



Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Risico's aanzienlijk verminderd bij ambulante
behandeling van heroïneafhankelijke patiënten
met heroïne en/of methadon
Medicatieoverzicht moet nog beter

Utrecht, november 2012

Inhoud

Voorwoord — 5

Samenvatting — 7

1 Inleiding — 9

- 1.1 Aanleiding en belang — 9
- 1.2 Vraagstelling en afbakening — 10
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader — 10

2 Conclusies — 15

- 2.1 Risico's aanzienlijk verminderd bij ambulante behandeling heroïneafhankelijke patiënten — 15
- 2.2 Volledig en actueel medicatieoverzicht nog onvoldoende beschikbaar — 15
- 2.3 Permanente aandacht nodig voor veilige verstrekking van opiaten — 16
- 2.4 Werken aan samenhangend behandel- en kwaliteitsbeleid noodzakelijk — 16

3 Handhaving — 17

- 3.1 Maatregelen — 17
- 3.2 Aanbevelingen — 18
- 3.3 Vervolgacties inspectie — 19

4 Resultaten — 21

- 4.1 Normen behandelplan — 21
 - 4.1.1 Overzicht scores — 21
 - 4.1.2 Instemming patiënt vrijwel altijd vermeld — 21
 - 4.1.3 Psychiatrische diagnostiek bijna altijd volledig en juist weergegeven — 22
 - 4.1.4 Bij driekwart van de locaties behandeldoelen voldoende uitgebreid en concreet vermeld — 22
 - 4.1.5 Behandelplannen bij vrijwel alle instellingen actueel — 22
- 4.2 Normen behandeling — 22
 - 4.2.1 Overzicht scores — 22
 - 4.2.2 Bij zes instellingen actueel medicatieoverzicht niet beschikbaar — 23
 - 4.2.3 Behandeling acute en chronische somatische problematiek verbeterd — 23
 - 4.2.4 Behandeling acute of chronische psychiatrische aandoening en psychosociale problematiek verbeterd — 24
- 4.3 Normen kwaliteitsbeleid — 24
 - 4.3.1 Overzicht scores — 24
 - 4.3.2 Visie op verslaving en behandeling uitgangspunt voor de dagelijkse praktijk — 25
 - 4.3.3 Monitoren van behandeluitkomsten bijna overal geïmplementeerd — 25
 - 4.3.4 Duidelijke kwaliteitsverbetering bij MIP/FONA-meldingen — 25
 - 4.3.5 De klachtenregeling en het sanctieprotocol voldeden — 26
 - 4.3.6 No-show-beleid verbeterd — 26
 - 4.3.7 Meer aandacht voor deskundigheidsbevordering — 26
 - 4.3.8 Professioneel statuut gemeengoed — 26
- 4.4 Normen goed bestuur (governance) — 26
 - 4.4.1 Overzicht scores — 26
 - 4.4.2 Informatievoorziening Raad van Bestuur op orde — 27
 - 4.4.3 Bevoegdheden en verantwoordelijkheden van geneesheer-directeur afdoende geregeld — 27
- 4.5 Normen Opiumwet — 28
 - 4.5.1 Overzicht scores — 28

- 4.5.2 Risico's bij procedure omgang Opiumwetmiddelen gereduceerd — 28
- 4.5.3 Meegeefbeleid grotendeels vastgesteld — 29

5 Summary — 31

Literatuurlijst — 33

- Bijlage 1 Lijst van onderzochte verslavingszorglocaties — 34
- Bijlage 2 Toezichtnormen met criteria voor operationaliteit — 35

Voorwoord

De Inspectie voor de Gezondheidszorg besteedde in 2010 en in 2012 aandacht aan de ambulante behandeling van heroïneafhankelijke patiënten die worden behandeld met heroïne en/of methadon. De grootste groep wordt behandeld met methadon, veelal in een onderhoudsdosering, en een kleinere groep krijgt naast methadon ook heroïne op medisch voorschrift. Het gaat om kwetsbare personen met veelal problemen op verschillende levensgebieden die langdurig van zorg afhankelijk zijn. In 2010 is thematoezicht uitgevoerd naar deze behandelingen en in 2012 is hieraan een vervolg gegeven.

De uitkomsten van het inspectieonderzoek zijn overwegend positief. Inspecteurs waren herhaaldelijk onder de indruk van de motivatie en de grote betrokkenheid van de behandelaren bij 'hun' patiënten. De kwetsbaarheid van de doelgroep vraagt echter om verdere verbeteringen in de ambulante behandeling voor patiënten die afhankelijk zijn van opiaten.

Ik wil hier vooral de vereiste aandacht voor geactualiseerde behandelrichtlijnen, het veilig omgaan met opiaten en het belang van een volledig en betrouwbaar medicatie-overzicht benadrukken. Dit is nodig omdat psychische en lichamelijke aandoeningen bij deze kwetsbare verslaafde patiënten vaak tegelijkertijd voorkomen, in combinatie met het gebruik van medicatie en andere (legale of illegale) middelen.

Gelukkig werkt de verslavingszorg voortvarend aan de verbetering van de kwaliteit van de zorg en wordt hiervoor veel samengewerkt. Zo zijn de bestuurders verenigd in het Netwerk Verslavingszorg, is er een Platform Eerste Geneeskundigen in de Verslavingszorg, een Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde en een Genootschap Verslavingsverpleegkunde.

Kortom, de ambulante verslavingszorg maakt werk van professionele ontwikkelingen. Daarbij hoort naar mijn mening ook de ambitie om op korte termijn de nog benodigde verbeteringen te realiseren.

Mr. J.W. Weck,
Wvd. Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) onderzocht tussen augustus en oktober 2010 aan de hand van vijf onderwerpen de kwaliteit van de ambulante behandeling van heroïneafhankelijke patiënten die worden behandeld met heroïne en/of methadon. In mei 2012 gaf de IGZ aan dit onderzoek een vervolg.

De Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH) stopte per 2011 haar (toezichthoudende) activiteiten. Daarom verzocht het ministerie van VWS de IGZ om toezicht uit te oefenen op de heroïnebehandeling. Tevens wilde de inspectie een vervolg geven aan het in 2004 uitgevoerde thematoezicht op de methadonbehandeling, aangezien de inspectie toen een te grote variatie in de kwaliteit van de methadonbehandeling constateerde. Tot slot was het beleid om speciale aandacht aan kwetsbare patiëntgroepen te geven reden voor dit thematoezicht (*IGZ-Meerjarenbeleidsplan 2008-2011*).

De inspectie onderzocht in hoeverre het behandelplan, de behandeling (waaronder medicatieoverdracht), het kwaliteitsbeleid en de uitvoering van de Opiumwet voldeden aan normen voor verantwoorde zorg. De inspectie besteedde ook aandacht aan de kwaliteit van het bestuur in relatie tot de kwaliteitsbewaking.

Er zijn in Nederland twaalf instellingen die een behandeling bieden met heroïne en/of methadon.

De inspectie concludeert dat bij elf van de twaalf onderzochte locaties van de verslavingszorginstellingen de kwaliteit van zorg in 2012 bij alle onderzochte onderwerpen is gewaarborgd en dat grotendeels of geheel aan de getoetste normen voor verantwoorde zorg is voldaan. Vrijwel alle in 2010 geconstateerde risico's blijken in 2012 te zijn verminderd en dit is met name bij de omgang met Opiumwetmiddelen duidelijk zichtbaar. Permanente aandacht blijft echter nodig voor het veilig verstrekken van opiaten. Bij één locatie was in 2012 nog steeds sprake van een verhoogd risico op niet-verantwoorde zorg bij de omgang met Opiumwetmiddelen en bij een aantal behandelingsaspecten. Bij deze instelling (Emergis) legt de inspectie maatregelen op.

Een opvallend kritisch resultaat uit het onderzoek is dat bij de helft van de instellingen nog steeds geen actueel en volledig medicatieoverzicht per patiënt beschikbaar is.

Verbeteringen zijn verder vooral bereikt bij de behandeling bij een acute of chronische psychiatrische aandoening en bij de aanpak van psychosociale problematiek. Daarnaast is het kwaliteitsbeleid van instellingen verbeterd. Zo gebruiken alle verslavingszorginstellingen een vorm van *Routine Outcome Measurement (ROM)* voor het volgen van behandeluitkomsten en is er aandacht voor de ontwikkeling van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Wel moet er meer samenhang worden aangebracht tussen het behandelbeleid en het kwaliteitsbeleid.

De inspectie zal de voortgang van de door de instellingen aangegeven verbeteracties blijven volgen tijdens reguliere toezichtbezoeken en onaangekondigde bezoeken en met een beoordeling van *interne audits* die de instellingen de komende jaren uitvoeren.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

Het aantal opiaatgebruikers in Nederland wordt geschat op 17.300 tot 18.100. (in 2002 werd dit aantal geschat op 25.700 tot 39.000 gebruikers).¹ Ongeveer 11.300 personen uit deze groep zijn ingeschreven bij een verslavingszorginstelling of bij een GGZ-instelling die tevens verslavingszorg biedt. Bijna 10.000 opiaatverslaafden zijn ingeschreven bij een methadonprogramma.² Een kleinere groep van ruim 700 gebruikers wordt tevens behandeld met heroïne. In Nederland zijn twaalf instellingen die een behandeling met heroïne en/of methadon bieden. Bij ongeveer een kwart van de opiaatverslaafden is sprake van een maatschappelijk isolement en meervoudige, essentieel verweven problemen op psychisch/psychiatrisch, somatisch en sociaal gebied.³ Deze langdurig middelenafhankelijke patiënten vormen bijgevolg een kwetsbare groep.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: inspectie) heeft in 2004 thema-toezicht uitgevoerd naar de kwaliteit van de methadonbehandeling. In het rapport *Behandelen met methadon, het kan en moet beter* (2005) gaf zij aan dat er een te grote variatie is in de kwaliteit van de methadonbehandeling op de methadonposten. De medische en psychosociale begeleiding en behandeling was vaak onder de maat en niet gebaseerd op een visie. Verder liet de betrokkenheid van de Raad van Bestuur te wensen over, waren behandelplannen onvolledig, was het personeelsbestand beperkt en waren medewerkers onvoldoende geschoold. Ook was de kwaliteit van de medicatiedistributie gebrekkig en de samenwerking met ketenpartners matig.⁴ Deze uitkomst heeft onder andere geleid tot de ontwikkeling door veldpartijen van de 'Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling' (2005), die is geïmplementeerd als veldnorm.⁵ Daarnaast heeft VWS jaarlijks 15 miljoen euro extra ter beschikking gesteld om de medische en psychosociale behandeling te verbeteren.

De behandeling van opiaatverslaving door het medisch voorschrijven van heroïne is mogelijk sinds 1998. De Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH) coördineerde sinds 1998 de verstrekking van en de behandeling met heroïne. De behandeling vond plaats in het kader van een medisch-wetenschappelijk onderzoek.⁶ De doelstelling was om de behandeling met heroïne over te laten gaan naar een (reguliere) farmacotherapeutische behandeling. De aanpassing van het Opiumwetbesluit die daartoe noodzakelijk was, is per 15 oktober 2009 gerealiseerd.⁷ Hierdoor kan heroïne (in december 2006 als geneesmiddel geregistreerd) worden voorgeschreven aan een selecte groep patiënten die aan de indicatiecriteria voldoet. Door deze ontwikkeling heeft de heroïnebehandeling een transitie kunnen ondergaan van medisch-wetenschappelijk onderzoek naar farmacotherapeutische behandeling. Dit had tot gevolg dat de CCBH haar werkzaamheden per januari 2011 kon stoppen. In september 2009 heeft de Directeur-Generaal Volksgezondheid van VWS de inspectie verzocht een vorm van toezicht uit te oefenen op de heroïnebehandeling.⁸

Daarnaast was één van de doelstellingen uit het *IGZ Meerjarenbeleidsplan 2008-2011* om meer en gericht aandacht te besteden aan kwetsbare patiëntengroepen.⁹ In de uitwerking van de strategische visie op het toezicht op de GGZ, *Sterk van Geest*, paste een vervolg van het thematoezicht zoals in 2004 uitgevoerd.¹⁰ Aangezien na 2009 de behandelingen met heroïne en methadon zijn samengebracht in een reguliere behandeling van opiaatverslaving, was dit voor de inspectie een belangrijke reden om specifiek op dit terrein te toetsen of de zorg verantwoord is.

Met dit rapport doet de inspectie verslag van haar onderzoek dat in 2010 en in 2012 is uitgevoerd en van de consequenties voor de onderzochte instellingen.

1.2 Vraagstelling en afbakening

Hoofdvraag

De hoofdvraag van dit onderzoek is: 'In hoeverre voldoet de ambulante heroïne- en methadonbehandeling aan heroïneafhankelijke patiënten in de verslavingszorg in 2010 aan de normen voor verantwoorde zorg en welke verbeteringen in de kwaliteit van de zorg zijn in 2012 gerealiseerd?'

De inspectie heeft hiertoe in de periode augustus tot en met oktober 2010 bij alle 12 verslavingszorginstellingen en GGZ-instellingen met verslavingszorg die heroïne en/of methadon verstrekken de risico's op niet-verantwoorde zorg beoordeeld middels een inspectiebezoek. Van elke instelling bezocht de inspectie één locatie. In mei 2012 zijn vervolfbezoeken uitgevoerd om te beoordelen of verbeteringen in de zorg zijn doorgevoerd. Dit rapport gaat in het bijzonder in op de veranderingen in de kwaliteit van zorg tussen 2010 en 2012.

De inspectie onderzocht de volgende toezichtthema's:

- Behandelpun.
- Behandeling.
- Kwaliteitsbeleid.
- Goed bestuur (*governance*) op het gebied van de kwaliteitsbewaking.
- Opiumwet.

De toetsing betrof de zorg aan heroïneafhankelijke patiënten die op het moment van het onderzoek een behandelingsovereenkomst (WGBO) hadden met een verslavingszorginstelling of een GGZ-instelling en werden behandeld met heroïne en/of methadon.

De onderzochte locaties

De instellingen die ambulante verslavingszorg aanbieden doen dat veelal vanuit verschillende locaties. Negen van de twaalf instellingen verstrekken naast methadon ook heroïne. Van elke instelling is in dit onderzoek in 2010 één locatie onderzocht op risico's op niet-verantwoorde zorg. De inspectiebezoeken zijn toen aangekondigd. Bij de vervolfbezoeken in mei 2012 is verder per instelling één nog niet eerder bezochte locatie onaangekondigd bezocht. Zie bijlage 1 voor een lijst van de bezochte locaties in 2010 en in 2012.

1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

Toezichtbezoeken 2010

De beoordelingen in 2010 vonden plaats tijdens een aangekondigd locatiebezoek, uitgevoerd door twee inspecteurs verbonden aan het toezicht op de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.

Het bezoek bestond uit de onderdelen:

- 1 Het inzien van de beleidsstukken over heroïne- en methadonbehandeling.
- 2 Een gesprek met het behandelteam van de methadon- (en heroïne-)behandeling: een verslavingsarts, een (consulterend) psychiater, verpleegkundige(n) betrokken bij de verstrekking en een hulpverlener op psychosociaal gebied.
- 3 Het inzien van (elektronische) patiëntendossiers en een bezoek aan de methadon/heroïneverstrekkinglocatie.
- 4 Een gesprek met de Raad van Bestuur en de geneesheer-directeur/eerste geneeskundige.

Toetsing en risico-oordeel

De aanbieders van ambulante heroïne- en methadonbehandeling zijn beoordeeld aan de hand van de vijf toezichtthema's *behandelplan, behandeling, kwaliteitsbeleid, goed bestuur (governance) en Opiumwet*. De inspectie heeft voorafgaand aan de bezoeken een toetsingskader voor deze toezichtthema's vastgesteld (zie *Toetsingskader*). Hierin zijn toezichtnormen opgenomen die zijn gebaseerd op diverse veldnormen. Zie voor de toezichtnormen bijlage 2.

Bij de beoordeling van de toezichtnormen waren steeds twee kwalificaties mogelijk: de norm was operationeel (aantoonbaar in gebruik) of niet-operationeel (niet aantoonbaar in gebruik).

Als de inspectie constateert dat een toezichtnorm (en daarmee de onderliggende veldnorm) operationeel is, dan gaat zij er vanuit dat er een laag risico op niet-verantwoorde zorg bij dit aspect is. Wordt niet aan toezichtnormen voldaan, dan stelt de inspectie een verhoogd risico op niet-verantwoorde zorg bij het betreffende aspect vast.

In dit onderzoek heeft de inspectie op grond van de resultaten uit 2010 negentien toezichtnormen getoetst: *behandelplan* (4 normen getoetst), *behandeling* (5 normen getoetst), *kwaliteitsbeleid* (8 normen getoetst) en *Opiumwet* (2 normen getoetst) en een risicoprofiel per instelling opgesteld.

Een aantal normen was ten tijde van de bezoeken in 2010 (nog) niet vastgesteld: *actueel medicatieoverzicht* van het thema *behandeling*, de normen voor het *monitoren van behandelresultaten* en een *professioneel statuut* van het thema *kwaliteitsbeleid* en de normen voor *informatievoorziening Raad van Bestuur en taken en verantwoordelijkheden van de geneesheer-directeur* van het thema *goed bestuur (governance)*. De scores op deze normen zijn daarom toen alleen geïventariseerd en niet meegewogen bij het opstellen van het risicoprofiel per instelling.

In tabel 1 staan de risicocategorieën zoals gebruikt voor bovengenoemde toezichtthema's (niet voor het thema *goed bestuur*).

Tabel 1
Indeling risicocategorieën per thema

Behandelplan			
Geen tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
4 toezichtnormen operationeel	3 toezichtnormen operationeel	2 toezichtnormen operationeel	0-1 toezichtnormen operationeel

Behandeling			
Geen tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
2010: 5 toezichtnormen operationeel 2012: 5-6 toezichtnormen operationeel*	4 toezichtnormen operationeel	2-3 toezichtnormen operationeel	0-1 toezichtnormen operationeel

* actueel medicatieoverzicht was in 2010 inventariserend en is in 2012 getoetst

Kwaliteitsbeleid			
Geen tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
7-8 toezichtnormen operationeel	5-6 toezichtnormen operationeel	3-4 toezichtnormen operationeel	0-2 toezichtnormen operationeel

Opiumwet			
Geen tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
2 toezichtnormen operationeel	<i>Procedure omgaan met middelen</i> is operationeel en <i>meegeefbeleid</i> is twijfelachtig/niet geheel operationeel	<i>Procedure omgaan met middelen</i> is operationeel en <i>meegeefbeleid</i> is niet operationeel	<i>Procedure omgaan met middelen</i> is niet operationeel

Deze risicoprofielen vormen de basis voor het handhavingsbeleid van de inspectie (zie hoofdstuk 3).

Vervolgbezoeken 2012

De vervolgbezoeken in mei 2012 zijn uitgevoerd zonder aankondiging vooraf. De beoordeling vond plaats door één inspecteur verbonden aan het toezicht op de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg en één inspecteur verbonden aan het toezicht op de Opiumwet.

Deze inspectiebezoeken bestonden uit de volgende onderdelen:

- 1 Een gesprek met de aanwezige leden van het behandelteam van de methadon- (en heroïne-)behandeling.
- 2 Een bezoek aan de methadon/heroïneverstrekkinglocatie.
- 3 Het inzien van (elektronische) patiëntendossiers.

Voorafgaand aan de vervolgbezoeken hebben de instellingen in april 2012 een *interne audit* op de verschillende locaties uitgevoerd en de inspectie over het resultaat bericht. Dit gebeurde aan de hand van het toetsingskader dat de inspectie in 2010 gebruikte bij de eerste locatiebezoeken. Het vervolgbezoek was ook bedoeld om het resultaat van de *interne audits* te verifiëren. Hierbij besteedde de inspectie in het bijzonder aandacht aan normen die in 2010 niet-operationeel waren.

Toetsingskader

De inspectie heeft voor haar toetsingskader gebruikgemaakt van relevante wet- en regelgeving, namelijk de WGBO, de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet Bopz, de Algemene wet bestuursrecht (Awb), de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Geneesmiddelenwet en de Opiumwet. Voor de toezichtnormen over goed bestuur (*governance*) (situatie in 2010) was de Staat van de Gezondheidszorg 2009, *De vrijblijvendheid voorbij*, het uitgangspunt. Voor de toezichtnorm professioneel statuut maakte de inspectie onder andere gebruik van de richtlijn van de KNMG.

Daarnaast zijn de toezichtnormen voor de heroïne- en methadonbehandeling gebaseerd op veldnormen uit:

- Stel, van der J. Heroïne op medisch voorschrift. De geschiedenis van een geneesmiddel in Nederland. Centrale Commissie Behandeling Heroïne-verslaafden. Utrecht, 2010.

- Loth, CA. From Cram Care to Professional Care. Proefschrift, Universiteit van Amsterdam, 2009.
- Heroin-assisted treatment in the Netherlands: History, findings and international context. *European Neuropsychopharmacology*. (20) Supplement 2, april 2010.
- Richtlijn Opiatoonderhoudsbehandeling (RIOB). Stuurgroep Resultaat Scoren, GGZ Nederland, 2005.
- Manual Heroïne op medisch voorschrift. Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH).
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, 25 april 2008.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Behandeling met methadon: het kan en moet beter. Den Haag, 2009.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid. April 2011, Den Haag (gebruikt bij het toezicht in 2012).

Het ontworpen toetsinstrument met toezichtnormen per thema is vooraf ter beoordeling voorgelegd aan externe deskundigen. Voorafgaand aan de bezoeken voerde de inspectie een pilotbezoek^a uit om de bruikbaarheid van het instrument te toetsen.

a Het pilotbezoek is uitgevoerd bij Novadic Kentron in 's Hertogenbosch.

2 Conclusies

2.1 **Risico's aanzienlijk verminderd bij ambulante behandeling heroïne-afhankelijke patiënten**

Bij elf van de twaalf onderzochte instellingen is de kwaliteit van de behandelplannen en van de behandeling gewaarborgd. Tevens zijn bij deze instellingen de randvoorwaarden van het kwaliteitsbeleid in voldoende mate aanwezig en levert de uitvoering van de Opiumwet steeds minder risico's op voor de patiënt.

Bij één instelling (Emergis) is gebleken dat de risico's op niet-verantwoorde zorg onvoldoende zijn aangepakt. Verbetermaatregelen die door de instelling zijn ingezet hebben nog niet geleid tot voldoende aantoonbare risicoreductie. Dit geldt in het bijzonder voor de omgang met Opiumwetmiddelen.

De Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB) die vanaf 2005 van kracht is, heeft de benodigde structuur gegeven waardoor instellingen de kwaliteit van de methadonbehandeling konden verbeteren. De Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH) heeft de behandeling met heroïne volgens een wetenschappelijk protocol verantwoord in Nederland geïntroduceerd.

Verbeteringen in de zorg aan de groep patiënten die worden behandeld met heroïne en/of methadon zijn vooral sinds 2010 doorgevoerd. Het risico op niet-verantwoorde zorg is vooral gereduceerd bij de omgang met Opiumwetmiddelen. Dit toezicht-thema woog dan ook zwaar bij de totale weging van het risico op niet-verantwoorde zorg.

Daarnaast is de kwaliteit van de behandelplannen duidelijk toegenomen. Het is vanzelfsprekend dat het al dan niet instemmen met het behandelplan wordt vermeld in de dossiers. Vrijwel alle bezochte locaties doen voldoende diagnostisch (psychiatrisch) onderzoek, waarvan de uitkomsten adequaat in de dossiers worden vastgelegd en waarbij tevens behandeldoelen worden geformuleerd. De verbeteringen die zijn doorgevoerd bij de behandelingen hebben vooral betrekking op het beleid bij acute of chronische psychiatrische aandoeningen en bij de behandeling van de psychosociale problematiek.

Binnen het kwaliteitsbeleid is steeds meer aandacht voor *Routine Outcome Measurement* (ROM), het monitoren van behandeluitkomsten. Ook gebruiken bijna alle instellingen een adequaat systeem voor het melden van incidenten in de patiëntenzorg. Alle instellingen beschikken over een afdoende klachtenregeling, een voldoende patiëntvriendelijk sanctiebeleid en een professioneel statuut.

2.2 **Volledig en actueel medicatieoverzicht nog onvoldoende beschikbaar**

Bij zes van de twaalf onderzochte verslavingszorglocaties kon men in 2012 niet beschikken over een actueel en volledig medicatieoverzicht^b per patiënt, of was men niet zeker van de juistheid van de gegevens. Dit is een in het oog springend resultaat omdat nauwelijks sprake is van een verbetering ten opzichte van de resultaten uit het toezicht van 2010.

Ten tijde van het onderzoek in 2010 was er nog geen geldende veldnorm voor een volledig en actueel medicatieoverzicht. Eind 2010 zijn de veldpartijen^c tot overeenstemming gekomen over de organisatie van de overdracht van medicatiegegevens

^b In een medicatieoverzicht staan alle gebruikte geneesmiddelen (al dan niet op recept) tot tenminste drie maanden terug, aangevuld met relevante gegevens over het gebruik.

^c Opstellers van de richtlijn *Overdracht van Medicatiegegevens*: ActiZ, GGZ Nederland, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, Nictiz, NPCF, Verenso, NVZ, NVZA, Orde, V&VN en ZN. De IGZ en VWS zijn de initiatiefnemers en aanjagers van de richtlijn. Later hebben de FNT, NMT en de VGN zich ook aangesloten.

in de keten. De inspectie handhaaft de norm vanaf 2011 via thematoezicht op zorgketens. Ook is er in 2011 thematoezicht uitgevoerd op medicatieveiligheid in de GGZ en in de verslavingszorg. Een compleet en actueel medicatieoverzicht waarover alle betrokken zorgverleners kunnen beschikken is uiteraard van groot belang voor de medicatieveiligheid. Zeker in de ambulante verslavingszorg, waar de kwetsbare patiëntengroep vaak verscheidene geneesmiddelen tegelijk gebruikt en met verschillende behandelaren uit de zorgketen te maken heeft. Daarnaast gebruikt deze groep veelal ook nog andere al dan niet illegaal verkregen middelen. De inspectie constateert dat behandelaren van de onderzochte locaties zich zeer bewust zijn van de risico's en deze zoveel mogelijk proberen te beperken. Met verschillende strategieën probeert men eventuele wijzigingen in medicatievoorschriften (door andere voorschrijvers) toch tijdig vast te stellen. Behandelaren binnen de verslavingszorglocaties rubriceren echter herhaaldelijk de beschikbare medicatie-informatie in een elektronisch patiëntendossier (EPD) onvoldoende eenduidig. Het krijgen van een actueel medicatieoverzicht van een patiënt wordt daardoor in veel gevallen een tijdrovend en complex proces.

2.3 Permanente aandacht nodig voor veilige verstrekking van opiaten

Bij de toezichtbezoeken zoals in 2010 uitgevoerd bleken vooral risico's aanwezig bij het omgaan met Opiumwetmiddelen - in het bijzonder met methadon - door gebrekkige procedures, het ontbreken van zorgvuldige werkinstructies en onveilige opslag van opiaten. Tevens was het meegeefbeleid vaak onvoldoende gewaarborgd. Dit heeft geleid tot extra toezichtbezoeken. In 2012 stelde de inspectie vast dat instellingen bij deze aspecten veel verbeteringen hebben doorgevoerd, waardoor de risico's voor de patiënt aanzienlijk zijn verminderd. Het omgaan met heroïne is altijd zeer strikt geprotocolleerd geweest, met dagelijkse verstrekkingen en inname/toediening van de medicatie ter plaatse. Het beleid voor het omgaan met methadon contrasteerde tot 2012 hiermee. Instellingen die een behandeling aanbieden met heroïne en/of methadon moeten een permanente alertheid hebben voor de veiligheid van de patiënt en van de medewerkers. Tevens moeten de instellingen een strikt beleid uitvoeren in het zorgvuldig omgaan met opiaten en in het uitvoeren van het meegeefbeleid bij methadon.

2.4 Werken aan samenhangend behandel- en kwaliteitsbeleid noodzakelijk

De verbeteringen die in 2012 waren vastgesteld bij de behandelplannen, het uitvoeren van de behandelingen en het kwaliteitsbeleid moeten de komende jaren leiden tot samenhangend beleid, zodat verdere risicovermindering op niet-verantwoorde zorg voor de patiënten tot stand komt. De Richtlijn Opiatonderhoudsbehandeling (RIOB) uit 2005 is hiervoor niet meer voldoende richtinggevend. Een herziene versie van de RIOB is al langere tijd in ontwikkeling maar nog niet operationeel. Tevens is een Multidisciplinaire Richtlijn voor de behandeling van opiaatverslaving in ontwikkeling. Ook deze is nog niet door de beroepsgroepen vastgesteld. De inspectie verwacht dat beide richtlijnen in samenhang tot een verdere kwaliteitsverbetering in de zorg voor heroïneafhankelijke patiënten kan zorgen.

3 Handhaving

3.1 Maatregelen

De inspectie heeft in 2010 en in 2012 per locatie een risicoprofiel vastgesteld op basis van de resultaten van alle toezichtthema's die zijn getoetst (in tabel 2 weergegeven). Als niet aan een norm werd voldaan, gaat de inspectie uit van een verhoogd risico op niet-verantwoorde zorg. Het risicoprofiel vormt de basis van de maatregelen die de inspectie treft. Deze maatregelen staan hieronder per risicogroep van de betreffende verslavingszorglocaties aangegeven.

Tabel 2
Risicoprofielen per toezichtthema per bezochte instelling in 2010 en in 2012 (twee verschillende locaties)

Instelling	Risico's op niet-verantwoorde zorg bij thema Behandelplan		Risico's op niet-verantwoorde zorg bij thema Behandeling		Risico's op niet-verantwoorde zorg bij thema Kwaliteitsbeleid		Risico's op niet-verantwoorde zorg bij thema Opiumwet	
	2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012
Arkin	Gering tot matig	Geen tot gering	Matig tot hoog	Geen tot gering	Matig tot hoog	Geen tot gering	Hoog tot zeer hoog	Geen tot gering
Bouman GGZ	Geen tot gering	Geen tot gering	Geen tot gering	Geen tot gering	Geen tot gering	Geen tot gering	Hoog tot zeer hoog	Geen tot gering
Brijder	Geen tot gering	Geen tot gering	Geen tot gering	Geen tot gering	Geen tot gering	Geen tot gering	Hoog tot zeer hoog	Geen tot gering
Emergis	Gering tot matig	Gering tot matig	Hoog tot zeer hoog	Matig tot hoog	Gering tot matig	Gering tot matig	Hoog tot zeer hoog	Hoog tot zeer hoog
GGD Amsterdam	Gering tot matig	Gering tot matig*	Geen tot gering	Gering tot matig	Gering tot matig	Geen tot gering	Gering tot matig	Gering tot matig*
Iriszorg	Hoog tot zeer hoog	Gering tot matig*	Gering tot matig	Geen tot gering	Gering tot matig	Geen tot gering	Geen tot gering	Geen tot gering
Centrum Maliebaan	Hoog tot zeer hoog	Geen tot gering	Hoog tot zeer hoog	Geen tot gering	Matig tot hoog	Geen tot gering	Geen tot gering	Geen tot gering
Mondriaan	Geen tot gering	Geen tot gering	Gering tot matig	Geen tot gering	Geen tot gering	Geen tot gering	Hoog tot zeer hoog	Geen tot gering
Novadickentron	Matig tot hoog	Geen tot gering	Matig tot hoog	Geen tot gering	Gering tot matig	Geen tot gering	Hoog tot zeer hoog	Geen tot gering
Tactus	Matig tot hoog	Geen tot gering	Gering tot matig	Geen tot gering	Geen tot gering	Geen tot gering	Hoog tot zeer hoog	Geen tot gering
Vincent van Gogh	Gering tot matig	Geen tot gering	Matig tot hoog	Geen tot gering	Gering tot matig	Geen tot gering	Hoog tot zeer hoog	Gering tot matig*
VNN	Matig tot hoog	Geen tot gering	Geen tot gering	Geen tot gering	Gering tot matig	Geen tot gering	Gering tot matig	Geen tot gering

* wel aantoonbare verbeteringen doorgevoerd

Bij het inspectieonderzoek in 2010 is bij acht van de twaalf bezochte locaties een hoog tot zeer hoog risico op niet-verantwoorde zorg vastgesteld bij het voldoen aan de normen voor het thema Opiumwet.

Dit heeft geleid tot herhaalde inspectiebezoeken om dit toezichtthema gedetailleerder te onderzoeken.

Instellingen hebben vaak al op eigen initiatief een plan van aanpak opgesteld en uitgevoerd om de risico's op niet-verantwoorde zorg te verminderen. Bij de vervolfbezoeken in 2012 blijkt het risico aanzienlijk te zijn gereduceerd door een voortvarende aanpak van vrijwel alle instellingen.

Op één locatie (Emergis), waar naar het oordeel van de inspectie het hoge tot zeer hoge risico op niet-verantwoorde zorg bleef bestaan, intensiverde de inspectie het toezicht en legde maatregelen op. Hierbij is meegenomen dat vooral het risico op niet-verantwoorde zorg bij het omgaan met Opiumwetmiddelen onveranderd hoog tot zeer hoog bleef. Ook zijn de risico's op niet-verantwoorde zorg bij de thema's *behandelplan* en *kwaliteitsbeleid* niet verminderd (gering tot matig is gering tot matig gebleven) en het risico gerelateerd aan het thema *behandeling* is onvoldoende verminderd (van hoog tot zeer hoog naar matig tot hoog).

Voor alle andere instellingen geldt dat de risico's op niet-verantwoorde zorg zodanig zijn afgenomen of laag zijn gebleven dat nadere handhaving door de inspectie niet noodzakelijk is.

In de rapportages van de *interne audits*, die door alle instellingen zijn uitgevoerd, trof de inspectie verdere verbeteracties aan. De voortgang van de verbeteringen in de kwaliteit van de zorg is onderwerp van gesprek bij de reguliere toezichtbezoeken aan de instellingen.

3.2 Aanbevelingen

1 *Aan verslavingszorginstellingen en het Netwerk Verslavingszorg:*

Stel de geactualiseerde Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB) uiterlijk januari 2013 vast. Van verslavingszorginstellingen verwacht de inspectie dat zij aan de hand van deze vernieuwde RIOB ook de komende jaren *interne audits* zullen uitvoeren. De inspectie vraagt het Netwerk Verslavingszorg dit actief te stimuleren.

Besteed aandacht aan de verdere ontwikkeling van een veiligheidsmanagement-systeem (VMS) en integraal kwaliteitsbeleid met in het bijzonder aandacht voor een verdere uitbouw van een sectorbrede *Routine Outcome Measurement-systeem* (ROM).

2 *Aan de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en verslavingszorginstellingen:*

Stel de Multidisciplinaire Richtlijn Behandeling Opiaatverslaving uiterlijk januari 2013 vast. Van verslavingszorginstellingen verwacht de inspectie dat zij deze implementeren en operationaliseren in 2013.

3 *Aan verslavingszorginstellingen, GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), het Platform Eerste Geneeskundigen in de Verslavingszorg (PEGVZ) en de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGn):*

Besteed uitdrukkelijk aandacht aan het verder ontwikkelen van een veilig systeem voor het voorschrijven en verstrekken van medicatie, inclusief de daarbij horende dossiervoering. De inspectie beveelt de instellingen aan de 'Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten' met prioriteit uit te voeren. Van brancheorganisaties (zoals GGZ Nederland) en beroepsorganisaties (zoals de NVvP, de PEGVZ en de VVGn) vraagt de inspectie dat zij concrete inspanningen

leveren om naleving van de richtlijn te realiseren. Uiteindelijk moet medicatieveiligheid een onderdeel worden van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) van de (gehele) instelling.

3.3 Vervolgacties inspectie

De inspectie zal de voortgang van verbeteracties die door de instellingen zijn aangegeven blijven volgen tijdens reguliere toezichtbezoeken. Bij de instelling met een verhoogd risicoprofiel heeft de inspectie de intensiteit van het toezicht verhoogd. Daarnaast gaat de inspectie met de in paragraaf 3.2 genoemde partijen in gesprek over de aanbevelingen.

Het toezicht op de zorg voor heroïneafhankelijke patiënten die worden behandeld met heroïne en/of methadon wordt de komende jaren voortgezet. De instellingen wordt gevraagd jaarlijks *interne audits* uit te voeren aan de hand van toetsingskaders die zijn gebaseerd op veldnormen uit de vigerende richtlijnen. De instellingen rapporteren de resultaten van deze *audits* aan de inspectie en deze zal vervolgens onaangekondigde bezoeken brengen aan de (locaties van) de instellingen. Mochten de *audits* of onaangekondigde bezoeken wijzen op niet-verantwoorde zorg, dan zal de inspectie een handhavingstraject starten.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk beschrijft de inspectie de uitkomsten van het onderzoek per toezichtthema:

- 1 Behandelplan (4 normen).
- 2 Behandeling (6 normen, waarvan 1 inventariserend in 2010).
- 3 Kwaliteitsbeleid (8 normen).
- 4 Goed bestuur (*governance*) (2 inventariserende normen).
- 5 Opiumwet (2 normen).

In bijlage 1 zijn de onderzochte verslavingszorglocaties vermeld. In bijlage 2 zijn de toezichtnormen met de criteria voor operationaliteit opgenomen.

4.1 Normen behandelplan

4.1.1 *Overzicht scores*

Bij alle verslavingszorginstellingen ging de inspectie zowel in 2010 als in 2012 op één van de locaties na in hoeverre de instellingen voldeden aan de normen voor het verantwoord opstellen en bijstellen van een behandelplan voor de ambulante heroïneafhankelijke patiënten. De inspectie heeft van vier toezichtnormen beoordeeld of deze *operationeel* (aantoonbaar in gebruik) of *niet-operationeel* (niet aantoonbaar in gebruik) waren. Tabel 3 geeft per norm weer hoeveel locaties daaraan in 2010 en in 2012 voldeden en hoeveel niet. In de volgende paragrafen worden de uitkomsten per norm verder toegelicht.

Tabel 3
Scores toezichtnormen behandelplan (N=12)

Behandelplan	2010		2012	
	Operationeel (aantal locaties)	Niet-operationeel (aantal locaties)	Operationeel (aantal locaties)	Niet-operationeel (aantal locaties)
Instemming behandelplan	8	4	12	0
Diagnostiek	9	3	12	0
Medicamenteuze, somatische, psychiatrische, sociale behandeldoelen en interventies	5	7	9	3
Actualiteit behandelplannen (< 6 maanden)	9	3	10	2

4.1.2 *Instemming patiënt vrijwel altijd vermeld*

In 2010 vermeldden bij acht van de twaalf bezochte locaties de behandelplannen (bijna) altijd de instemming van de patiënt. Bij locaties die niet aan de norm voldeden, was de instemming in meer dan de helft van de behandelplannen vastgelegd. In 2012 vermeldden de behandelplannen op alle locaties de instemming van de patiënt.

In 2012 gebruikten meer instellingen een vaste behandelplansystematiek en daarbij een vast *format* voor het behandelplan in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Meestal was hierbij de instemming van de patiënt met het behandelplan aan te vinken en toe te lichten. Papieren dossiers werden bijna niet meer gebruikt.

4.1.3 *Psychiatrische diagnostiek bijna altijd volledig en juist weergegeven*

In 2010 werd in de behandelplannen bij negen locaties een state of the art classificatiesysteem voor diagnostiek aangetroffen. In 2012 gaf de behandelaar de diagnostiek op alle assen van de DSM IV-R aan en actualiseerde/reviseerde deze tijdig. De diagnostiek werd in het algemeen, na multidisciplinair overleg, onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar vastgesteld.

4.1.4 *Bij driekwart van de locaties behandeldoelen voldoende uitgebreid en concreet vermeld*

In 2010 vermeldden de behandelplannen bij vijf verslavingszorginstellingen de medicamenteuze, somatische, psychiatrische en sociale behandeldoelen voldoende uitgebreid en concreet. Bij zeven instellingen was de score niet-operationeel. In 2012 was de score bij negen instellingen operationeel. De behandeldoelen werden in toenemende mate volgens een vaste procedure en/of systematiek vastgelegd en multidisciplinair besproken. Verder voerde het behandelteam de triage systematischer uit. Hierdoor kwamen meer aspecten van de problematiek in beeld, hetgeen resulteerde in meer behandeldoelen. Bij drie locaties was de score nog niet-operationeel. Bij twee van deze drie locaties waren wel essentiële verbeteringen doorgevoerd. De derde locatie scoorde een hoog tot zeer hoog risico op niet-verantwoorde zorg.

4.1.5 *Behandelplannen bij vrijwel alle instellingen actueel*

In 2010 werden bij negen locaties (bijna) alle behandelplannen per 6 maanden geactualiseerd. Bij drie locaties was dit bij meerdere behandelplannen niet het geval. In 2012 waren bij tien locaties de behandelplannen niet ouder dan 6 maanden, of was aangegeven dat herziening van het behandelplan na zes maanden niet was aangewezen. Bij de resterende locaties waren inmiddels wel essentiële verbeteringen doorgevoerd.

4.2 **Normen behandeling**

4.2.1 *Overzicht scores*

De inspectie heeft verder bij alle onderzochte verslavingszorglocaties ook beoordeeld in hoeverre de behandeling voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg. Zes toezichtnormen werden *operationeel* (aantoonbaar in gebruik) of *niet-operationeel* (niet aantoonbaar in gebruik) gescoord. Tabel 4 geeft per norm weer hoeveel locaties daaraan in 2010 en in 2012 voldeden en hoeveel niet. In de volgende paragrafen worden de uitkomsten per norm verder toegelicht.

Tabel 4
Scores toezichtnormen behandeling (N=12)

Behandeling	2010		2012	
	Operationeel (aantal locaties)	Niet-operationeel (aantal locaties)	Operationeel (aantal locaties)	Niet-operationeel (aantal locaties)
Actueel medicatie-overzicht (N.B. nog niet meegewogen in het risico-oordeel in 2010)	4*	8*	6	6
Acute somatische problemen	8	4	10	2
Chronische somatische problemen	9	3	11	1
Acute psychiatrische problemen	8	4	12	0
Chronische psychiatrische problemen	6	6	12	0
Psychosociaal beleid	8	4	11	1

* deze norm is in 2010 minder stringent beoordeeld dan in 2012. De reden is dat de norm in 2010 nog geen veldnorm was

4.2.2 *Bij zes instellingen actueel medicatieoverzicht niet beschikbaar*

In een medicatieoverzicht staan alle geneesmiddelen (al dan niet op recept) van een patiënt tot tenminste drie maanden terug, waaronder de geneesmiddelen die door andere behandelaren, zoals huisarts of medisch specialist, aan de patiënt worden voorgeschreven. In dit onderzoek bleek dat een actueel en volledig overzicht in 2012 bij de helft van de bezochte locaties beschikbaar was.

De andere locaties hanteerden soms onvoldoende een eenduidige rubricering van medicatie-informatie in een EPD. Of er was geen zicht op (veranderingen in) voorschrijfbeleid van andere (externe) behandelaars of hulpverleners. Het goed in beeld krijgen en houden van de totale medicatiesituatie van een patiënt was daardoor in veel gevallen een tijdrovend proces van informatie verzamelen en gegevenscontrole. In 2008 is de conceptrichtlijn medicatieoverdracht tot stand gebracht tussen veldpartijen waarmee overeenstemming is bereikt over de normen waaraan de organisatie van de medicatieoverdracht in de keten moet voldoen.

Ten tijde van de eerste ronde inspectiebezoeken, in 2010, was de richtlijn medicatieoverdracht nog niet volledig van kracht. Vanaf 2008 tot januari 2011 heeft het veld de tijd gehad de richtlijn te implementeren. Eind 2010 is de richtlijn definitief geworden. Daarom is in 2010 alleen de stand van zaken geïnventariseerd en is in 2012 de norm getoetst en meegewogen bij de risicobepaling.

4.2.3 *Behandeling acute en chronische somatische problematiek verbeterd*

Bij de acute en chronische somatische zorg is een kwaliteitsverbetering te zien. In 2012 scoorden tien locaties, respectievelijk elf locaties operationeel, terwijl in 2010 acht, respectievelijk negen locaties op beide normen operationeel scoorden. Bij de

twee nog niet-operationeel scorende locaties bij acute somatische problematiek bleek dat de verpleegkundigen nog onvoldoende adequaat konden reanimeren. Verder waren de protocollen over acute en chronische somatische problematiek bij deze twee onderzochte locaties nog te beknopt.

4.2.4 *Behandeling acute of chronische psychiatrische aandoening en psychosociale problematiek verbeterd*

De behandeling van een acute of chronische psychiatrische aandoening of psychosociale problematiek was bij deze kwetsbare groep patiënten aanmerkelijk verbeterd. In 2012 scoorden alle locaties bij de behandeling van een acute of chronische psychiatrische aandoening operationeel, terwijl in 2010 respectievelijk acht en zes onderzochte locaties operationeel scoorden. In 2012 scoorden tevens elf locaties operationeel bij de behandeling van psychosociale problematiek, terwijl in 2010 acht locaties operationeel scoorden. In 2012 werd psychiatrische problematiek afdoende herkend, was de behandeling voldoende geprotocolleerd en was de samenwerking met GGZ-instellingen geïntensiveerd. De samenwerking was vooral verbeterd bij de *Functionele Assertive Community Treatment* (FACT)-teams en in geval van dubbeldiagnostiek (dit is het samengaan van verslavingsproblematiek en psychiatrische problematiek). Tevens verliep de samenwerking met de crisisdiensten van GGZ-instellingen beter.

Er was steeds meer geïnvesteerd in een *evidence based* psychosociaal behandel-aanbod, waarvan de *Community Reinforcement Approach* (CRA) het meest effectief bleek.

Community Reinforcement Approach (CRA): In deze van oorsprong Amerikaanse aanpak staan bekrachtigers centraal: positieve consequenties, zoals sociale steun, plezierige activiteiten en materiële en symbolische beloningen. CRA stelt haalbare doelen, door complex doelgedrag te vertalen in kleine stappen. Cruciaal hierbij is de belonende succeservaring.

4.3 Normen kwaliteitsbeleid

4.3.1 *Overzicht scores*

Bij de onderzochte verslavingszorglocaties is ook nagegaan in hoeverre zij aan een aantal randvoorwaarden voor kwaliteitsbeleid voldeden. Acht toezichtnormen scoorden *operationeel* (aantoonbaar in gebruik) of *niet-operationeel* (niet aantoonbaar in gebruik). Tabel 5 geeft per norm weer hoeveel locaties daaraan in 2010 en in 2012 voldeden en hoeveel niet. In de volgende paragrafen volgt per uitkomst van de norm een toelichting.

Tabel 5
Scores toezichtaspecten kwaliteitsbeleid (N=12)

Kwaliteitsbeleid	2010		2012	
	Operationeel (aantal locaties)	Niet-operationeel (aantal locaties)	Operationeel (aantal locaties)	Niet-operationeel (aantal locaties)
Visie op verslaving en behandeling	8	4	11	1
Monitoren behandeluitkomsten	3	9	12	0
MIP/FONA	10	2	12	0
Klachtenregeling	11	1	12	0
Sanctiebeleid	11	1	12	0
<i>No show</i> -beleid	6	6	11	1
Deskundigheidsbevordering	8	4	11	1
Professioneel statuut	11	1	12	0

4.3.2 *Visie op verslaving en behandeling uitgangspunt voor de dagelijkse praktijk*
Bij vier van de twaalf locaties was in 2010 een visie op verslaving en behandeling onvoldoende operationeel. Of de instelling had een visie niet ontwikkeld, of niet schriftelijk vastgelegd, of deze was onvoldoende bekend bij de medewerkers. In 2012 was een visie op verslaving en behandeling bij elf instellingen vastgesteld. Bij enkele instellingen was deze echter nog onvoldoende bekend bij de medewerkers.

4.3.3 *Monitoren van behandeluitkomsten bijna overal geïmplementeerd*
Voor het monitoren van behandeluitkomsten gebruikten de verslavingszorginstellingen in 2012 meetinstrumenten uit de ROM-systematiek (*Routine Outcome Measurement*). Een enkele instelling had (gedeelten van) ROM nog niet op alle locaties geïntroduceerd.

ROM is een methode waarmee GGZ- en verslavingszorginstellingen de geleverde zorg inzichtelijk maken, evalueren en verbeteren, aan de hand van een keuze uit mogelijke meetsystematieken per deelprobleem (o.a. MATE, MANSA en HoNOS). De verslavingszorginstellingen hanteren hierbij de richtlijnen van de Stichting Benchmark GGZ.

GGZ- en verslavingszorginstellingen (leden van GGZ Nederland), cliëntorganisaties en beroepsverenigingen startten in 2009 het landelijke ROM GGZ project.

4.3.4 *Duidelijke kwaliteitsverbetering bij MIP/FONA-meldingen*
Alle instellingen hadden in 2012 een operationele MIP/FONA-commissie. Voor het melden van incidenten in de patiëntenzorg werd in toenemende mate gebruik gemaakt van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Hierdoor werden de

gegevens vaker gebruikt om verbeteringen in de patiëntenzorg door te voeren. In 2010 was dit bij tien van de twaalf instellingen het geval.

Het veiligheidsmanagementsysteem, VMS, wordt GGZ-/verslavingszorgbreed gebruikt om (veiligheids)risico's te signaleren. Deze worden vervolgens gebruikt voor het doorvoeren van verbeteringen en het evalueren en aanpassen van beleid. Eén van de vaste onderdelen is hierbij VIM (Veilig Incidenten Melden). Het melden van (bijna-)incidenten, het leren hiervan ter reductie van de veiligheidsrisico's, vormt hierbij het uitgangspunt.

4.3.5 *De klachtenregeling en het sanctieprotocol voldeden*

Alle instellingen hadden al geruime tijd een klachtenregeling. In 2012 bleek deze ook voldoende onder de aandacht te worden gebracht van de patiënten. Ook bleken alle instellingen in 2012 te beschikken over een sanctieprotocol, waarin de rechten van de patiënten voldoende werden gerespecteerd: in de praktijk werd als sanctie de behandeling vaak op een andere locatie voortgezet.

Een sanctieprotocol vermeldt de mogelijke sancties die een patiënt opgelegd kunnen worden, als deze ernstig of herhaald de huisregels overtreedt. Tijdelijke of permanente uitsluiting van het behandelprogramma kan een sanctie zijn. In de huisregels is bijvoorbeeld opgenomen dat 'rondhangen' bij het pand en deuren niet is toegestaan.

4.3.6 *No-show-beleid verbeterd*

Bij zes van de twaalf onderzochte locaties kon men in 2010 aannemelijk maken dat bij constatering van *no show* voldoende snel actie werd ondernomen. Verscheen een patiënt niet op een afspraak, dan initieerde het behandelteam vervolgens vervolgstappen. De locaties die 'niet-operationeel' scoorden, konden de directe opvolging na het niet-verschijnen van een patiënt op de afspraak niet duidelijk aantonen. In 2012 had het *no show* beleid bij bijna alle locaties voldoende aandacht van de medewerkers.

4.3.7 *Meer aandacht voor deskundigheidsbevordering*

Bij vier van de twaalf onderzochte locaties vond in 2010 scholing onvoldoende plaats. Soms was het scholingsaanbod op een specifiek aandachtsgebied, zoals bijvoorbeeld acute somatische problematiek, onvoldoende. Met name het onvoldoende aanbieden van reanimatietrainingen viel hierbij op. Ook werd het volgen van een scholing te weinig verplicht gesteld. Het scholingsaanbod bleek in 2012 uitgebreider te zijn, hoewel niet alle medewerkers het aanbod afdoende vonden.

4.3.8 *Professioneel statuut gemeengoed*

Alle instellingen beschikten over een of andere vorm van een professioneel statuut waarin de afbakening van taken en verantwoordelijkheden van de verschillende disciplines was beschreven en dat leidend was voor de praktijkvoering.

4.4 **Normen goed bestuur (governance)**

4.4.1 *Overzicht scores*

De inspectie heeft verder van alle onderzochte verslavingszorglocaties beoordeeld in hoeverre de bestuurlijke verantwoordelijkheid voldoet aan de normen voor

verantwoorde zorg. Twee toezichtnormen werden *operationeel* (aantoonbaar in gebruik) of *niet-operationeel* (niet aantoonbaar in gebruik) gescoord. Tabel 6 geeft per norm weer hoeveel locaties daaraan in 2010 en in 2012 voldeden en hoeveel niet. In de volgende paragrafen worden de uitkomsten per norm verder toegelicht.

Tabel 6
Scores toezichtaspecten kwaliteitsbeleid

Goed bestuur / Governance	2010		2012	
	Operationeel (aantal locaties)	Niet-operationeel (aantal locaties)	Operationeel (aantal locaties)	Niet-operationeel (aantal locaties)
Kwaliteit informatievoorziening Raad van Bestuur (N.B. nog niet meegewogen in het risico-oordeel in 2010) N = 12	8	4	12	0
Verantwoordelijkheden/bevoegdheden geneesheer-directeur (N.B. nog niet meegewogen in het risico-oordeel in 2010) N = 11	10	1	11	0

4.4.2 Informatievoorziening Raad van Bestuur op orde

In 2010 scoorden vier instellingen hier niet-operationeel. In 2012 waren alle Raden van Bestuur of directies aantoonbaar op de hoogte van de kwaliteit van de heroïne- en methadonbehandeling. Stuurinformatie, zoals kwartaalrapportages, scores op prestatie-indicatoren, managementrapportages, *interne audits* en periodieke overleggen, werd gebruikt voor eventuele bijstelling van het beleid. Bij een enkele instelling beperkte de *governance* zich vooral tot de kwaliteit van de medicamenteuze behandeling.

Sinds 1 januari 2006 geldt de Zorgbrede Governancecode voor alle leden van GGZ Nederland. Deze code geeft regels voor het afleggen van de maatschappelijke verantwoording door de zorginstelling aan de belanghebbenden van de instelling. Klagers kunnen een beroep doen op de Governancecommissie van het Scheidsrecht Gezondheidszorg. Deze geeft vervolgens een niet bindend, maar wel zwaarwegend advies.

4.4.3 Bevoegdheden en verantwoordelijkheden van geneesheer-directeur afdoende geregeld

Bij elf instellingen (GGD Amsterdam heeft geen geneesheer-directeur) bleken in 2012 de uit de Wet Bopz voortvloeiende bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de geneesheer-directeur geformaliseerd te zijn. In de verslavingszorg betrof dit in het bijzonder het kwaliteitsbeleid. Hierbij was de positie van geneesheer-directeur grotendeels ruimer vastgesteld dan in de 'Standaard geneesheer-directeur' van de

Nederlandse Vereniging voor geneesheer-directeuren in de psychiatrie. Vaak was de functie belegd in de lijnorganisatie.

4.5 Normen Opiumwet

4.5.1 *Overzicht scores*

Bij de onderzochte verslavingszorglocaties is nagegaan in hoeverre werd voldaan aan normen voor het verantwoord omgaan met Opiumwetmiddelen en het meegeefbeleid.

Twee toezichtnormen werden *operationeel* (aantoonbaar in gebruik) of *niet-operationeel* (niet aantoonbaar in gebruik) gescoord. Tabel 7 geeft per norm weer hoeveel locaties daaraan in 2010 en in 2012 voldeden en hoeveel niet. In de volgende paragrafen worden de uitkomsten per norm verder toegelicht.

Tabel 7
Scores toezichtnormen Opiumwet (N=12)

Opiumwet	2010		2012	
	Operationeel (aantal locaties)	Niet-operationeel (aantal locaties)	Operationeel (aantal locaties)	Niet-operationeel (aantal locaties)
Procedure omgaan Opiumwetmiddelen	4	8	11	1
Meegeefbeleid	5	7	10	2

4.5.2 *Risico's bij procedure omgang Opiumwetmiddelen gereduceerd*

In 2010 scoorden acht locaties op deze norm niet-operationeel. In 2012 scoorden elf locaties operationeel. De niet-operationeel scorende locatie betrof de instelling met een hoog tot zeer hoog risico op niet-verantwoorde zorg als eindoordeel van dit thematoezicht. Wijzigingen in de procedure waren in voorbereiding, maar het behandelteam moest nog de foutgevoelige oude procedure hanteren.

Na de constatering van het hoge risico bij dit zwaarwegende thema in 2010 zijn zeven van de twaalf locaties/instellingen opnieuw geïnspecteerd door één of twee inspecteurs verbonden aan het toezicht op de uitvoering van de Opiumwet. Ook de locatie/instelling met het in 2012 hoog tot zeer hoog risico op niet-verantwoorde zorg is toen opnieuw geïnspecteerd.

De volgende tekortkomingen werden hierbij geconstateerd:

- Bij vier van de zeven locaties was de visie van de instelling over het omgaan met Opiumwetmiddelen niet (schriftelijk) vastgesteld.
- Bij drie locaties ontbrak een algehele procedure over de omgang met Opiumwetmiddelen. Bij de vierde locatie was de procedure wel schriftelijk vastgelegd, maar onvoldoende bekend bij de medewerkers.
- Bij vijf locaties ontbraken werkinstructies en bij de zesde locatie bleken de werkinstructies onvoldoende bekend.
- Bij drie instellingen voldeed de opslag van de Opiumwetmiddelen niet aan de eisen van de inspectie.
- Bij drie instellingen was de grootte van de noodvoorraad medicatie niet in overleg met de toezichthoudende apotheker vastgesteld.

Veel instellingen hadden in 2012 de visie van de instelling over het omgaan met Opiumwetmiddelen inmiddels schriftelijk vastgesteld. Ook waren de procedure

omgang Opiumwetmiddelen en de hieraan verbonden werkinstructies bij veel instellingen gedetailleerder beschreven en opgenomen in het kwaliteitshandboek.

Daar waar de hoeveelheid van vooral niet op naam van de patiënt gestelde medicatie omvangrijk was in 2010/2011, stelden de instellingen de grootte hiervan in 2012 in overleg met de toezichthoudende apotheker vast. In 2012 was de opslag bij de instellingen ordelijk en overzichtelijk.

Wel trof de inspectie een enkele keer geen rekening-courant-systeem van de methadonvoorraad aan (dit is een boekhouding waarin door het registreren van de uitgifte, de hoeveel methadon in voorraad bekend is). Tevens bleek enkele malen dat het rekening-courant-systeem niet correct was bijgehouden. Daarnaast werd soms geen administratie bijgehouden van de noodvoorraad medicatie.

In 2012 werd methadon in vloeibare vorm nog slechts bij enkele instellingen aangetroffen. De meeste instellingen gebruikten bij de verstrekking van de medicatie een baxterverpakking.

Bij een baxterverpakking worden de medicijnen per inname-moment op naam van de betreffende patiënt verpakt. Alle zakjes zitten hierbij per patiënt aan elkaar.

4.5.3 *Meegeefbeleid grotendeels vastgesteld*

In 2010 was beleid over het meegeven van methadon aan patiënten bij vijf instellingen operationeel. Bij zeven instellingen was de score niet-operationeel. In 2012 was het meegeefbeleid bij tien instellingen operationeel. Bij de twee niet-operationeel scorende instellingen waren wel al essentiële verbeteringen doorgevoerd. Het meegeefbeleid was bij de tien operationeel scorende instellingen op één vaste plaats in het kwaliteitshandboek beschreven. Bij dit beleid werd aandacht geschonken aan het risico op verhandelen. Daarmee is een meer uniforme werkwijze bij het meegeven van methadon tot stand gekomen.

5 Summary

Between August and October 2010, the Health Care Inspectorate conducted a study examining the quality of ambulant (out-patient) treatment programmes for heroin addiction which use heroin and/or methadone. Specific attention was devoted to five aspects of the process. A follow-up study was conducted in May 2012.

The Inspectorate assumed responsibility for monitoring the quality of addiction care services in 2011, this being formerly a function of the *Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden* (Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts). The task is now part of the Inspectorate's formal remit from the Ministry of Health, Welfare and Sport.

The Inspectorate conducted the 2010 study and its recent follow-up to ascertain whether the necessary improvements had been implemented following the general examination of methadone-based treatment conducted in 2004, when significant differences in quality were noted. The recent studies were also further to the Inspectorate's Long-term Policy Plan 2008-2011, which called for special attention to be devoted to vulnerable patient groups.

The Inspectorate examined the extent to which treatment plans, the treatment itself (including the supply and administration of medications), quality policy and compliance with the provisions of the Opium Act may be said to meet the standards of 'responsible' care. The Inspectorate also examined management processes, with particular reference to quality management.

There are twelve institutes in the Netherlands which run treatment programmes based on the administration of heroin itself and/or a synthetic opioid such as methadone. The Inspectorate visited twelve locations at which such treatment is provided. Eleven were found to have implemented the necessary controls and safeguards to ensure that the quality of the aspects examined meets the standards of responsible care. Almost all risks noted in 2010 have been reduced, with the handling of substances which are controlled under the Opium Act having been visibly improved. However, the manner in which opioids are supplied to patients remains a point for ongoing attention to ensure safe and responsible use. The Inspectorate found an elevated risk of non-responsible care at one institute – *Emergis* – at which shortcomings were noted in several aspects of the treatment programme, including the supply of controlled substances. The Inspectorate imposed corrective measures.

One notable negative finding of the study is that fewer than half of the institutes maintain a complete and up-to-date record of the medication prescribed to each patient.

Many of the improvements noted relate to the treatment of patients with an acute or chronic psychiatric disorder, and the overall response to psychosocial problems. The institutes' quality policy has also been enhanced. All now apply some form of Routine Outcome Measurement (ROM) system, and a Safety Management System is either in place or in development. Nevertheless, further efforts are required to ensure that treatment adheres to the quality policy to the greatest extent possible.

The Inspectorate will continue to monitor the institutes' progress in achieving the required improvements by means of both regular and unannounced inspection

visits. There will also be a full assessment of the internal audits conducted by the institutes in the years ahead.

Literatuurlijst

- 1 Trimbos Instituut. Aantal problematische harddruggebruikers in Nederland. Utrecht, 2011.
- 2 Stichting Informatie Voorziening Zorg. Landelijk alcohol en drugs informatie-systeem. Kerncijfers verslavingszorg 2011. Houten, augustus 2012.
- 3 Loth, CA. From Cram Care to Professional Care. Proefschrift, Universiteit van Amsterdam, 2009.
- 4 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Behandeling met methadon: het kan en moet beter. Den Haag, april 2005.
- 5 Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB). Stuurgroep Resultaat Scoren, GGZ Nederland 2005.
- 6 Stel, van der J. Heroïne op medisch voorschrift. De geschiedenis van een geneesmiddel in Nederland. Centrale Commissie behandeling Heroïne-verslaafden. Utrecht, 2010.
- 7 Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Besluit van 18 juli 2009 houdende wijziging van het Opiumwetbesluit in verband met de opname van het geneesmiddel heroïne cq diamorfine in de bijlage bij dat besluit. Kamerstuk Nr. 348. Den Haag, 2009.
- 8 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Heroïne- en methadon-behandeling. Brief van de Directeur-Generaal Volksgezondheid. VGP/ADT 2951383. Den Haag, 9 september 2009.
- 9 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Meerjarenbeleidsplan 2008-2011. Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg. Den Haag, november 2007.
- 10 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Sterk van Geest, naar herstel van regie. Effectief IGZ-toezicht op de Geestelijke Gezondheidszorg 2008 – 2011. Den Haag, maart 2008.

Bijlage 1 Lijst van onderzochte verslavingszorglocaties

Instelling	Bezochte locaties in 2010	Bezochte locaties 2012
Bouman GGZ	Rotterdam	Rotterdam
Brijder	Den Haag	Gouda
Centrum Maliebaan	Utrecht	Utrecht
Emergis	Middelburg	Goes
GGD Amsterdam	Amsterdam	Amsterdam
Iriszorg	Arnhem	Nijmegen
Arkin (Mentrum)	Amsterdam	Amsterdam
Mondriaan	Heerlen	Maastricht
Novadic-Kentron	Eindhoven	's Hertogenbosch
Tactus Verslavingszorg	Enschede	Apeldoorn
Vincent van Gogh	Venlo	Weert
VNN (Verslavingszorg Noord Nederland)	Groningen	Leeuwarden

Bijlage 2 Toezichtnormen met criteria voor operationaliteit

Toeziethema behandelplan

Toeziethnorm	Operationeel
Instemming behandelplan	Uit het dossier blijkt dat het behandelplan al of niet (gedeeltelijk) overeen is gekomen met de patiënt.
Diagnostiek	In het behandelplan is de volledige diagnostiek weergegeven en de diagnostiek is gebaseerd op een classificatiesysteem met voldoende evidentie.
Behandeldoelen	Medicamenteuze, somatische, psychiatrische en sociale behandeldoelen zijn geformuleerd en interventies zijn beschreven.
Actualiteit behandelplan	Behandelplannen worden aantoonbaar minimaal eenmaal per half jaar geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

Toeziethema behandeling

Actueel medicatieoverzicht	Een actueel (volledig en uniek) medicatieoverzicht is bij elk contact beschikbaar.
Acute en chronische somatische problemen	Er wordt aantoonbaar geprotocolleerd gehandeld bij acute gezondheidsproblemen (zoals intoxicatie en insult). Er is aantoonbaar beleid op het gebied van chronische aandoeningen (zoals COPD, HIV, Hepatitis A, B, C en infectieziektebestrijding).
Acute en chronische psychiatrische problemen	Er wordt aantoonbaar geprotocolleerd gehandeld indien sprake is van acute psychiatrische/psychische problemen zoals een delirant beeld, suïcidaliteit, psychose. Er zijn aantoonbaar afspraken over multidisciplinaire samenwerking (tussen verslavingszorg en GGZ) indien sprake is van comorbide chronische psychiatrische problematiek.
Psychosociaal beleid	Er is aantoonbaar beleid waaruit blijkt dat (psycho)sociale problemen in kaart worden gebracht en psychosociale hulpverlening maakt aantoonbaar onderdeel uit van het behandelaanbod.

Toezichtthema Kwaliteitsbeleid

Visie	Aan de behandeling met methadon en heroïne ligt een schriftelijk vastgelegde visie ten grondslag, welke sturend is.
Monitoren van behandeluitkomsten	Behandeluitkomsten worden aantoonbaar gemonitord, bijvoorbeeld middels <i>Routine Outcome Measurement</i> (ROM).
MIP/FONA	De instelling moet aantoonbaar een regeling hebben om incidenten in de patiëntenzorg te melden, te evalueren en zo nodig het beleid aan te passen op basis van aanbevelingen.
Klachtenregeling	De instelling heeft een klachtenregeling die aantoonbaar voldoende bekend is gemaakt bij de patiënten en aantoonbaar wordt ingezet bij het kwaliteitsbeleid.
Sanctiebeleid	Sanctiebeleid dient opgesteld te zijn en dusdanig dat dit niet in tegenspraak is met de rechten van de patiënt.
No-show beleid	Er is aantoonbaar beleid hoe gehandeld moet worden bij patiënten die afspraken niet nakomen.
Deskundigheidsbevordering	Alle medewerkers hebben aantoonbaar voldoende deskundigheidsbevordering ontvangen.
Professioneel statuut	De instelling heeft een schriftelijk, door de Raad van Bestuur vastgesteld, professioneel statuut.

Thematoezicht Goed bestuur (*Governance*) / Bestuurlijke verantwoordelijkheid

Kwaliteitinformatie Raad van Bestuur	De Raad van Bestuur is geïnformeerd over de kwaliteit van de ambulante heroïne- en methadonbehandeling en gebruikt deze informatie voor bijstelling van het beleid.
Bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de geneesheer-directeur	De bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de geneesheer-directeur, zoals bedoeld in de Wet Bopz, ten aanzien van de heroïne en/of methadonbehandeling zijn vastgesteld en vastgelegd in het professioneel statuut.

Thematoezicht Opiumwet

Procedure omgang Opiumwetmiddelen	De instelling hanteert aantoonbaar een procedure hoe om te gaan met middelen die onder de Opiumwet vallen.
Meegeefbeleid	Er dient aantoonbaar een regeling te zijn hoe wordt omgegaan met het meegeven van medicatie c.q. middelen die onder de Opiumwet vallen.