zo'n 0,2 fte - 0,6 fte personele inzet vergen.

Taken projectleider

- het uitvoeren van de, door het eigen managementteam, goedgekeurde stappen in het instellingsgebonden implementatieplan;

⁶ De ruimte voor eventuele instellingsgebonden aanpassingen van de richtlijn zal in overleg met Elske Wits en Chris Loth in de leergroep worden vastgesteld.

- het aanpassen van de landelijk aangeboden implementatieondersteunende producten en processtappen aan de structuur en cultuur van de eigen instelling;
- het monitoren van de voortgang en de effecten van de implementatie;
- het aanleveren van de evaluatie uitkomsten in de maandelijkse leergroep-bijeenkomsten;
- het omzetten van knelpunten en oplossingen in instellingsgebonden actief beleid;
- het actief deelnemen, in de vorm van planningstaken en uitvoeringstaken, aan de twee visitatierondes in de eigen instelling.

Competenties projectleider

- ervaring hebben met het implementeren van richtlijnen dan wel protocollen en op de hoogte zijn van zowel product- als procesgerelateerde knelpunten die kunnen optreden in de dagelijkse praktijk;
- ervaring hebben in het verzamelen van data tijdens zowel product- als procesevaluaties;
- kennis hebben van de werkinhoud en verantwoordelijkheden van zowel de verpleegkundige als de geneeskundige discipline;
- in staat zijn knelpunten te ontdekken, te analyseren en op zoek te gaan naar bestaande toe te passen oplossingen hiervoor;
- in staat zijn om met personen met verschillende functies en verantwoordelijkheden binnen de instelling te kunnen overleggen en zaken vanuit verschillende standpunten te duiden om beslissingen te kunnen voorbereiden;
- kennis hebben van met name de logistieke processen die zich voordoen in de huidige methadonverstrekking en straks in de toekomstige opiaatonderhoudsbehandeling binnen de eigen instelling;
- open willen/kunnen staan voor supervisie (kennis op doen van en kennis overdragen).

Bijlage 1: Voorlopige opzet visitatierondes

Bijlage 2: Overzicht implementatieondersteunende producten

Bijlage 3: Maandelijkse leergroepen RIOB implementatie

Bijlage 2 Profiel instellingsgebonden projectleider implementatie RIOB

Functieprofiel instellingsgebonden projectleider RIOB implementatie

De projectleider is verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken rondom de planning en de invoering van de verschillende stappen in de RIOB implementatie. Hij/zij is verantwoording schuldig aan de direct betrokken manager van de eigen instelling. Voor het overdragen van de uitkomsten van de instellingsgebonden implementatie is de projectleider verantwoording schuldig aan het NISPA en het IVO. Afhankelijk van de omvang van de instellingsgebonden implementatie zal de functie zo'n 0,2 fte-0,6 fte gaan bedragen.

Taken projectleider

- het uitvoeren van de, door het eigen management team, goedgekeurde stappen in het instellingsgebonden implementatieplan
- het aanpassen van de landelijk aangeboden implementatieondersteunende producten en processtappen aan de structuur en cultuur van de eigen instelling
- het monitoren van de effecten van de implementatie, het uitvoeren van een voortdurende evaluatie van de implementatie
- het aanleveren van deze evaluatie uitkomsten in de maandelijkse landelijk georiënteerde bijeenkomsten van het NISPA/IVO
- het omzetten van knelpunten en oplossingen in instellingsgebonden beleid
- het actief deelnemen, in de vorm van planningstaken en uitvoeringstaken, aan de twee visitatierondes in de eigen instelling

Competenties projectleider

- ervaring hebben met het implementeren van richtlijnen dan wel protocollen en op de hoogte zijn van zowel product- als procesgerelateerde knelpunten die kunnen optreden in de dagelijkse praktijk
- ervaring hebben in het verzamelen van data tijdens zowel product- als procesevaluaties
- kennis van de werkinhoud en verantwoordelijkheden van zowel de verpleegkundige als de geneeskundige discipline
- in staat zijn knelpunten te ontdekken, te analyseren en op zoek te gaan naar bestaande toe te passen oplossingen hiervoor.
- in staat zijn om met personen met verschillende functies en verantwoordelijkheden binnen de instelling te kunnen overleggen en zaken vanuit verschillende standpunten te kunnen duiden om beslissingen te kunnen voorbereiden
- kennis hebben van met name de logistieke processen die zich voordoen in de huidige methadonverstrekking en straks in de toekomstige opiaatonderhoudsbehandeling binnen de eigen instelling
- open willen/kunnen staan voor supervisie (kennis op doen van en kennis overdragen)

Bijlage 3 Tekst patiëntenfolder RIOB

[Voorpagina:]

Op je strepen staan

Opiaatrichtlijn stelt rechten en plichten vast

{ Beeld: -Logo van RIOB
-Logo van verstreckende organisatie
-Logo van Mainline
-Realistische foto bij verstrekking, hulpverlener en gebruiker in beeld}

[Pagina 2 en 3]

Stabieler leven

Je wordt behandeld met methadon (of een andere opiaatvervanger) of je denkt erover om daarmee te beginnen. In deze folder lees je welke richtlijnen er gelden om de behandeling zo goed mogelijk te laten verlopen. Je rechten en plichten staan omschreven. En niet alleen die van jou, maar ook die van de hulpverlenende instantie die jou de medicatie verstrekt.

In Nederland kiezen zo'n 12.500 druggebruikers voor verstrekking van opiaten. Het doel daarvan is bij iedereen anders. Verstrekking van deze medicijnen kan drie doelen hebben:

- afkicken;
- stabiliseren;
- verzachten.

Behandeling kan meer rust in het alledaagse leven brengen. Doordat je op vaste tijden gebruikt, komt er meer regelmaat in en dat is gezonder voor je lichaam. Ook kun je daar waar het kan, de heftiek van het zelf op pad moeten om geld en drugs te scoren verminderen. De keuze voor medicatieverstrekking is toch geen gemakkelijke. Het heeft ook nadelen. Het vervangen van het ene verslavende middel door het andere, veelvuldige controle door hulpverleners en meer administratieve rompslomp bij bajesverblijf, bijvoorbeeld. Laat je goed informeren en weeg de voor- en nadelen af en maak dan zelf een keuze.

Richtlijn moet verstrekking verbeteren

Een groot aantal Nederlandse verslavingszorgorganisaties werkt volgens de Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling kortweg RIOB. Deze richtlijn is ontwikkeld om de verstrekking in het hele land te verbeteren, gelijkvormig te maken en goed te registreren. Vraag bij jouw verstrekker na of ze volgens de RIOB werken en zo ja; sla de richtlijn er zeker op na als je problemen of vragen tegenkomt! Je kunt de richtlijn

downloaden op:

www.ggzkennisnet.nl/ggz/uploaddb/download_object.asp?atoom=18952&VolgNr=22

of bestellen bij GGZ Nederland via telefoonnummer (033) 460 89 00.

Instellen op methadon

In Nederland is het meest gangbare vervangmiddel bij opiaatgebruik methadon.

Methadon bestaat als tablet, als bewerkte, zoete drank (niet-spuikbaar) en als suikervrije drank (wel-spuikbaar). Methadon lijkt op heroïne. Deeltjes van de stof gaan vastzitten op voelsprietten in de hersenen, receptoren, en veroorzaken zo een gelukkig gevoel.

Methadon werkt langer, maar heeft een minder stoned effect dan heroïne. De overheid wil voorkomen dat methadon op de zwarte markt komt. Verstrekking gebeurt daarom bij voorkeur onder toezicht bij een instelling. Soms is verstrekking bij een apotheek ook mogelijk.

Een goede dosering van methadon kan pas worden vastgesteld na een gesprek met een verpleegkundige én een arts. Startdoseringen van 20-30 milligram met verhogingen van 10 milligram om de vier, vijf dagen zijn het veiligst. Onderzoek wijst uit dat een hoge dosering, boven de 60 mg, meestal het best werkt. De ideale dosering wisselt per persoon. Methadon werkt pas optimaal (steady state) na vijf dagen. Ook een aanpassing van de dosis optimaliseert pas na vijf dagen. Instellen op methadon gebeurt in vier fases. Eerst worden ontwenningsverschijnselen onderdrukt, dan neemt de craving af, dan bereik je de adequate dosering en voel je je goed. Uiteindelijk is 'onderhouden' of zelfs 'verminderen van bijgebruik' het doel.

Tegenwoordig is voor een kleine groep gebruikers ook buprenorfine of heroïne aan te raden.

Vraag om cravinglijst

Als je vindt dat je dosis niet optimaal is, moet je dat altijd aangeven. Vraag aan de verpleegkundige of arts of je samen de 'cravinglijsten' in kunt vullen. De medicus vult dan een zogenaamde 'objectieve lijst' in met medisch zichtbare zaken; bijvoorbeeld of je temperatuur hoger of hartslag sneller is. Jij zelf vult een 'subjectieve lijst' in. Hierop vul je bijvoorbeeld in of je je opgejaagd of moe voelt. Zo kijken jullie samen of er sprake is van onthouding- of vergiftigingsverschijnselen. Verhoging of verlaging van de dosis is in dat geval mogelijk.

Bijwerkingen altijd doorgeven

Elk medicijn kan bijwerkingen hebben. Een droge mond en duizeligheid zijn veel voorkomend bij methadon, vooral tijdens de eerste periode van gebruik. Hou bijwerkingen in de gaten en meld het altijd aan de verpleegkundige of de arts.

Intake

Voordat je aan een behandelingsplan met methadon kan beginnen, is een intake nodig. Meestal spreek je eerst met een verpleegkundige en later ook met een arts. De twee gesprekken met de verpleegkundige en de arts verlopen volgens een vaste procedure. Samen vullen jullie enkele vragenlijsten in. De gesprekken gaan onder meer over:

- persoonsgegevens;
- wat en hoe je gebruikt;
- welke behandelingen je in het verleden doorliep;
- welke begeleiding en medicatie jij zelf wilt krijgen;
- lichamelijke en psychische gezondheid;
- arbeidsverleden en scholing;
- financiële situatie;
- dagindeling;
- manier van wonen;
- vrienden en familie;
- eventueel contact met politie en justitie.

Na de gesprekken wordt jouw situatie besproken met een team van deskundigen. Soms kan je hierbij zijn, maar het hoeft niet. Het kan ook zijn dat gegevens bij anderen, bijvoorbeeld je huisarts of een vorige hulpverlener, opgevraagd worden. Dat mag een instelling overigens alleen na jouw nadrukkelijke toestemming.

In welk patiëntenprofiel pas jij?

Tijdens intake wordt je ingedeeld in een van de drie verschillende patiëntenprofielen: scenemijder, scenebezoeker of scenebewoner.

Deze indeling is handig om de behandeling zoveel mogelijk op je persoonlijke situatie toe te spitsen. Hoe gaat dat nou in zijn werk? Per profiel is bijvoorbeeld een andere dosering, een andere intensiviteit van de begeleiding en een andere ophaalplek voor de methadon van toepassing.

Twee voorbeelden. Dino werkt vijf dagen per week in de bouw en huurt zelf een mooi flatje. In de opvang komt hij nooit. De meeste collega's en vrienden weten niet dat hij gebruikt. Dino is een typische scenemijder. Voor hem is het waarschijnlijk het beste als hij één keer per week zijn weekdosis methadon bij de apotheek kan gaan ophalen. Zijn goede gezondheid en leefomstandigheden laten het toe dat hij slechts twee keer per jaar bij de hulpverleningsinstantie komt voor evaluatiegesprekken.

Een andere gebruiker, Marcel, woont begeleid en de gebruiksruimte is verderop in de straat. Hij komt daar om te gebruiken en hij vindt het ook leuk om een praatje te maken met zijn maten. Marcel is dus een scenebewoner. Marcel kan vijf keer per week zijn methadon af komen halen bij de methadonpost in de gebruiksruimte. Hij heeft met zijn persoonlijke begeleider elke maand een gesprek. Huurbetaling, dat abces, dat akkefietje met de politie; Marcel heeft altijd wel wat waar hij hulp bij kan gebruiken.

Het is overigens niet zo dat je precies in een van de drie 'hokjes' hoeft te passen, ook combinaties zijn mogelijk. Ook zit je niet levenslang aan een profiel vast, wijzigen kan.



Laat persoonlijke wensen opnemen in behandelovereenkomst

Na de drie gesprekken (verpleegkundige, arts, multidisciplinair team) wordt een 'behandelovereenkomst' opgesteld. Bij sommige organisaties wordt dat ook wel een 'zorgplan' genoemd. De behandelovereenkomst bestaat uit twee delen: een begeleidingsmodule en een medicatiemodule. Er is in de behandelovereenkomst ook ruimte voor je persoonlijke wensen qua behandeling en medicatie. Als je dus specifieke voorkeuren hebt, geef duidelijk aan dat je wilt dat het genoteerd wordt in de behandelovereenkomst!

In de richtlijn is vastgelegd dat het niet langer dan zeven dagen mag duren voordat je je eerste medicatie krijgt en dat je behandelovereenkomst binnen zes weken moet worden opgesteld. Als het langer duurt, verwijst dan naar de richtlijn!

[Pagina 6 en 7]

Val terug op persoonlijk begeleider

Als de hele intake achter de rug is, heb je daarna voornamelijk contact met je persoonlijk begeleider. In de behandelovereenkomst staat op welk vlak je begeleiding krijgt. Dat kan zijn afkicken. Maar het kan ook zijn het op orde brengen van je administratie, het opnieuw in contact komen met familie of het opzetten van een gezonder eetpatroon. Als je de dosis van de methadon of de afhaalallocatie of -frequentie wilt veranderen, moet je

bij je persoonlijk begeleider zijn. Eventueel verwijst hij door naar de verpleegkundige, de arts of iemand anders. Ook als je andere problemen hebt, kun je de hulp in roepen van je persoonlijk begeleider. Jullie spreken onderling af wanneer en waar jullie elkaar spreken. Dat is meestal bij de instelling, maar de begeleider kan ook elders afspreken. Op de achterkant van deze folder staat een lijstje waarop je je volgende afspraken kunt noteren.

Medicijnvoorschriften vastgelegd

In de medicatiemodule van je behandelovereenkomst staat precies het soort, de hoeveelheid, de frequentie en de afhaalplek van je medicatie genoemd. Belangrijk is ook het doel van je behandeling.

Verder staat in de medicatiemodule beschreven welke medicatieregels specifiek voor jou gelden. Zo staat er bijvoorbeeld in of je andere aandoeningen of ziektes hebt waarmee rekening gehouden moet worden. Denk daarbij bijvoorbeeld aan hepatitis-c of hiv. Medicatie kan de werking van methadon beïnvloeden en andersom speelt dat ook. Verder wordt genoteerd bij wie je terecht kunt als je geen medicatie krijgt, bijvoorbeeld door een sanctie of als de verstrekker vermoedt dat je zoveel hebt bijgebruikt dat er kans op overdosis is. Je hebt recht op een second opinion. Zwangerschap staat ook vermeld. Zwangerschap kan namelijk een reden zijn om je voorrang te geven bij methadonverstrekking. Een minimale dosering methadon blijkt namelijk duidelijk gezonder te zijn voor het ongeboren kind dan heroïnegebruik. Wel moet de gezondheid van jou en je baby dan extra in de gaten gehouden worden.

Met vragen over de medicatie of je gezondheid kun je in eerste instantie terecht bij je persoonlijk begeleider. Zonodig maakt deze een afspraak voor je met de verpleegkundige of arts.

Urinetesten gebonden aan protocol

Soms vinden begeleiders het nodig om je urine te testen. Urinetesten kan echter niet zomaar. In de medicatiemodule van je behandelovereenkomst moet staan met welk doel, op welk middel, hoe vaak en met welke sancties er urinetesten gedaan kunnen worden. Testen gebeurt bijna altijd bij de intake om je drugsafhankelijkheid objectief te kunnen bepalen. Ook kan het later nodig zijn om te kijken hoeveel methadon je hebt opgenomen en dus de werking te controleren. Een verstrekker kan er ook om vragen als hij bang is dat verstrekking na bijgebruik een overdosis zou kunnen veroorzaken. Overigens kun je ook zelf om een urinetest vragen. Soms kan het stimulerend werken als je aan de test ziet dat je bijgebruik gedaald of zelfs helemaal gestopt is. In de richtlijn staat een voorbeeld van een urine-afname-protocol. Je kunt bij jouw instelling altijd vragen hoe hun protocol er uitziet.

Zeker twee keer per jaar evalueren

Je behandelplan moet wettelijk gezien zeker twee keer per jaar geëvalueerd worden. Je persoonlijk begeleider bekijkt dan met jou je vorderingen. Eventueel kan ook een verpleegkundige of een arts erbij gehaald worden. Bij deze evaluatiegesprekken kun je problemen of klachten aankaarten. Als je niets zegt, verandert er niets. Als na

herhaaldelijke pogingen van jouw kant niets verandert, kun je ook informeren naar de klachtenprocedure bij jouw hulpverleningsinstantie. Verwijs zonodig naar de richtlijn!

[Achterpagina]

Verstrekingsgegevens:	
Naam:	
Geboortedatum:	
Straat en huisnummer:	
Postcode en plaats:	
Naam medicatie:	
Dosis:	
Naam verstrekker:	
Straat en huisnummer:	
Postcode en plaats:	
Openingstijden:	
Bijzonderheden:	

Afsprakenlijst:	
Datum:	Doel:

Colofon:

Deze folder is gebaseerd op de Richtlijn Opiatonderhoudsbehandeling. Deze richtlijn is gereed gekomen onder redactie van Chris Loth van de Tactus Groep en Lisette Oliemeulen en Cor De Jong van Novadic-Kentron

Initiatiefnemer: Tactus Groep

Tekst: Mainline, Francien Coenen

Eindredactie: Mainline, Jasperine Schupp

Copyright: Overname en reproductie alleen na schriftelijke toestemming van Stichting Mainline, Amsterdam

Fotografie: ...

Ontwerp: ...

Druk: ...

Uitgave: maart 2007

Bijlage 4 Tekst verkorte versie RIOB voor hulpverleners

ZORGBEHOEFTE

Anamnese (va. blz. 33):

- ❖ Korte analyse hulpvraag
- ❖ Gegevens derden opvragen, dossieronderzoek
- ❖ Evt. geschiedenis patiënt kort beschrijven
- ❖ Intake en nader vaststellen hulpvraag (MATE) met verdiepende vragen (blz. 42-45)
 1. Verslaving: middelengebruik, afhankelijkheid, probleemgebruik
 2. Gezondheid
 - a. Somatisch
 - b. Psychosociaal
 - c. Psychiatrisch (MINI) en beoordeling suicidaliteit
 3. Spiritueel(zingeving)
 4. Sociaal (netwerk)
 5. Maatschappelijk
 - a. Inkomen
 - b. Wonen
 - c. Dagbesteding
 - d. Justitiële contacten cq status
- ❖ Intakeverslag vastleggen en op agenda patiëntenoverleg plaatsen (blz. 37-38)
- ❖ Patiënt inbrengen in patiëntenbespreking (blz. 37-38)

ZORGPLAN (binnen 4 weken na intakegesprek)

- ❖ Indeling in een zorgprofiel (blz. 54-59):

scene

 - mijder
 - bezoeker
 - bewoner
- ❖ Beschrijving van de verschillende probleemgebieden (1 t/m 5d zie boven); diagnoses, doelen en interventies per werkplan
- ❖ Voorstel welke discipline de 1^{ste} hulpverlener wordt cq zorgcoördinatie op zich neemt
 - milde somatische problematiek: verpleegkundige 1^{ste} hulpverlener niveau 4
 - ernstige somatische en milde psychiatrische problematiek: verpleegkundige 1^{ste} hulpverlener niveau 5
 - ernstige psychiatrische problematiek: gespecialiseerde verpleegkundige 1^{ste} hulpverlener
 - geen somatische dan wel psychiatrische problematiek: geen verpleegkundige 1^{ste} hulpverlener
- ❖ Voorstel voor evt. vervolgdagnostiek

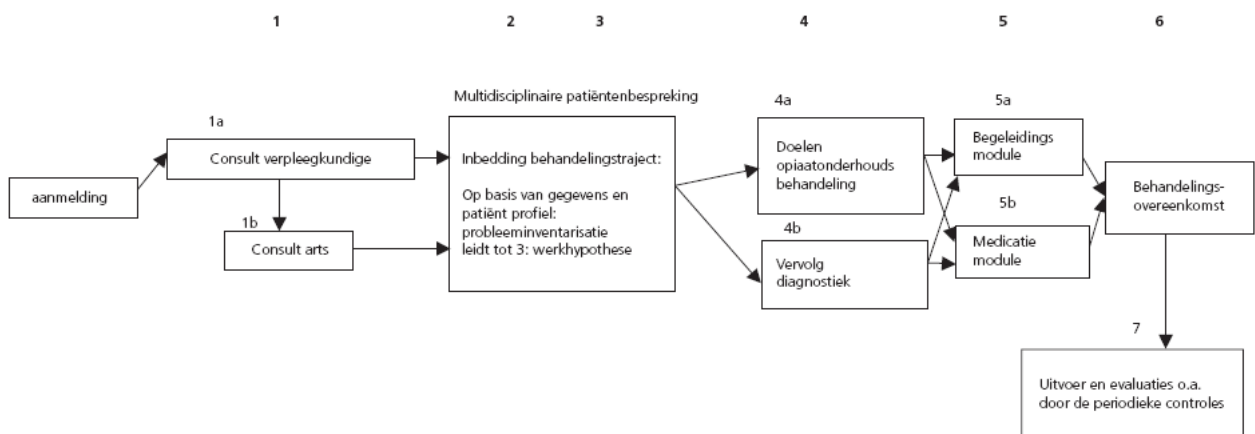
BEGELEIDINGSMODULE: blz. 53

- ❖ Beschrijving verslavingsgerelateerde, somatische, psychosociale, maatschappelijke en spirituele doelen op basis van het zorgplan (met hierin opgenomen de evt. werkplannen van andere hulpverleners voor de specifieke zorgvragen) en korte en lange termijn doelen
 - Verslavingsgerelateerd
 - Doel van ondersteuning in relatie tot het zorgprofiel

- Somatische zorg
- Psychosociale zorg
- Spirituele zorg
- Beoordeling voor specifieke zorg:
 - allochtonen (blz. 21-22)
 - vrouwen (blz. 23-24)
 - jongeren (blz. 87)
 - ouderen (blz. 87)
 - psychiatrische co-morbiditeit (blz. 85-86)
 - somatische co-morbiditeit (blz. 83-85)
- ❖ Data van evaluatie en verslaglegging van de terugkoppeling

MEDICATIEMODULE: blz. 53

- ❖ Substitutie opioïden: doel van deze substitutie (detoxificatie, stabilisatie of palliatie), welk middel, dosering (inclusief insteldosering, ophogen/verlagen), door wie verstrekt en hoe te monitoren
 - methadon (blz. 70-78)
 - buprenorfine/Subutex (blz. 70-78)
 - heroïne (zie CCBH)
- ❖ Overige medicatie: reden, doelen, welk middel, doseringen, door wie verstrekt en hoe te monitoren
- ❖ Speciale medische aandachtspunten; b.v. zwangerschap etc. (vanaf blz. 83)
- ❖ Wel/geen urinecontrole en op welke middelen en met welke sancties (blz. 80-81)
- ❖ Verstekkingsarrangement (blz. 78-79):
 - dagelijks, 5x per week, 3x per week, 2x per week, 1x per week
 - via een apotheek
 - afspraken en evaluatie over verstrekking derden (bijv. Leger des Heils, Humanitas)
 - afspraken over verstrekkingen tijdens vakanties



Bijlage 5 Format voor een instellingsgebonden implementatieplan

‘Van methadonverstrekking naar opiaatonderhoudsbehandeling’

Het implementatieplan van de Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling

1 Inleiding

In Januari 2006 werd de richtlijn opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB) geïntroduceerd op een symposium te Nijmegen. Onder de begeleiding van het NISPA, met een subsidie van het onderzoeksprogramma Resultaten Scoren, hebben de TACTUS Groep en Novadic-Kentron de richtlijn mogen ontwikkelen. Voor het doorvoeren van deze richtlijn zijn grote en kleine veranderingen op allerlei vlakken in de organisatie nodig. In het onderstaande implementatieplan wordt beschreven hoe deze veranderingen binnen onze instelling tot stand komen, wat de verschillende stappen van het implementatieproces zijn en aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan.

Allereerst wordt in dit hoofdstuk beschreven welke speerpunten in de richtlijn te herkennen zijn en wat de einddoelen van de invoering ervan zijn. Vervolgens zullen de verschillende randvoorwaarden op instellingsniveau besproken worden waarna in verschillende stappen de implementatie uitgewerkt wordt.

1.1 RIOB

De richtlijn is opgebouwd aan de hand van drie patiëntenprofielen die in de methadongebruikende populatie in Nederland kunnen worden onderscheiden:

- De 'mijder', een niet of nauwelijks meer illegale harddrugs gebruikende patiënt die weinig medische zorg behoeft, een geïntegreerd leven leidt met vaak een stabiele onderhoudsdosering methadon en die nauwelijks gezondheidsklachten kent.
- De 'bezoeker' daarentegen gebruikt vaak illegale drugs bij, heeft toenemende gezondheidsklachten, vaak schulden en een netwerk om zich heen dat toenemend verslaafd raakt.
- De 'bewoner' die lichamelijke en psychiatrische klachten heeft naast een persisterende verslaving aan harddrugs. Deze patiënt heeft vaak geen woonruimte en leeft 24 uren in de drugscene waar hij/zij woont, werkt en gebruikt. Deze laatste categorie patiënten heeft zeer intensieve geneeskundige en verpleegkundige zorg nodig.

Speerpunt: *iedere patiënt die nu in zorg is krijgt een profielindeling op basis van een gegevensverzameling door verpleegkundige en arts*

Ten tweede beschrijft de richtlijn een professionele gegevensverzameling van de arts en de verpleegkundige. Hierin is extra aandacht voor de snelle herkenning van de optredende somatische en psychiatrische comorbiditeit en de inbedding hiervan in een multidisciplinair behandelingsaanbod. Iedere patiënt heeft twee modules, een begeleidingsmodule en een medicatiemodule die samen het behandelingsplan vormen.

Speerpunt: *iedere patiënt krijgt op basis van het profiel een begeleiding (coördinator hiervan is de 1^{ste} hulpverlener) en medicatie (de arts is medisch eindverantwoordelijke voor de geneeskundige zorg) aangeboden.*

De RIOB beschrijft een adequaat medicatiebeleid op basis van de beide heroïnevervangende middelen, methadon en Subuxone. De richtlijn beperkt zich tot de behandelingsdoelen stabilisatie en palliatie⁷. Bij **stabilisatie** is het doel het stoppen van bijgebruik van opioïden. De zucht (craving) naar deze middelen wordt

⁷ De huidige richtlijn zal op termijn worden aangevuld met adequate informatie over het voorschrijven en verstrekken van medische heroïne.

bestreden door het verzadigen van de opiaatreceptor. **Palliatie** als behandelingsdoel betekent dat het stoppen van het bijgebruik van opioïden niet wordt nagestreefd en/of nog niet haalbaar wordt geacht. Dit hoofdstuk besteedt eveneens extra aandacht aan het medische beleid rondom speciale doelgroepen zoals; zwangere vrouwen, patiënten met dubbele diagnostiek, oudere patiënten en patiënten met virale infecties.

Speerpunt: *iedere patiënt krijgt een medicatiemodule waarin het doel, het middel, de ophaalfrequentie, urine onderzoek en vakantieregelingen uit zijn gewerkt. Aan de balie wordt met drie instrumenten (VAS schaal craving, OOS en SOS) een actieve monitoring uitgevoerd, de effecten van de medicatie worden gerapporteerd*

Als laatste beschrijft de RIOB een goede overdracht en afstemming van de zorg voor zowel de begeleiding maar zeker voor de medicatie van patiënten indien zij elders in zorg worden genomen. Het centrale uitgangspunt hierbij is dat de opiaatvervangende behandeling wordt geïnitieerd en uitgevoerd door adequaat opgeleide en professioneel werkende verpleegkundigen en artsen. Dit beleid kan niet zomaar worden doorbroken omdat de visie op verslaving verschilt.

Speerpunt: *iedere patiënt heeft recht op een behandeling. Deze behandeling zou door andere instellingen overgenomen moeten worden. Een adequate informatievoorziening is hierbij van belang ook vanuit de verslavingszorg*

1.2 Einddoel

Op basis van de hierboven genoemde speerpunten moeten aan het einde van de implementatie van de RIOB zijn bereikt:

- dat alle al in zorg zijnde opiaatafhankelijke patiënten in de ambulante medicatieverstrekking een behandelingsplan hebben, dat onder eindverantwoordelijkheid van een hoofdbehandelaar wordt gecoördineerd door een 1^{ste} verantwoordelijke hulpverlener en waarin is opgenomen; een begeleidingsmodule en een medicatiemodule.
- dat in de hele instelling adequate informatie is over aantallen patiënten per profiel en de daarbij behorende zorgvragen en zorgactiviteiten.
- dat de faciliteiten zijn geregeld zodat de ‘voorkeur’ taken door de verpleegkundigen en door de arts van de verstrekkingseenheden kunnen worden uitgevoerd.
- dat het verpleegkundige team uit verschillende niveaus werkers bestaat waarbij verschillende functies en takenpakketten horen om zo een adequate begeleiding te verkrijgen naast het verstrekken van medicatie.
- dat teamleden, artsen en verpleegkundigen, adequaat zijn bijgeschoold en eventuele opleidingstrajecten voor hen zijn uitgestippeld in de toekomst.

2 Belangrijke beslissingen

In dit hoofdstuk zullen een aantal belangrijke beslissingen worden genoemd. Het is van belang dat elke beslissing voor de instelling wordt bekeken op het belang en verder wordt ingevuld.

2.1 Huidige 'methadonposten' en toekomstige veranderplaatsen

Beschrijf hier de keuze die de instelling heeft gemaakt: pilotstations of alle methadonverstrekkingseenheden. Indien de instelling kiest voor pilotstations: geef dan hieronder een uitgebreide omschrijving van de pilotstations in relatie tot de rest van de methadonverstrekkingseenheden: waarom deze pilot, samenstelling patiëntenpopulatie, team, korte stand van zaken huidige zorgverlening etc.

2.2 Randvoorwaarden⁸

Er zijn 6 belangrijke randvoorwaarden geformuleerd tijdens de pilotperiode van de RIOB ontwikkeling. Indien niet aan deze voorwaarden kan worden voldaan, is invoering van de RIOB onmogelijk en moet worden afgeraden. Het management van de instelling moet zich bewust zijn van deze randvoorwaarden en de projectleider is verantwoordelijk voor het aankaarten hiervan en het uitwerken tijdens de implementatie.

- Bereidheid mee te werken: van te voren is het belangrijk om de teams die in aanmerking komen voor de implementatie goed te informeren, zodat zij als team duidelijk ja kunnen zeggen tegen deze vernieuwing.
- Reflectie: de deelnemers hebben ja gezegd tegen regelmatige bijeenkomsten waarin zij met elkaar kritisch terugkijken naar hun eigen werk, de implementatie en de uitkomsten hiervan, en de instelling geeft hen hiervoor de mogelijkheden.
- Multidisciplinaire samenwerking: in de instelling is een mogelijkheid van discipline overstijgend patiëntenoverleg waaraan verpleegkundigen deel kunnen en mogen nemen.
- Instellingswerkgroep (stuurgroep): de instelling geeft de direct betrokken experts de mogelijkheid om regelmatig op instellingsniveau bij elkaar te komen en beleidsbeslissingen te nemen die de implementatie ondersteunen.
- Kennisontwikkeling: de instelling is bereid om de artsen en verpleegkundigen in het kader van de richtlijn adequaat bij te scholen en maakt hiervoor budget en tijd vrij⁹

2.3 Financiering instellingsgebonden implementatie

De invoering van de RIOB kent twee extra geldstromen. Allereerst de implementatiekosten die een dergelijk project met zich meebrengen en die in iedere instelling zijn op te delen in:

- Tijd die het team in het pilotstation moet gaan besteden aan het uitvoeren van de (her)intakes en het opstellen van behandelingsplannen conform de RIOB.
- Tijd die besteed moet gaan worden aan scholing van het personeel (artsen en verpleegkundigen).
- Indien men op de werkvloer minimaal bezet is qua verpleegkundige formatie en artsen formatie zal extra inzet personeel noodzakelijk zijn.
- Fte aanstelling projectleider

⁸ Beschrijf op basis van de aangegeven items hoe deze voor de instelling zijn gegarandeerd.

⁹ Zie voor een uitgebreide beschrijving bijlage 1.

De projectleider zal deze kosten inzichtelijk moeten maken voorafgaande aan de implementatie moeten berekenen.

Daarnaast speelt de extra productie die op basis van de RIOB gemaakt kan worden, ofwel de structurele meerkosten na invoering van de RIOB. Deze moeten via de huidige regiobudgetten worden aangevraagd en goedgekeurd door de zorgverzekeraars. Op basis van onzekerheid is het aan te raden de implementatie op te zetten als een 5 jaren plan.

Het vijfjarenplan bestaat uit twee implementatieprocessen die naast elkaar lopen:

- ❖ Instellingsbreed: centrale sturing vanuit de instellingswerkgroep van alle onderdelen die voor alle verstrekkingseenheden op eenzelfde wijze moeten verlopen en die ingebed dienen te worden in de structuur en cultuur van de instelling op basis van al bestaande afspraken.
- ❖ Per verstrekkingseenheid ('methadonpost' oude stijl) krijgt ieder team de mogelijkheid om een eigen plan van aanpak te maken op basis van het centrale implementatieplan en de plaatselijke haalbaarheid

In het vervolg van dit plaatselijke implementatieplan zal stap voor stap worden uitgewerkt hoe tot een totaal plan te komen.

2.4 Een sturende instellingswerkgroep

De implementatie wordt gestuurd door de instellingswerkgroep, de dagelijkse leiding ligt bij de projectleider en de communicatie is in handen van de projectgroep PR.

De instellingswerkgroep (minimale tijdseenheid van bijeen komen: 1 keer per 2 maanden).

De instellingswerkgroep heeft als taken:

Hoofdtak: *Het houden van een overall toezicht op alle fasen van de implementatie en het verantwoordelijk zijn voor de totale uitvoering en de hierbij behorende beleidsbeslissingen*

Subtaken:

- Overzichtelijk maken van de extra tijd op korte en lange termijn en uitwerken in toekomstige financiële plannen
- Controleren en sturen van het implementatieplan
- Rapportage over de voortgang aan het MT, cliëntenraad, OR, artsenoverleg, overleg behandelaars (hoofden behandeling) en de directie

Extra aandachtspunt hierbij is de positie van de voorzitter van de instellingswerkgroep. Deze persoon moet binnen de lijnstructuur van de instelling in staat worden gesteld om beslissingen op korte termijn te kunnen nemen.

2.5 Projectleider

Hoofdtak: *Het uitvoeren van de implementatie zelf en het sturen van de evaluatie van de implementatie. De projectleider is verantwoordelijke voor de dagelijkse gang van zaken rondom de RIOB en legt verantwoording af aan de instellingswerkgroep en aan de voorzitter hiervan in het bijzonder.*

Subtaken:

- Het opstellen van een instellingsgebonden implementatieplan op basis van het advies dat uit de eerste visitatie voorkomt. Dit plan bevat zowel een instellingsbreed plan als een plan per verstrekkingseenheid (hetgeen een supervisietask inhoudt voor de projectleider: de eenheid maakt het eigen plan)
- Het actief meewerken aan het verzamelen van data voor de twee visitatierondes die bij de landelijke implementatie behoren
- Het bijwonen van de leergroep bijeenkomsten die ter ondersteuning van de landelijke implementatie dienen

2.6 Werkgroep PR

De informatievoorziening over de RIOB en de implementatieplannen zijn belangrijk. Zowel de interne als de externe communicatie vooraf en tijdens de implementatie moet geregeld zijn. De werkgroep moet in ieder geval bestaan uit: hoofd afdeling PR, verpleegkundige, arts en de projectleider.

Hoofdtak: Het maken van een communicatieplan intern voor de instelling en extern voor belangrijke partners. Een plan waarmee de verschillende belanghebbende naar buiten kunnen treden en de informatiestroom adequaat kunnen houden. Belangrijke partners intern zijn de ondernemingsraad, de cliëntenraad, het managementteam, alle artsen (BAT) en alle hoofdbehandelaars (ZIBO), alle verpleegkundigen/sociotherapeuten en andere hulpverleners. Externe partners zijn; zorgkantoor, artsen van andere instellingen zoals algemene ziekenhuizen en GGz instellingen.

Subtaken:

- Het opstellen van een communicatieplan voor de visie op medische zorg, zeker als binnen de instelling een 'welzijns cultuur' heerst die tegengesteld ervaren wordt aan een medische visie.
- Specifieke aandacht aan hoe patiënten bij de RIOB implementatie te betrekken naast de cliëntenraad die goed op de hoogte gehouden zal worden.
- Patiënten informatiefolder in de vorm van een RIOB patiëntenversie voorbereiden.
- Verkorte versie van de RIOB voor de afdelingen maken.
- Organiseren van studiemiddag als startpunt van de totale implementatie

3 Inbedding in de bestaande instellingstructuur en -cultuur en lopende projecten

Binnen de ambulante verslavingszorg zijn de afgelopen jaren veel ontwikkelingen gestart. Bij het implementeren van de RIOB is gebleken dat deze ontwikkelingen elkaar raken, soms zelfs niet los van elkaar kunnen worden gezien. Het is belangrijk om bij het invullen van het implementieplan hier van te voren rekening mee te houden. Bijvoorbeeld bij het implementeren van de heroïneverstrekking die volgens het protocol van het CCBH is opgezet en zo uitgevoerd dient te worden. Echter de heroïneverstrekking als zorgproces wijkt niet af van het zorgproces binnen de RIOB. Sterker nog: beiden horen als behandelmogelijkheid bij elkaar en dienen dezelfde doelgroep. Een tweede voorbeeld is de HKZ certificering. Deze kwaliteitsborging vergt veel inzet en daarmee moet rekening gehouden kunnen worden.

3.1 Instellingsculturen

Zoals al eerder is gesteld moet rekening gehouden worden met de huidige visie en cultuur binnen de instelling. Dit is het beste te omschrijven als een probleem waarbij twee visies elkaar raken: welzijnsdenken in de aanpak van verslaving versus de medische visie op verslaving. Visies brengen een bepaalde werkwijze met zich mee. Bij het implementeren van de RIOB kan de werkwijze die hierbij hoort gaan botsen met de welzijnscultuur en de werkwijze en de structuur die hierbij hoort. Tijdens de implementatie moet goed gekeken worden naar onder- en overwaardering van taken en functies van professionals en de eventuele onrust die een verandering hierin kan gaan oproepen.

3.2 Regionale verschillen moeten mogelijk zijn

Als de instelling kiest voor meerdere pilotstations of voor alle posten binnen de instelling dan is het een uitdaging om op basis van regionale verschillen de desbetreffende eenheden een eigen plan te laten maken waarin deze verschillen terug te zien zijn in een aanpak in de praktijk.

3.3 Instellingsgebonden registratie en ondersteunende diensten

De RIOB is geen instellingsvreemd element dat een hele aparte aanpak vereist. Het is zaak om tijdens het gehele traject (al beginnend bij de eerste stappen) de volgende afdelingen actief mee te laten denken zodat de RIOB een volwaardige inbedding krijgt binnen de diverse ondersteunende diensten:

- P&O: functiehuis verpleegkundigen, artsen en
- DIAT voor USER/PSYCHIS ondersteuning
- Beroepsgroepen, 1^{ste} geneeskundige voor professionele statuut, casemanagers voor de inbedding van deze functie in de methadonverstrekking etc.

4. Stappenplan om tot een plaatselijke invulling van de RIOB implementatie te komen

4.1 Hoe werkt het stappenplan?

De hieronder uitgewerkte stappen zijn bedoeld voor de verstrekkingseenheden/verstrekkingunits die mee doen met de implementatie. Het kan dus zo zijn dat de instelling 1 pilotpost heeft of juiste alle units mee laat implementeren. Het stappenplan kan leiden tot plaatselijke implementatieplannen die natuurlijk ingebed moeten zijn in een instellingsplan met daarbij aangesteld een instellingswerkgroep en een projectleider. De plaatselijke implementatieplannen worden in eerste instantie eigendom van het team. Onder dit team wordt verstaan; de afdelingsverpleegkundigen, de verslavingsarts en het hoofd bedrijfsvoering, waarbij het hoofd bedrijfsvoering de uiteindelijke verantwoordelijkheid draagt voor de uitvoering. Deze disciplines zullen in eerste instantie het plan moeten invullen en de route moeten bepalen. Zodra de plannen worden uitgevoerd in de praktijk zullen ook alle andere direct betrokken hulpverleners erbij betrokken worden. De uitstraling van de invoering van de richtlijn betreft alle hulpverleners die in hun dagelijkse werkzaamheden te maken hebben met patiënten die drugs gebruiken en methadon via onze instelling betrekken.

Het doel hiervan is dat elke huidige verstrekkingseenheid stapsgewijs zelf bepaalt in welk tempo veranderingen worden doorgevoerd. Haalbaarheid van de plannen en het plezier hebben en houden in verbeteringen doorvoeren zijn hierin belangrijk.

Twee tegelijkertijd optredende veranderingen lopen door elkaar heen in het stappenplan. Allereerst de veranderende rollen in het team en ten tweede de start van de herintakes en de organisatieveranderingen die hierbij noodzakelijk zijn.

Het is van belang om stap voor stap alle vragen te beantwoorden en op basis van de antwoorden haalbare veranderingen te plannen. Voor de te plannen referiebijeenkomsten is het belangrijk dat de teams goed vastleggen welke knelpunten zij tegenkomen en welke oplossingen daarvoor zijn te bedenken.

Het stappenplan maakt helder waar het team nu staat, hoe de verstrekking nu is georganiseerd, en waar het in de toekomst naar toe wil. De huidige situatie wordt vergeleken met een toekomstige zodat helder gaat worden welke veranderingen gewenst zijn. Deze veranderingen kunnen worden omgezet in een actieplan dat over 5 jaren uitgezet kan worden. De totale implementatie is beraamd op 5 jaren, het vergt een aantal aanpassingen die niet snel zijn door te voeren en het gehele traject is nogal afhankelijk van extra gelden die moeten worden vrijgemaakt. De officiële start van de implementatie gaat plaats vinden in februari 2007. Hieraan vooraf gaat de eerste scholing voor de verpleegkundigen. De benodigde aanpassingen in bijvoorbeeld USER worden op instellingsniveau verder voorbereid.

Als de plaatselijke plannen zijn gemaakt en in uitvoer zijn gegaan, zullen de uitkomsten hiervan regelmatig worden besproken met de teams;

- allereerst zal de projectleider de teams ondersteunen tijdens het maken van het plan (het raamwerk hiervoor is het hiervoor liggende stuk tekst),
- vervolgens vinden maandelijkse referiebijeenkomsten plaats waar de optredende knelpunten en de hiervoor gevonden oplossingen zullen worden besproken.

4.2 De essentie van het implementatietraject

De RIOB stelt vast dat in de toekomst voor iedere drugsverslaafde patiënt¹⁰ twee modules moeten worden gerealiseerd¹¹:

1) Begeleidingsmodule waarin staat beschreven:

- wie de 1^{ste} hulpverlener/casemanager is
- welke problemen er spelen en welke sterke kanten van de patiënt aanwezig zijn
- welke korte en lange termijn doelen van de begeleiding gepland zijn
- welke korte en lange termijn interventies moeten worden uitgevoerd en door wie

2) Medicatiemodule waarin staat beschreven:

Voorgeschreven opiaatonderhoudsmedicatie: middel

- doel verstrekking middel
- dosering
- monitoring effecten: welke en hoe effect te zien en te meten
- verstrekkingvorm
- UC's wel/niet en waarop en hoe vaak en welke sancties bij overtreding

Voorgeschreven andere medicatie: middel (en)

- middel en reden
- dosering en frequentie
- doel
- monitoring op welke effecten
- voorschrijver en verstrekker

Op basis van dat wat hierboven staat beschreven zullen de instellingen en met name de plaatselijk teams moeten kijken naar de huidige situatie en deze moeten vergelijken met de toekomstige.

De veranderingen die in de praktijk dan gewenst worden zijn tweeledig; allereerst de veranderingen in het huidige team verpleegkundigen en daarnaast de veranderingen in de dagelijkse zorgverlening.

¹⁰ Onder drugsverslaafde patiënt binnen de RIOB wordt ook verstaan: iedere patiënt in een onderhouds/afbouw medicatieprogramma. Voor deze patiënt staan de afbouw regels beschreven in de medicatiemodule en de begeleidingsafspraken die niet veel zullen afwijken van andere patiënten in de begeleidingsmodule.

¹¹ De begeleidingsmodule en medicatiemodule volgens de RIOB gaan in 2007 binnen USER ook zo genoemd worden. Het zorgplan zoals dat nu binnen de instelling wordt gebruikt zal voor de patiënt die nu behandeld wordt met methadon gaan bestaan uit deze beide modules. Dat wil zeggen dat de onderdelen die hierboven bij beide modules staan uitgewerkt in ieder individueel zorgplan terug te vinden moeten zijn.

4.3 Stap 1: inschatting aantallen patiënten bij de drie profielen

Start met de volgende inventarisatie:

- 1) Totaal aantal huidige methadonpatiënten
- 2) Totaal fte's verpleegkundigen
 - aantallen verpleegkundigen
 - aanwezigheid verpleegkundige
- 3) Fte's huidige casemanagers die al patiënten uit de methadonverstrekking begeleiden
 - aantallen casemanagers en uren per casemanager
- 4) Fte's arts¹²
 - aantallen artsen
 - aanwezigheid arts (en)
 - externe artsen in loondienst van de instelling
- 5) Openingstijden uitgiftebalie
 - tijdstippen
 - dagen

Stel vervolgens vast wat de huidige zorgzwaarte is.

Hoeveel patiënten zijn er nu in behandeling, krijgen methadon via de verstrekkingseenheid?

Maak op basis van de onderstaande schatting en het totale aantal patiënten een berekening van het aantal patiënten per profiel;

- mijders (10-15%):
- bezoekers (55-60%):
- bewoners (25-30%):

Op deze locatie is de schatting:

Aantal mijders:

Aantal bezoekers:

Aantal bewoners:

¹² Bij de fte's artsen is het van belang om de uren die beschikbaar zijn voor de methadonverstrekking goed te scheiden van het aantal uren dat de arts elders ingezet moet worden.

4.4 Stap 2: vaststelling samenstelling verpleegkundige team

Stel vast wat dit gaat betekenen voor de samenstelling van het verpleegkundige team.

De RIOB opteert voor drie soorten functies binnen de opiaatvervangende behandeling:

- de verstrekker (niveau 3) die aan de balie medicatie verstrekt en basale ad-hoc zorg verleent, daarnaast signaleert deze werker andere problemen en sluisst deze door naar een verpleegkundige dan wel verslavingsarts.
- de verpleegkundige (niveau 4) met zowel verstrekkingstaken als begeleidingstaken rond de balie en voor patiënten met somatische en/of lichte psychiatrische problematiek de langerdurende begeleiding naast de balie
- de (verpleegkundig) casemanager (niveau 5 en post HBO, ANP-er en SPV-er) met alleen langerdurende begeleidingstaken voor ernstig verslaafde patiënten met ernstige psychiatrische problematiek

Koppel de drie patiëntprofielen met de aantallen, die hierboven voor de locatie zijn berekend aantallen aan de drie functies die hierboven staan beschreven en stel vast hoeveel werkers in welke functie zouden moeten gaan werken in de toekomst. Zie hiervoor het onderstaande schema's

Profiel gekoppeld aan medicatie en begeleiding

Modules	Mijder	Bezoeker	Bewoner
Medicatie	Apotheek	3 x per week aan de balie van de instelling	7 x per week medicatie aan de balie of op locatie
Begeleiding	Geen CM, alleen eens per half jaar een monitoringsgesprek over medicatie en gezondheid	Verpleegkundig CM bij lichte psychiatrische en somatische problemen: niveau 4 Verpleegkundig CM bij psychiatrische problematiek: niveau 5 Bij andere problemen geen verpleegkundige als CM	Multidisciplinaire CM met bemoeizorg: verpleegkundige niveau5 en/of ANP/SPV

Profiel gekoppeld aan verpleegkundige functies

Patiënt profiel	Verpleegkundige functies
Mijder: nauwelijks tot geen verpleegkundige begeleiding	Verstrekker: verzorgende niveau 3, baliewerkzaamheden, geen minimaal aantal werkuren
Bezoeker: bij somatische en licht psychiatrische problemen verpleegkundig CM niveau 4, en bij ernstige DD problemen een verpleegkundig CM niveau 5 ¹⁴	Verpleegkundige, niveau 4, verstrekkings/baliewerkzaamheden (10-14 uren) in combinatie met CM taken (6-10 uren), minimaal 16-24 uren beschikbaar
Bewoner: multidisciplinaire 'bemoei' zorg met hierin verpleegkundige CM-ers van niveau 5 en met voorkeur hoger (ANP/SPV)	Verpleegkundige, niveau 5 of ANP/SPV (post HBO), alleen CM taken voor zo'n 20 patiënten, minimaal beschikbaar aantal werkuren moet 28 zijn ¹³

De inventarisatie maakt helder hoe het team er in de toekomst uit zou moeten zien wat de verschillende verpleegkundige functies betreft:

1)

Nu moet het huidige team op basis van deze inschatting en op basis van te plannen functioneringsgesprekken met het hoofd bedrijfsvoering een plan van aanpak maken. Zodat per individuele werker duidelijk wordt welke individuele carrières de komende 5 jaren gepland kunnen gaan worden. Bij deze carrières horen in samenwerking met de afdeling P&O de scholingsplannen (zie hiervoor de opzet 'functioneringsgesprekken RIOB implementatie').

2)

Op basis van deze berekening kan nu worden vastgesteld, nadat de individuele routes van het bestaande personeel zijn bepaald, hoeveel werkers in welke functie er in de toekomst extra zullen moeten worden toegevoegd om alle patiënten kwalitatieve goede zorg te verlenen.

3)

Stel ook vast hoeveel artsen beschikbaar zijn om naast het dagelijkse werk extra patiënten te zien i.v.m. de RIOB intake.

¹³ Let op: het huidige aantal uren dat de casemanager werkt kan afwijken van deze 28 uren. De standaard binnen de instelling is echter conform de nieuwe richtlijn casemanagement gesteld op 28 werkuren, dit aantal is in 2007 de richtinggevende maat.

¹⁴ Let op: in het patiëntenoverleg kan heel goed worden vastgesteld dat ook hulpverleners met een HBO maatschappelijk werk opleiding dergelijke patiënten mogen begeleiden. De DD patiënten kunnen op basis van dit lokale implementatieplan **NOOIT** uit een caseload van een mw-er verwijderd worden zonder dat dit is afgesproken in een patiëntenoverleg. De verpleegkundigen worden als cm-er aan het team cm-ers toegevoegd, er worden geen patiënten uit case-load verwijderd zonder voorafgaand multidisciplinair overleg en een hieruit voortkomende beslissing van de behandelcoördinator.

4.5 Stap 3: Vaststelling aantallen en soorten (her)intakes

De RIOB beschrijft voor alle patiënten die tot nu toe geen volledig behandelingsplan hebben een intakeprocedure voor. Stel met de te volgen stappen vast om hoeveel patiënten het binnen de verstrekkingsseenheid gaat en welke acties nodig zijn om te komen tot volledige plannen.

Er zijn drie mogelijkheden in de ontwikkeling naar een volledig behandelingsplan binnen de instelling te onderscheiden, zie het schema hieronder:

- 1) Behandelingsplan met 1^{ste} hulpverlener is al in werking: **alleen de medicatiemodule instellen met monitoring via de OOS, SOS en VAS schaal craving**
- 2) Intake met MATE/Europ-ASI gehad maar geen actief behandelingsplan: **verdiepende vragen stellen, gesprek arts, behandelingsplan opstellen met beide modules en inbreng patiëntenbespreking**
- 3) Geen intake gehad: **gesprek verpleegkundige ; MATE+/Europ-ASI en evt. MINI, gesprek arts, opstellen behandelingsplan met beide modules en inbreng patiëntenbespreking**

Stel met het team vast om welke soorten behandelingsplan en bij hoeveel patiënten het binnen de eenheid handelt. Met andere woorden; stel vast hoeveel patiënten nu nog geen fatsoenlijk behandelingsplan hebben, of in welke stadium de plannen verkeren.

Op basis van de vereiste RIOB stappen in een intake gaat een intakeprocedure t/m inbreng in de patiëntenbespreking per patiënt zo'n 5,5 uren tijd kosten, 4 uren voor de verpleegkundige en 1,5 voor de arts:

- Intake door de verpleegkundigen (inclusief MINI en rapportage): 2 uren
- Uitwisseling tussen verpleegkundige en arts: 15 minuten
- Gesprek arts en patiënt (inclusief rapportage): 45 minuten
- Voorbereiding patiëntenbespreking door verpleegkundige: 1 uur
- Inbreng in de patiëntenbespreking: 30 minuten

Let erop dat verschillende patiënten inmiddels al een intakegesprek met de MATE/Europ-ASI gehad kunnen hebben. Dit maakt de implementatie van de RIOB modules gemakkelijker. Er zijn drie verschillende mogelijkheden; een patiënt heeft de MATE/Europ-ASI al gehad en een behandelingsplan met een actieve 1^{ste} hulpverlener, een patiënt heeft de MATE/Europ-ASI al gehad met nog geen actief behandelingsplan en een patiënt heeft nog geen MATE/Europ-ASI gehad. Hieronder staan de drie implementatie trajecten daarvoor uitgewerkt.

Bepaal op basis van de sterkte van het huidige team en de scholing die individuele leden gaan volgen wie beschikbaar is om een RIOB intake te starten.

Stel dan vast hoeveel huidige patiënten per week en maand een intake kan worden aangeboden.

Stel vervolgens met het team vast binnen welke tijd alle patiënten een intake hebben gehad en beide modules uitgewerkt in het behandelingsplan hebben staan.

Hou hierbij rekening met de volgende randvoorwaarden:

Bij het opstellen van het plan is het belangrijk om de nieuw te plannen zorg goed in te bedden in het plaatselijk palet aan zorg dat er al voor deze patiëntengroep is. Dus het is zaak om als team goede afspraken te maken over samenwerking met, eventueel aanhaken bij, alle andere onderdelen van de ambulante verslavingszorg zoals:

- samenwerking met de huidige intakers,
- samenwerking met de huidige casemanagers en bemoeizorgers

en met:

Bij het implementeren moet goed worden gekeken naar:

- de huidige rol van de hoofd behandeling in relatie tot de taken van de casemanager in verband met het zelfstandig beslissen van te nemen stappen/te plannen interventies en het bijstellen van het behandelingsplan
- de speelruimte die hierin is te vinden
- het aantal formatie uren van de hoofdbehandelaar
- de invulling van de zorgplan systematiek
- de rollen die hulpverleners kunnen innemen in de zorgplansystematiek

4.6 Stap 4: Opzetten adequate medicatiemodule en medicatiemonitoring

Stel vast wat er binnen de medicatiemodule veranderd moet gaan worden om medicatie monitoring tot stand te brengen.

Binnen de medicatiemodule die iedere patiënt aan het einde van de implementatie heeft is het de bedoeling dat verstrekkers aan de balie, of de verpleegkundigen met begeleidingstaken aan de balie met behulp van een drietal instrumenten gaan monitoren hoe de werking van de medicatie voor de individuele patiënt uitpakt. De RIOB doet een voorstel voor een drietal instrumenten die de hulpverlener en de patiënt hierbij kunnen helpen. Tot nu toe worden deze instrumenten als monitoringsmethode niet of niet voor iedere patiënt toegepast: OOS, SOS en VAS.

Implementatie van een monitoringsmethode houdt het volgende in;

- Scholing van de verstrekkers en verpleegkundigen in het gebruik en de toepassing van de drie instrumenten

- Installatie van de instrumenten in USER/PSYCHIS zodat de ingevulde lijsten per patiënt kunnen worden opgeslagen en samen met de patiënt de veranderingen in scoring kunnen worden bekeken (de uitkomsten krijgen een plaats in de dagelijkse begeleiding, het medicatiemanagement.
- De scoringslijsten een duidelijke plaats laten krijgen in de totale behandeling van patiënten.
 - Stel in het team vast wie er aan de balie moeten gaan werken met deze lijsten en methode,
 - Stel in de dagelijkse werkwijze aan de balie vast welke veranderingen nodig zijn hiervoor,
 - Stel vast welke randvoorwaarden hiervoor aanwezig moeten zijn,
 - Maak een plan van aanpak.

4.7 Ontwikkelingen op instellingsniveau die gedurende het implementatieproces van invloed kunnen zijn

Op langere termijn spelen ook nog een aantal andere belangrijke ontwikkelingen mee:

- Instellingsbrede implementatie van de LCMR
- De bijstelling in de instelling van USER/PSYCHIS met bijvoorbeeld standaardisatie RIOB met behulp van de profielen en daarop de diverse begeleidingstrajecten op basis van de zorgzwaarte
- De ontwikkeling van het elektronische patiëntendossier
- De nog te ontwikkelen instellingsvisie op uiterlijk van de verstrekkingseenheid
- De nog te nemen beslissing in het MT van de instelling over extra financiering

4.8 Globale planning van het plan van aanpak

Bijlage 6 Lijst deelnemende instellingen en projectleider leergroep

Naam projectleider	Naam instelling
Thijs van Damme en Kitty Camfferman	HKPD Vlissingen
Rob Oostdam	IrisZorg
Lieke Knapen	Novadic-Kentron
Rob ter Haar, Ron Dokter en Kathelijne van der Horst	TACTUS Groep
Rene Gillekens	Mondriaan Zorggroep
Arjan van der Deijl en Ina Bakker	Parnassia/De Brijder
Ellis Magnee	GGZNLimburg

Bijlage 7 Deelnemers landelijke denktank RIOB

Naam deelnemer	Naam instelling
Lawrence de Robles	Menzis
Henk Garretsen	Universiteit Tilburg
Toon van Oosteren	IrisZorg
Dick van Etten	Centrum Maliebaan/V&VN
Annemarie Roskam	SIVZ
Brenda Langezaal	Ministerie VWS
Michel Westra	Ministerie Justitie/DJI
Victor dos Santos	MDHG
Fedde Visser	MDHG
Michiel Ebersson	Parnassia/VVGN
George de Bruijn	Parnassia/VVGN
Eta Mulder/Marlies Hoorn	GGZ Nederland

Bijlage 8 Vragenlijst visitatie

Vragenlijst eerste visitatieronde RIOB

Uitgeprinte vragenlijst en bijlagen versturen aan:
IVO
t.a.v. Elske Wits
Heemraadssingel 194
3021 DM Rotterdam

Digitaal ingevulde vragenlijsten e-mailen aan:
Elske Wits
wits@ivo.nl

A. EFFECTIVITEIT VAN ZORG

A1. Organisatiestructuur en personele bezetting

A1.1 Expertise

	Vraag	JA	NEE	Opmerkingen:
1.1.1	Is het team opiaatonderhoudsbehandeling conform de RIOB (hoofdstuk 5 p. 124-125) samengesteld? Zo nee: op welke punten wijkt de samenstelling af van de RIOB?			
1.1.2	Zijn de kwalificaties van het personeel conform de RIOB? Zo nee: op welke punten wijkt de samenstelling af van de RIOB?			
1.1.3	Competentieprofiel van het verpleegkundige team			
	a. Heeft iedere verpleegkundige een basisopleiding?			
	b. Gevolgde bij -en nascholing in de voorafgaande 5 jaren per verpleegkundige (gemiddeld aantal dagen per verpleegkundige per jaar):	—	—	AANTAL DAGEN:
	c. Gemiddeld aantal jaren werkervaring in de GGz of verslavingszorg:	—	—	AANTAL JAREN:

	d. Houden verpleegkundigen de vakliteratuur bij?			
	e. Is een scholingsprogramma aanwezig voor verpleegkundigen? Zo ja, laat document(en) zien.			
1.1.4	Competentieprofiel van SPV-ers/ANP-er			
	a. Gevolgde bij -en nascholing in de voorafgaande 5 jaren per SPV-er/ANP-er (gemiddeld aantal dagen per SPV-er ANP-er per jaar):	___	___	AANTAL DAGEN:
	b. Gemiddeld aantal jaren werkervaring in de GGz of verslavingszorg:	___	___	AANTAL JAREN:
	c. Houden SPV-ers/ANP-ers de vakliteratuur bij?			
	d. Is een scholingsprogramma aanwezig voor SPV-ers/ANP-ers? Zo ja, laat document(en) zien.			
1.1.5	Welke kennis en kunde moet het totale team van de verstrekkingseenheid zich nog eigen maken?	___	___	
1.1.6	Voeg kopieën bij van de functieomschrijvingen van artsen, verpleegkundigen en SPV-ers/ANP-ers en casemanagers	___	___	

A1.2 Caseload casemanager en/of trajectmanager

	Vraag	JA	NEE	Opmerkingen:
1.2.1	Hoeveel personen staan er bij de instelling als patiënt in de opiaatonderhoudsbehandeling geregistreerd?	___	___	AANTAL:
1.2.2	Wat was de caseload van casemanagers/ vaste hulpverleners in de afgelopen maand?	___	___	AANTAL:
1.2.3	Hoeveel patiënten hebben de afgelopen maand medicatie ontvangen?	___	___	AANTAL:

A1.3 Bezetting

	Vraag	JA	NEE	Opmerkingen:

1.3.1	Aantal fte's verpleegkundigen:	—	—	AANTAL:
1.3.2	Hoeveel verpleegkundigen zijn er in dienst?	—	—	AANTAL:
1.3.3	Aantal fte's arts:	—	—	AANTAL:
1.3.4	Hoeveel artsen zijn er in dienst?	—	—	AANTAL:
1.3.5	Aantal fte's casemanagers (of soortgelijke functies): NB: de casemanagers kunnen zowel een verpleegkundige als een niet-verpleegkundige achtergrond hebben	—	—	AANTAL:
1.3.6	Hoeveel casemanagers zijn er in dienst?	—	—	AANTAL:
1.3.7	Indien er maatschappelijk werkers zijn aangesteld die geen casemanager zijn, wat zijn dan hun specifieke taken?			
1.3.8	Uit hoeveel fte's bestaat het gehele team van de verstrekkingsunit?			

A1.4 *Openingstijden verstrekkingsbalie*

	Vraag	JA	NEE	Opmerkingen:
1.4.1	Is de verstrekkingsunit minimaal van 9.00 - 17.00 uur open op een dag?			
1.4.2	Is de verstrekkingsunit minimaal 5 dagen per week geopend?			
1.4.3	Is er minimaal één keer per week avondopenstelling? (NB: avondopenstelling is niet onderdeel van de RIOB)			

A2. Primaire proces

Dit onderdeel betreft de uitvoering van de intake en de verschillende onderdelen van de behandeling volgens de richtlijn.

A2.1 Informatie voor de patiënt: zie C1.4.3

A2.2 Verpleegkundige intake

	Vraag	JA	NEE	Opmerkingen:
2.2.1	Vindt de verpleegkundige intake plaats volgens de procedure beschreven in de RIOB (bijlage 2 p. 41)?			
2.2.2	Wordt hierbij standaard het alcoholgebruik in kaart gebracht? Zo ja, voeg een kopie bij van de standaard werkwijze.			
2.2.3	Wordt op alcoholgebruik getest?			
	Zo ja, hoe?			
2.2.4	Hebben maatschappelijk werkers een rol in deze fase van de intake? (bijvoorbeeld als voordeurmedewerker)			
	Zo ja, is er afstemming geregeld tussen hun taken en de medische taken van verpleegkundigen en artsen in deze intake fase?			
2.2.5	Vindt de overdracht van verpleegkundige intakegegevens naar de arts plaats volgens de procedure beschreven in de RIOB (bijlage 5 p. 47)?			

A2.3 Geneeskundige anamnese

	Vraag	JA	NEE	Opmerkingen:
2.3.1	Vindt de geneeskundige anamnese plaats volgens de procedure beschreven in de RIOB (bijlage 6 p. 48)?			
2.3.2	Hoe wordt een opiaatafhankelijkheid vastgesteld?	==	==	

2.3.3	Wordt bij iedere nieuwe patiënt een urinesample getest op in ieder geval heroïne, cocaïne, benzodiazepinen en methadon?			
2.3.4	Voeg een kopie van het urine(onderzoeks)protocol bij.	—	—	

A2.4 Multidisciplinair overleg (MDO)

	Vraag	JA	NEE	Opmerkingen:
2.4.1	Wordt elke patiënt minimaal 1x per 6 maanden geëvalueerd?			
2.4.2	Wordt het MDO bijgewoond door:			
	a. een verpleegkundige?			
	b. een arts?			
	c. indien aanwezig in het team: de SPV/ANP?			
2.4.3	Komen de in de RIOB benoemde onderwerpen aan de orde tijdens de eerste keer dat een patiënt in het MDO wordt besproken?			

A2.5 Behandelingsplan en medicatie (-verstrekking)beleid

	Vraag	JA	NEE	Opmerkingen:
2.5.1	Hebben alle patiënten die al in zorg waren een volledig behandelingsplan gekregen (begeleidingsmodule en medicatiemodule)?			
2.5.2	Krijgen alle nieuwe patiënten altijd een volledig behandelingsplan (begeleidingsmodule en medicatiemodule)?			
2.5.3	Welke doelen heeft de instelling in de methadonbehandeling en welke doseringen worden hierbij gehanteerd?			

2.5.4	Instellen op methadon: is hier een vast beleid voor? (bijvoegen indien dit op papier staat)			
2.5.5	Wordt medicatie altijd voorgeschreven door een arts, nadat de arts de patiënt heeft gezien?			
2.5.6	Wat is de gemiddelde startdosis methadon?			
2.5.7	Wat zijn de verschillende stappen bij opbouw van een dosis bij het instellen op een adequate dosis?			
2.5.8	Hoe wordt de eerste dosis methadon vastgesteld, op basis van welke symptomen, hoeveelheid opiaatgebruik? Wordt rekening gehouden met alcoholgebruik?	—	—	
2.5.9	Op basis van welke indicatoren wordt de dosis methadon bijgesteld?	—	—	
2.5.10	Geef een overzicht van de doseringen in de laatste maand (uitgedrukt in aantal patiënten dat bepaalde dosering heeft)	—	—	
2.5.11	Wat is de maximale dosis binnen de instelling?	—	—	
2.5.12	Wie heeft deze maximale dosis vastgesteld?	—	—	
2.5.13	Is er binnen de instelling een protocol waarin staat beschreven: - bij welke dosis de arts een collega moet raadplegen - wat te doen als de maximale dosis bij een patiënt overschreden moet gaan worden?			
	Zo ja, geef een kopie van het protocol.	—	—	
2.5.14	Worden aan de balie of in andersoortige gesprekken de effecten van een bepaalde dosis opiaatonderhoudsmedicatie gemonitord?			
2.5.15	Gebruikt de hulpverlener hiervoor standaard vragen, vragenlijsten of andersoortige instrumenten?			
2.5.16	Schrijft de verslavingsarts Subuxone (of Subutex) voor?			
	Zo ja: - bij welke categorie patiënten - wat is het huidige aantal patiënten? - in welke doseringen: laagste dosis, hoogste dosis	—	—	

	Indien geen Subuxone (of Subutex) wordt voorgeschreven: wat is hiervoor de reden?	—	—	
--	---	---	---	--

A2.6 Registratie

	Vraag	JA	NEE	Opmerkingen:
2.6.1	Is er een elektronisch dossier (USER en/of PSYGIS)? Zo ja: voeg een uitdraai van een representatief dossier toe.			
2.6.2	Is er een papieren dossier? Zo ja: voeg een kopie van een representatief dossier toe.			
2.6.3	Wordt na de gegevensverzameling in het dossier standaard een probleeminventarisatie opgenomen?			
2.6.4	Zo ja, hierin komen de volgende thema's aan de orde:			
	a. Noodzaak van vervolgdagnostiek (zo ja: door wie en wanneer uit te voeren)			
	c. Lichamelijke gezondheid			
	d. Geestelijke gezondheid			
	e. Sociale problematiek			
2.6.5	Wordt in het behandelingsplan een relatie gelegd tussen deze levensgebieden?			
2.6.6	Wordt na de gegevensverzameling in het dossier standaard opgenomen:			
	a. In welk profiel de patiënt is in te delen			
	b. Welke mogelijke doelen er op korte termijn zijn te stellen			
	c. Welke mogelijke doelen er op langere termijn zijn te stellen			
2.6.7	Wordt na de gegevensverzameling in het dossier over de begeleidingsmodule standaard opgenomen:			
	a. Wie de eerst verantwoordelijke hulpverlener van de patiënt wordt			
	b. Wanneer het definitieve plan af is en doorgesproken met de patiënt			

	c. Wat het doel is van de begeleiding			
	d. Welke interventies op korte en lange termijn noodzakelijk zijn			
	e. Wie welke werkplannen gaat uitwerken en uitvoeren			
	f. Wanneer de eerste evaluatie/terugkoppeling is			
2.6.8	Wordt na de gegevensverzameling in het dossier over de medicatiemodule standaard opgenomen:			
	a. Welke opiaatvervangende medicatie het meest geschikt is voor de patiënt:			
	- welke dosis het meest geschikt is			
	- monitoring van de effecten: welke, hoe en door wie			
	- doel van de medicatieverstrekking			
	- welke verstrekkingvorm			
	- UC's: waarop en wanneer en welke sancties bij positieve uitslagen			
	b. Welke andere medicatie noodzakelijk is:			
	- welk middel			
	- dosering/ frequentie inname			
	- reden waarom			
	- doel			
	- door wie verstrekt			
	- monitoring effecten: welke, hoe en door wie			

2.6.9	Worden na de eerste bespreking in het MDO in het dossier standaard opgenomen: a. Het definitieve behandelingsplan (inclusief definitieve begeleidingsmodule en medicatiemodule)			
	b. Iedere verandering in de toegepaste behandeling(en)			
	c. Naam van de eerst verantwoordelijke hulpverlener			
	d. Voortgang per maand in de uitvoering van het behandelingsplan			
	f. Verslagen van evaluaties die plaatsvinden in het MDO			
2.6.10	Is er één dossier op één locatie?			
2.6.11	Is het medisch dossier onderdeel van het elektronische dossier?			
2.6.12	Indien geen elektronisch dossier aanwezig is: worden de activiteiten van de arts in een papieren dossier vermeld?			
2.6.13	Worden de medische handelingen (consulten en registratie daarvan en andere interventies) geregistreerd?			
2.6.14	Voeg een kopie bij van het standaard formulier voor overdracht van medische gegevens.			
2.6.15	Voeg een kopie toe van de formulieren die de zorgplansystematiek vormen.			

A2.7 Taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden

	Vraag	JA	NEE	Opmerkingen:
2.7.1	Heeft de arts de centrale regie in de medische behandeling van de patiënt?			
2.7.2	Worden methadondoseringen zelfstandig bijgesteld door verpleegkundigen, dus zonder inbreng van de arts?			
2.7.3	Zo ja, is deze werkwijze (taken en bevoegdheden) vastgelegd in een			

instellingsprotocol?			
----------------------	--	--	--

A3. Continuïteit van de kwaliteitsverhogende maatregelen

A3.1 Systematische toepassing van de verbeterspiraal: plan-do-check-act

	Vraag	JA	NEE	Opmerkingen:
3.1.1	Verbeter de instelling voortdurend de kwaliteit van de opiaatonderhoudsbehandeling door verbeteringen te bedenken, uit te proberen, te meten, en vervolgens bij te stellen?			
3.1.2	Indien ja: maakt het management van de opiaatonderhoudsbehandeling hierbij gebruik van:			
	a. doelstellingen van het kwaliteitsbeleid van de instelling?			
	b. resultaten van interne audits?			
	c. de analyse van (registratie-)gegevens?			
3.1.3	Noem een voorbeeld van de meest recente wijzigingen/ verbeteringen in de opiaatonderhoudsbehandeling en voeg relevante documenten bij.			

B. VEILIGHEID

B1.1 Fysieke omgeving

	Vraag	JA	NEE	Opmerkingen:
1.1.1	Heeft de instelling beleid op het gebied van hygiëne die ook geldt voor de opiaatonderhoudsbehandeling?			
1.1.2	Is er een protocol 'hygiënisch werken' aanwezig?			
	Zo ja, voeg een kopie bij van dit protocol.			
1.1.3	Is er een protocol infectiepreventie aanwezig?			
	Zo ja, voeg een kopie bij van dit protocol.			
1.1.4	Heeft de instelling voor risicovolle situaties richtlijnen ontwikkeld, waaronder een calamiteiten/ontruimingsplan en een bedrijfshulpverleningsplan?			
	Zo ja, voeg een kopie bij van deze richtlijnen.			
1.1.5	Controle en geweldgebruik: heeft de instelling beleid ten aanzien van het omgaan met controle van patiënten?			
1.1.6	Heeft de verstrekkingseenheid een portier of een bewaker?			

B1.2 Opslag en registratie geneesmiddelen

	Vraag	JA	NEE	Opmerkingen:
1.2.1	Beschikt de verstrekkingseenheid over afsluitbare ruimtes voor geneesmiddelen en verpleegartikelen?			
1.2.2	Zijn het gebruik en het sleutelbeheer van deze ruimten, de bestelling, de levering, de te leveren doseringen en de controle op de voorraad in een protocol			

	beschreven?			
	Zo ja, voeg een kopie bij van dit protocol.			
1.2.3	Is dit protocol op een voor medewerkers zichtbare plaats aanwezig?			

B1.3 Incidenten patiëntenzorg, klachtenopvang en – behandeling

	Vraag	JA	NEE	Opmerkingen:
1.3.1	Incidenten op het gebied van openbare orde en veiligheid: heeft de instelling een sanctieprotocol waarin staat bij welke overtredingen door patiënten welke sancties worden toegepast, welke stappen hierin gezet worden door het personeel en welke rechten de patiënt hierin heeft?			
	Zo ja, voeg hiervan een kopie bij.			
1.3.2	Worden meldingen door personeel van dit soort incidenten geregistreerd?			
	Zo ja, voeg een overzicht van de incidenten in 2005 en 2006 toe.			
1.3.3	Wordt het gevoel van veiligheid van patiënten periodiek in kaart gebracht?			
1.3.4	Heeft de instelling een klachtenreglement gebaseerd op de Wet Klachtrecht Patiënten Zorgsector?			
1.3.5	Is er een voor patiënten op papier beschreven klachtenrecht?			
	Zo ja, voeg hiervan een kopie bij.			
1.3.6	Worden de klachten geregistreerd en worden er maatregelen getroffen om klachten in de toekomst te voorkomen?			
	Zo ja, laat zien hoe dit in 2005 en/of 2006 is gebeurd.			
1.3.7	Worden de klachten jaarlijks gerapporteerd conform de Wet Klachtrecht Patiënten Zorgsector?			

C. PATIËNTGERICHTHEID

C1.1 Inrichting en toegankelijkheid

	Vraag	JA	NEE	Opmerkingen:
1.1.1	De verstrekingsvoorzieningen bevinden zich op dezelfde verdieping			
1.1.2	De verstrekkingseenheid heeft:			
	a. een elektrisch afsluitbare entree met goed functionerende intercom			
	b. een wachtruimte van minimaal 40m ²			
	c. heeft een balie met ICT-voorzieningen			
	d. een aparte ruimte voor het verrichten van medisch onderzoek			
	e. deze behandelruimte heeft een kast met behandelmaterialen, een behandeltafel, een wastafel en een bureau met minimaal twee stoelen			
	f. een aparte spreekkamer voor de arts			
	g. Zo ja: in deze artsenruimte staan minimaal een bureau met drie stoelen, een onderzoekstafel, een kast met medische materialen en een onderzoeksinstrumentarium			
	h. een neutrale spreekkamer om gesprekken met patiënten te voeren			
	i. een vergaderruimte voor personeel			
	j. een keuken/ natte ruimte			
	k. gescheiden toiletten voor patiënten en personeel			
	l. een adequaat toilet voor het leveren van urinemonsters			

	m. aparte afsluitbare ruimte voor opbergen van oa dossiers, medicatie en een noodvoorraad opiaatonderhoudsmedicatie (in kluis), die aan de eisen van de Inspectie Gezondheidszorg voldoet			
--	---	--	--	--

C1.2 Toegang tot effectieve zorg

	Vraag	JA	NEE	Opmerkingen:
1.2.1	Wordt per patiënt volgens de medicatiemodule van de RIOB nagegaan welke opiaatonderhoudsmedicatie het meest geschikt is voor de patiënt?			
1.2.2	Is er per patiënt aandacht voor de behoefte aan psychosociale zorg en/of bhandeling (o.a. aandacht voor dagbesteding, woonomstandigheden)?			
1.2.3	Aantal patiënten dat een vaste hulpverlener (casemanager en/of trajectmanager) heeft die behandelingsplan maakt en/of gedeeltelijk uitvoert:	—	—	AANTAL:
1.2.4	Externe samenwerking: Is de continuïteit van zorg gegarandeerd middels samenwerkingsafspraken met ketenpartners (MO, GGZ, GGD, penitentiaire inrichtingen en politie)?			
1.2.5	Zijn met deze samenwerkingspartners afspraken gemaakt over informatieoverdracht?			
	Zo ja, worden deze afspraken in de praktijk goed nageleefd?			
	Zo nee, beschrijf de belangrijkste knelpunten.			
1.2.6	Zijn met deze samenwerkingspartners eenduidige behandelafspraken gemaakt?			
	Zo ja, worden deze afspraken in de praktijk goed nageleefd?			
	Zo nee, beschrijf de belangrijkste knelpunten.			
1.2.7	Interne samenwerking, <i>managementniveau</i> : Is de continuïteit van zorg (ketenzorg) binnen de eigen instelling of de multifunctionele eenheid (zoals locaties voor dagopvang) gegarandeerd middels samenwerkingsafspraken en structureel overleg, op het niveau van behandelverantwoordelijken/ midden management?			

1.2.8	Zijn met deze interne samenwerkingspartners afspraken gemaakt over informatieoverdracht?			
1.2.9	Zijn met deze partners afspraken gemaakt over taakverdeling?			
	Zo ja, worden beide typen afspraken in de praktijk goed nageleefd?			
	Zo nee, beschrijf de belangrijkste knelpunten.			
1.2.10	Interne samenwerking, <i>uitvoerend niveau</i> : Is de continuïteit van zorg gegarandeerd middels samenwerkingsafspraken met andere disciplines (denk aan maatschappelijk werkers of casemanagers) in andere onderdelen van de eigen instelling of de multifunctionele eenheid (zoals locaties voor dagopvang)?			
1.2.11	Zijn met deze interne samenwerkingspartners afspraken gemaakt over informatieoverdracht?			
1.2.12	Zijn met deze partners afspraken gemaakt over taakverdeling?			
	Zo ja, worden beide typen afspraken in de praktijk goed nageleefd?			
	Zo nee, beschrijf de belangrijkste knelpunten.			
1.2.13	Zijn verpleegkundigen buiten openingstijden van de verstrekkingsbalie nog bereikbaar voor andere hulpverleners / instellingen?			
1.2.14	De gemiddelde wachttijd (in weken) voor nieuwe patiënten tussen aanmelding en intake is:	—	—	AANTAL:
1.2.15	De gemiddelde wachttijd (in weken) voor nieuwe patiënten tussen intake en start van de behandeling is:	—	—	AANTAL:

C1.3 Eigen invloed, keuzevrijheid

	Vraag	JA	NEE	Opmerkingen:
1.3.1	De patiënt wordt betrokken bij (de besluitvorming over) de volgende zaken:			
	a. Methadonverstrekking op locatie die bij patiënt past (apotheek of verstrekkingseenheid)			
	b. Keuzemogelijkheden in verstrekking (vloeibaar vs vast, dosering en alternatieve middelen)			
	c. Afhaalfrequentie			
	d. Evaluatie behandelplan			

C1.4 Communicatie en informatie

	Vraag	JA	NEE	Opmerkingen:
1.4.1	Wordt het personeel regelmatig bijgeschoold over bejegening van patiënten?			
1.4.2	Wordt vóór het opvragen van informatie bij derden patiënten gevraagd een Toestemmingsverklaring Informatie Derden te tekenen?			
1.4.3	Vindt schriftelijk voorlichting aan de patiënt plaats over:			
	a. de opiaatonderhoudsbehandeling, procedures en routing?			
	Zo ja, geef een kopie van het schriftelijk materiaal			
	b. methadon en de werking ervan?			
	Zo ja, geef een kopie van het schriftelijk materiaal			
1.4.4	Voorlichting aan de patiënt vindt (ook) mondeling plaats over:			

	a. de opiaatonderhoudsbehandeling, procedures en routing			
	b. methadon en de werking ervan			
1.4.5	Is het sanctieprotocol duidelijk zichtbaar opgehangen in de wachtruimte?			
1.4.6	Zijn de huisregels duidelijk zichtbaar opgehangen in de wachtruimte?			
1.4.7	Is de patiëntenfolder over de opiaatonderhoudsbehandeling duidelijk zichtbaar opgehangen in de wachtruimte?			

D. MEDEWERKERTEVREDENHEID

	Vraag	JA	NEE	Opmerkingen:
D1.1	Wat was in 2005 en 2006 het ziekteverzuim (%) van het personeel dat werkzaam is bij de verstrekkingsunit?	—	—	
D1.2	Wat was het personeelsverloop (%) binnen de verstrekkingsunit in 2005 en 2006? <i>Het gaat hier om het aantal medewerkers waarvan in een jaar het dienstverband is geëindigd (om welke reden dan ook), gedeeld door het gemiddeld aantal medewerkers in het team in hetzelfde jaar. (NB: <u>niet</u> het aantal fte's als uitgangspunt nemen)</i>	—	—	



Zelfscorelijst eerste visitatieronde RIOB

**Maart 2007,
Elske Wits (IVO)
Chris Loth (Tactus Groep/NISPA)**

Zelfscorelijst eerste visitieronde RIOB

Thema's, doelen

Bij de implementatie van de RIOB zijn een aantal thema's en subthema's te herkennen die in de visitatie terugkomen.

De RIOB doet per thema een aantal uitspraken. Op basis van deze uitspraken zijn per (sub)thema doelen te formuleren.

Met de indicatoren die verbonden zijn aan deze doelen kan een instelling zijn positie op deze thema's zelf bepalen.

De resultaten van deze 'zelfevaluatie' worden meegenomen in de visitatie.

Thema	A. Effectiviteit van zorg			B. Veiligheid	C. Patiëntgerichtheid
Sub – thema	A1. Organisatiestructuur & personele bezetting	A2. Primair proces	A3. Continuïteit		
Doel	De instelling levert professionele opiaatonderhoudsbehandeling, gekenmerkt door voldoende beschikbare actuele medische expertise, en voldoende tijd per patiënt.	Iedere patiënt krijgt een zorgvuldige intake en anamnese, een behandelplan, passende medicatie, een compleet dossier en wordt minimaal 2 keer per jaar besproken in het MDO. De arts heeft de centrale regie in de behandeling van patiënten.	De verbetering van de kwaliteit van de opiaatonderhoudsbehandeling is onderdeel van de dagelijkse routine.	De instelling biedt patiënten in de opiaatonderhoudsbehandeling een schone, veilige omgeving.	De verstrekkingsunit heeft voldoende aparte ruimtes voor alle onderdelen van intake en behandeling, met een adequate inrichting. Patiënten worden betrokken bij het opstellen van het behandelingsplan, en hebben toegang tot effectieve zorg en adequate informatie over deze zorg.
Indicatoren	A1.1 De samenstelling van het gehele team, en de kwalificaties en het competentieprofiel van de verpleegkundigen zijn conform de RIOB A1.2 + A1.3 De omvang van het team is in verhouding met het aantal patiënten dat actief in behandeling is, d.w.z. begeleiding en medische behandeling	A2.1 <i>Informerer patiënt: zie C1.4a</i> A2.2 De verpleegkundige intake en overdracht van de verzamelde gegevens naar de arts vindt plaats conform de RIOB. A2.3 De geneeskundige anamnese verloopt conform de RIOB, inclusief urinetest. A2.4 Ieder MDO wordt bijgewoond door minimaal een verpleegkundige en een arts, en bespreekt iedere patiënt minimaal halfjaarlijks. A2.5a Alle bestaande en nieuwe patiënten hebben een volledig	A3.1 Bij de continue verbetering van de kwaliteit van de opiaatonderhoudsbehandeling - via het bedenken, proberen, meten, en vervolgens bijstellen van verbeteringen - maakt het management gebruik van doelstellingen van het kwaliteitsbeleid van de instelling en	B1.1a De verstrekkingsunit is hygiënisch en veilig voor patiënten B1.1b De verstrekkingsunit heeft een professionele registratie en afhandeling van klachten en incidenten. B1.2 De verstrekkingsunit heeft afsluitbare ruimtes voor geneesmiddelen en verpleegartikelen, waarvan het gebruik en het sleutelbeheer en de bestelling, de levering, de te leveren doseringen en de	C1.1 De inrichting en toegankelijkheid van de verstrekkingsunit is conform de eisen van de RIOB. C1.2a Patiënten krijgen de best passende (type) medicatie en psychosociale zorg; C1.2b De continuïteit van zorg is gegarandeerd via het toewijzen van vaste hulpverleners en via samenwerking met, en goede bereikbaarheid voor ketenpartners. C1.3 Patiënten worden betrokken bij besluitvorming over de verstrekkingsvorm, -locatie,

	<p>volgens de normen van de RIOB is haalbaar.</p> <p>A1.4 Verstrekkingseenheid is tijdens kantooruren geopend, minimaal 5 dagen per week.</p>	<p>behandelingsplan.</p> <p>2.5b De medicatie wordt ingesteld en gemonitord volgens de stappen benoemd in de RIOB.</p> <p>2.5c Er is een instellingsprotocol of goed omschreven richtlijn over toepassing van de maximale dosis methadon.</p> <p>A2.6 Patiëntendossiers zijn compleet (inclusief medisch dossier) en veranderingen in bijv. de behandeling worden bijgehouden.</p> <p>A2.7 Een arts heeft de centrale regie in de medische behandeling van patiënten; afwijkende werkwijzen zijn vastgelegd in een protocol.</p>	<p>resultaten van interne audits.</p>	<p>controle op de voorraad in een voor medewerkers goed toegankelijk protocol staan beschreven.</p> <p>B1.3 De instelling heeft een sanctieprotocol met bijbehorende registratie, een klachtenreglement, een voor patiënten op papier beschreven klachtenrecht, en klachtenregistratie en – rapportage.</p>	<p>-frequentie en bij de evaluatie van het behandelingsplan</p> <p>C1.4a Patiënten hebben goede toegang tot informatie over de opiaatonderhoudsbehandeling, over methadon, het sanctieprotocol en de huisregels;</p> <p>C1.4b Personeel is in staat de patiënten op juiste wijze te bejegenen.</p>
--	---	--	---------------------------------------	---	--

Geef een score bij iedere indicator (kruis vakje aan):

1 = zeer veel verbetering nodig

2 = veel verbetering nodig

3 = verbetering nodig

4 = vrijwel op orde

5 = goed op orde

Thema A. Effectiviteit van zorg

Subthema	A1. Organisatiestructuur & personele bezetting	1	2	3	4	5
Indicatoren	A1.1 De samenstelling van het gehele team, en de kwalificaties en het competentieprofiel van de verpleegkundigen zijn conform de RIOB.					
	A1.2 + A1.3 De omvang van het team is in verhouding met het aantal patiënten dat actief in behandeling is, d.w.z. begeleiding en medische behandeling volgens de normen van de RIOB zijn haalbaar.					
	A1.4 Verstrekkingseenheid is tijdens kantooruren geopend, minimaal 5 dagen per week.					

Subthema	A2. Primair proces	1	2	3	4	5
Indicatoren	A2.1 Informatie voor de patiënt: zie C1.4a					
	A2.2 De verpleegkundige intake en overdracht van de verzamelde gegevens naar de arts vindt plaats conform de RIOB.					
	A2.3 De geneeskundige anamnese verloopt conform de RIOB, inclusief urinetest.					
	A2.4 Ieder MDO wordt bijgewoond door minimaal een verpleegkundige en een arts, en bespreekt iedere patiënt minimaal halfjaarlijks.					
	A2.5a Alle bestaande en nieuwe patiënten hebben een volledig behandelingsplan.					
	2.5b De medicatie wordt ingesteld en gemonitord volgens de stappen benoemd in de RIOB.					
	2.5c Er is een instellingsprotocol of goed omschreven richtlijn over toepassing van de maximale dosis methadon.					
	A2.6 Patiëntendossiers zijn compleet (inclusief medisch dossier) en veranderingen in bijv. de behandeling worden bijgehouden.					
	A2.7 Een arts heeft de centrale regie in de medische behandeling van patiënten; afwijkende werkwijzen zijn vastgelegd in een protocol.					

Subthema	A3. Continuïteit	1	2	3	4	5
Indicatoren	A3.1 Bij de continue verbetering van de kwaliteit van de opiaatonderhouds-behandeling - via het bedenken, uitproberen, meten, en vervolgens bijstellen van verbeteringen -maakt het management gebruik van doelstellingen van het kwaliteitsbeleid van de instelling en resultaten van interne audits.					

Thema B. Veiligheid

		1	2	3	4	5
Indicatoren	B1.1a De verstrekkingseenheid is hygiënisch en veilig voor patiënten					
	B1.1b De verstrekkingseenheid heeft een professionele registratie en afhandeling van klachten en incidenten.					
	B1.2 De verstrekkingseenheid heeft afsluitbare ruimtes voor geneesmiddelen en verpleegartikelen, waarvan het gebruik en het sleutelbeheer en de bestelling, de levering, de te leveren doseringen en de controle op de voorraad in een voor medewerkers goed toegankelijk protocol staan beschreven.					

Thema C. Patiëntgerichtheid

		1	2	3	4	5
Indicatoren	C1.1 De inrichting en toegankelijkheid van de verstrekkingseenheid is conform de eisen van de RIOB.					
	C1.2a Patiënten krijgen de best passende (type) medicatie en psychosociale zorg.					
	C1.2b De continuïteit van zorg is gegarandeerd via het toewijzen van vaste hulpverleners en via samenwerking met, en goede bereikbaarheid voor ketenpartners.					
	C1.3 Patiënten worden betrokken bij besluitvorming over de verstrekkingvorm, -locatie, -frequentie en bij de evaluatie van het behandelingsplan.					
	C1.4a Patiënten hebben goede toegang tot informatie over de opiaatonderhoudsbehandeling, over methadon, het sanctieprotocol en de huisregels					
	C1.4b Personeel is in staat de patiënten op juiste wijze te bejegenen.					