

Handreiking
Somatiek & Infectieziekten voor
opiaatafhankelijke patiënten
in de Verslavingszorg

Versie 1.0

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	2
1.1 Doelgroep	3
1.2 Organisatie.....	4
2. Somatische gegevensverzameling	5
2.1 Inhoud.....	5
2.2 Frequentie.....	6
2.3 Ketenzorg	7
2.4 Instelling specifieke aspecten.....	7
3. ECG beleid.....	9
3.1 Instelling specifieke aspecten.....	10
4. Infectieziekten	11
4.1 Voorlichting, preventie en risicogedrag.....	11
4.2 Screening infectieziekten (hepatitis, hiv en soa).....	12
4.3 Behandeling infectieziekten (hepatitis, hiv en soa).....	13
4.4 Hepatitis B vaccinatie	14
4.5 Griepvaccinatie	15
4.6 Tuberculose (tbc) beleid.....	15
4.7 Prikaccidenten	16
4.8 Meldingsbeleid	17
5. COPD beleid.....	19
6. Registratie.....	21
6.1 Instelling specifieke aspecten.....	21
7. Scholing medewerkers	22

1. Inleiding

Deze handreiking is een aanzet tot een uniform beleid op het gebied van somatiek en infectieziekten voor de verslavingszorg. Het Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction heeft, in samenspraak met en op last van het Platform Strategisch Inhoudelijke Deskundigen (pSID) van de verslavingszorginstellingen, het initiatief genomen om deze handreiking voor beleid voor opiaatafhankelijke patiënten vorm te geven. In het document zijn heldere beleidskaders neergezet voor de somatische zorg, inclusief infectieziekten, met als doel de zorg voor deze patiëntengroep in de verslavingszorg verder te optimaliseren. Tevens is het beleid tot stand gekomen in samenspraak met relevante beroepsgroepen (de VVGN en het Platform Verpleegkundig Specialisten Verslavingszorg (Platform VSV)).

Doel is te streven naar een landelijk uniform beleid en eenduidige visie op de inrichting van de somatische zorg voor ernstig aan opiaat verslaafde patiënten. En toe te groeien naar een praktische richtlijn voor een betere en verantwoorde patiëntenzorg in de verslavingszorg.

In de praktijk ervaart men een spanningsveld tussen enerzijds wat wenselijk is (ideaal) aan zorg in de verslavingszorg te leveren en aan de andere wat er in de weerbarstige praktijk van alledag haalbaar is. Het is daarom van belang op te merken dat het niet zo moet zijn dat de ideale uitgangssituatie door instanties wordt ingezet als drukmiddel om intensievere zorg door professionals af te dwingen wanneer de ideale situatie niet wordt bereikt. Het streven is verantwoorde zorg te leveren in een krachtenveld waar de patiënt steeds meer de regie heeft en waarbij de eigen wensen van de patiënt soms niet overeenkomen met de meest ideale wenselijke situatie. Behandelen blijft tenslotte mensen werk. De patiënt en arts bepalen uiteindelijk welke behandeling wordt ingezet, welke het meeste tegemoet komt aan de wens van de patiënt en na uitvoerige informering door de arts wat verantwoorde zorg op maat voor het individu betekent.

De (recente) introductie van verschillende doorontwikkelde richtlijnen biedt een goede basis van waaruit een volgende stap gezet kan worden. Dat geldt ook voor het vele werk dat reeds op instellingsniveau is verzet en gerealiseerd om de zorg van de individuele patiënt op een hoger niveau te tillen. De inhoud van dit document is dan ook gebaseerd op de bestaande richtlijnen voor de behandeling van een opiaatverslaving (MDR¹ en RIOB^{2,3}), de concepttekst van de Zorgstandaard Opiaatverslaving (via www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl), en op bestaand beleid van een aantal koploper instellingen voor verslavingszorg (Mondriaan, Novadic-Kentron, Victas en VNN). Het voorliggende document beschrijft een beleid dat voor landelijke uniformiteit kan zorgen. Echter, omdat lokale en regionale situaties van invloed (kunnen) zijn op de nadere uitwerking van dit beleid, is bij elk onderdeel ruimte gelaten zodat de instelling specifieke informatie over het eigen te voeren beleid kan worden toegelicht.

Twee belangrijke uitgangspunten bij de totstandkoming van dit beleid:

¹ Brink, W. van den, Glind, G. van de, & Schippers, G. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving*. Tijdstroom, Utrecht.

² Loth, C.A., Oliemeulen, E.A.P., & Jong, C.D. (2012). *Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB)*. *Herziene versie*. Amersfoort: Resultaten Scoren/GGZ Nederland.

³ IVO, N. (2010). Landelijke implementatie Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling.

- (1) De aandacht voor de lichamelijke gezondheid vormt een integraal onderdeel van de zorg aan deze groep patiënten.
- (2) De herstel gedachte dat goede somatische zorg bijdraagt aan de stabilisatie, de verbetering en de totstandkoming van het maatschappelijk herstel van de patiënt. In het huidige zorglandschap is de herstelgedachte^{4,5} van groot belang voor de empowerment van de patiënt.

Herstel is een uniek en individueel proces, wat vraagt om een persoonlijke benadering van de zorg die geboden wordt. Deze persoonlijke benadering is ook bij het leveren van somatische zorg van belang en vraagt om een bepaalde attitude van de hulpverlener. De basis van deze attitude is dat de patiënt betrokken wordt bij de besluitvorming over de inrichting van de eigen zorg, in een (zoveel als mogelijk) gelijkwaardige relatie en met respect voor de beleving en keuzes van de patiënt. Het perspectief en de wensen van de patiënt staan centraal en zijn leidend voor het zorgproces; de patiënt voert (zoveel als mogelijk) de eigen regie. De zorg dient voldoende ruimte te bieden om daarbij aan te sluiten en om de patiënt in staat te stellen om eigen keuzes te maken. Eigen regie kan, ook waar het gaat om somatische zorg, gepaard gaan met dilemma's, die de nodige spanning bij zowel de patiënt als de hulpverlener kunnen veroorzaken. Het is belangrijk om deze dilemma's en een zorgvuldige afweging van belangen en risico's bespreekbaar te maken.

De meest recente versie van dit document is te vinden op www.netwerkihr.nl/toolkit. Op deze website zijn tevens de documenten waarnaar in het beleid wordt verwezen en andere praktische informatie te raadplegen. Minimaal één keer per jaar wordt bekeken of het beleid en deze website een update of aanvulling behoeft. Vragen over dit document en de website, suggesties voor aanvullende informatie of informatieverzoeken kunnen gericht worden aan mzijlstra-vlasveld@trimbos.nl.

1.1 Doelgroep

Het voorliggende beleid richt zich vooralsnog alleen op patiënten die voor een opiaatafhankelijkheid in de specialistische GGZ in behandeling zijn (heroïne en methadon onderhoudsprogramma's). Dit is een concrete, afgebakende patiëntengroep in de verslavingszorg waar de noodzaak voor een goed somatisch beleid het grootst is. De ambitie is dit beleid in de toekomst verder aan te vullen en ook van toepassing te laten zijn op andere patiëntgroepen.

De groep opiaatafhankelijke patiënten lijdt vaak aan co-morbide somatische en/of psychiatrische stoornissen^{6,7,8,9,10}. Het gebruik van opiaten geeft een verhoogde kans op lichamelijke aandoeningen, veroorzaakt door de effecten en de toedieningswijze van de middelen, de (bijkomende) leefstijl die daarmee gepaard gaat, en ook de bijwerkingen

⁴ Hendriksen-Favier, A.I., Nijmens, K., & Rooijen, S. van (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.

⁵ www.herstelondersteuning.nl

⁶ Knapen, L.J.M., Gogh, M.T. van, Carpentier, P.J., et al. (2007). 'Niet met methadon alleen', een klinisch epidemiologisch onderzoek naar psychiatrische comorbiditeit en comorbide verslaving bij opiaatafhankelijke patiënten in een ambulante methadonbehandeling. NISPA.

⁷ van den Brink, W. (2005). Verslaving, een chronisch recidiverende hersenziekte. *Verslaving*, 1(2), 47-53.

⁸ Franken, I., & Brink, W. van den (2010). "Handboek verslaving." *Tijdschrift voor Psychiatrie* 52.7, 478-478.

⁹ Blanken, P., Hendriks, V.M., Koeter, M.W.J., Ree, J.M. van, & Brink, W. van den (2011). Craving and illicit heroin use among patients in heroin-assisted treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 120, 74-80.

¹⁰ Middeldorp, J., Smit, R., Post, H., Koerts, J., & Weert, G. de (2015). Aandacht voor somatiek bij verslaafden. *Verslaving*, 11(3), 176-183.

van voorgeschreven medicatie voor het behandelen van psychiatrische stoornissen (zoals bijvoorbeeld antipsychotica voor de behandeling van psychotische stoornissen)^{5,6,7,8}. Een effect van het in Nederland gevoerde behandelbeleid ten aanzien van deze groep patiënten is de gestage toename van de gemiddelde leeftijd. Deze veroudering gaat gepaard met een toename van het aantal (chronische) lichamelijke klachten en aandoeningen. Zorgvuldige diagnostiek, behandeling en monitoring van de somatische co-morbiditeit maakt daarom integraal onderdeel uit van kwalitatief hoogwaardige zorg aan deze groep patiënten.

1.2 Organisatie

De verantwoordelijkheid voor (de uitrol en implementatie van) het somatische & infectieziekten beleid ligt bij de Strategisch Inhoudelijk Deskundige van de instelling. De uitvoering ligt bij de verslavingsartsen KNMG, basisartsen, psychiaters, verpleegkundig specialisten, physician assistants en verpleegkundigen. Hierbij is het aan te raden dat de zojuist genoemde beroepsgroepen een achtereenvolgende plek krijgen in de organisatie van het medische proces zodat kan worden voorzien in een goede efficiënte afwikkeling van het in dit document voorgestelde somatische beleid.

In het onderstaande kader kan voor de eigen instelling worden opgetekend welke personen welke verantwoordelijkheden dragen bij de uitwerking, implementatie, uitvoering en bijstelling van dit somatische & infectieziekten beleid.

--

2. Somatische gegevensverzameling

Om de patiënten uit de doelgroep (zie paragraaf 1.1) zo optimaal mogelijk te ondersteunen in hun herstel, is het van belang om op alle levensgebieden de passende behandeling of begeleiding te beschrijven en in te zetten, zo ook op het gebied van de lichamelijke gezondheid. De somatische uitgangspositie is voor iedere patiënt uniek en vormt het uitgangspunt voor de behandeling door de medisch onderlegde medewerker. Idealiter verdient het een belangrijke plek in elk behandelplan. De uitkomsten van het lichamenlijk onderzoek kunnen – waar nodig en relevant – worden besproken in het multidisciplinaire behandeloverleg, wat halfjaarlijks met de patiënt wordt geëvalueerd.

De somatische gegevensverzameling, inclusief lichamenlijk en aanvullend onderzoek, levert de bouwstenen op voor het formuleren van een behandeling op maat in bijzijn van en in samenspraak met de patiënt. Het doel is tenslotte de lichamenlijke gezondheid te verbeteren. Bij de start van een medicamenteuze opiaatonderhoudsbehandeling is het van belang de somatische comorbiditeit (en bijbehorende medicatie) in kaart te brengen. De somatische uitgangssituatie kan van invloed kan zijn op de behandeling met methadon, heroïne of andere medicatie (zoals psychofarmaca). Patiënten uit deze doelgroep hebben de neiging hun lichamenlijke klachten onder te rapporteren, hetgeen wordt veroorzaakt door enerzijds de dempende werking van het middelengebruik (als bij bijvoorbeeld opiaten (pijn wordt minder gevoeld)) en anderzijds het regelmatig vóórkomen van zorgmijndend gedrag.

2.1 Inhoud

De somatische gegevensverzameling vindt in de specialistische GGZ plaats onder verantwoordelijkheid van een verslavingsarts KNMG of verpleegkundig specialist. Deze gegevensverzameling beslaat in ieder geval een lichamenlijk onderzoek. Daarnaast kunnen verpleegkundigen een coördinerende rol spelen en onderdelen van de somatische screening voor hun rekening nemen.

Het meest volledige somatische screenings instrument in Nederland voorhanden voor de doelgroep waar dit beleid zich op richt is de Utrechtse Somatische Screeningslijst 2.0 (USS¹¹) (zie www.netwerkihr/toolkit). Deze screeningslijst is ontwikkeld om door een verpleegkundige te worden afgenomen. De ingevulde lijst kan als startpunt van de somatische gegevensverzameling en de behandeling worden genomen. De USS screent op veel voorkomende (ernstige) somatische aandoeningen waar patiënten met ernstige psychiatrische en/of middelen gerelateerde problematiek, waaronder opiaatafhankelijken, mee te maken kunnen krijgen. De USS bestaat uit 5 onderdelen:

1. Algemene gegevens
2. De somatische screening, met daarbinnen de onderdelen zorggebruik, somatische ziekten, familiale aandoeningen en infectieziekten, leefstijlanamnese, en lichamenlijke screening (meten)
3. Actuele klachten
4. Medicatiegebruik
5. Samenvatting

¹¹ Koerts Janmaat, J., Middeldorp, J., Moesker, S., & Smit, R. (2016). *Utrechtse Somatische Screening (USS)*. Utrecht: Victas, Altrecht, Gemeente Utrecht.

Aan de hand van (gelopen) risico's en het klachtenpatroon wordt met de patiënt besproken welk laboratoriumonderzoek er wordt aangevraagd. Het invullen van de USS door de verpleegkundige neemt ongeveer 30-40 minuten in beslag.

Voor het medisch (somatisch) onderzoek door de verpleegkundig specialist of verslavingsarts KNMG is het Somatisch Onderzoek bij Opiaatverslaving (SOO) beschikbaar¹² (zie www.netwerkihr.nl/toolkit). Het SOO bestaat uit de onderdelen observatie, tractus anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullende diagnostiek. Hierbinnen is rekening gehouden met de aandacht die nodig is voor symptomen van aandoeningen die bij deze doelgroep relatief vaak voorkomen. Het algoritme voor aanvullend laboratorium- en ECG-onderzoek dat hierin is opgenomen, is integraal overgenomen uit de Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving¹³.

De USS en het SOO kunnen complementair worden ingezet. De verpleegkundig specialist of de verpleegkundige kunnen in de praktijk de coördinatie op zich nemen voor het somatische screeningsproces (afnamen USS, SOO en aanvullend onderzoek als laboratorium en ECG). Het is raadzaam om in de praktijk, onder verantwoordelijkheid van de verslavingsarts KNMG en/of verpleegkundig specialist, heldere afspraken te maken over de taakverdeling in deze. Wanneer een verpleegkundige niet beschikbaar is en dus geen somatische screening kan afnemen dan is het raadzaam om in het medisch onderzoek tevens aandacht te besteden aan onderdelen van de USS die niet standaard in het medisch onderzoek aan bod komen (bijvoorbeeld leefstijl).

De USS en het SOO zijn bruikbaar voor zowel de eerste screening aan de start van een behandeling als voor de vervolg screenings later in de behandeling. Bij de vervolg screenings wordt, mede op basis van de vragen, klachten en behoeften van de patiënt, het somatisch onderzoek bij voorkeur zo compleet mogelijk doorlopen, om eventuele nieuwe klachten of problemen tijdig te signaleren. Bij eerder afwijkend lichamelijk onderzoek is het wenselijk om in de vervolg screenings de relevante controles mee te nemen.

2.2 Frequentie

De somatische gegevens worden bij nieuwe patiënten zo snel als mogelijk verzameld. Idealiter is dit binnen 3 maanden na aanmelding afgerond.

Voor de behandeling van mensen met een opiaatverslaving schrijft de RIOB de norm voor dat het somatisch onderzoek/screening twee keer per jaar herhaald wordt. Echter, niet alle patiënten hebben de behoefte aan een halfjaarlijkse screening en een dergelijke frequentie is niet voor iedere individuele patiënt geïndiceerd. Het verdient de voorkeur om op individuele basis in overleg met de patiënt de frequentie van het somatische onderzoek vast te stellen. De patiënt dient daarbij voldoende geïnformeerd te worden over de overwegingen voor het periodiek herhalen van het somatisch onderzoek (onder andere het in een vroeg stadium kunnen opsporen en behandelen van somatische aandoeningen). De wensen van de patiënt met betrekking tot de frequentie en wijze van monitoring van de somatische gezondheid, zijn leidend bij het maken van de afspraken

¹² Gee, A. de, Laghaei F., & Poel, A. van der (2016). *Het somatisch onderzoek bij opiaatverslaving. Een praktische handreiking voor artsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants*. Trimbos-instituut. Utrecht

¹³ Brink, W. van den, Glind, G. van de, & Schippers, G. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving*. Tijdstroom, Utrecht.

hierover. De gemaakte afspraken worden vastgelegd in het behandelplan en tijdens de behandelplan bespreking met de patiënt geëvalueerd.

2.3 Ketenzorg

Samenwerking en goede afstemming met de huisarts rondom de lichamelijke gezondheid is het uitgangspunt. Afstemming met behandelend medisch specialisten is eveneens wenselijk. Dat laatste zal met name gelden bij medische behandelingen die van invloed zijn op de behandeling van de middelen relateerde stoornis of daar waar de verslavingszorg een begeleidende rol vervult (bijvoorbeeld bij een hepatitis C-behandeling).

Bij start van de behandeling wordt vastgesteld of er een huisarts bekend is:

- Heeft de patiënt een huisarts: dan is het algemeen gebruikelijk dat de brief met een samenvatting van de belangrijkste bevindingen uit de somatische gegevensverzameling, met toestemming van de patiënt, aan de huisarts wordt gestuurd. De huisarts wordt daarin gevraagd om, indien noodzakelijk, passende behandeling in te zetten.
- Heeft de patiënt geen huisarts: dan wordt met de patiënt de wenselijkheid besproken de patiënt toe te leiden naar een huisarts. Indien de patiënt somatische behandeling behoeft, dan kan dat – voor zover mogelijk – door de verslavingsarts KNMG of verpleegkundig specialist worden uitgevoerd. Wanneer de patiënt toegeleid is naar een huisarts, dan kan met de patiënt worden besproken of de somatische zorg door de huisarts zal worden overgenomen.

De verslavingsarts KNMG/verpleegkundig specialist en huisarts zijn de medische professionals die beiden de verantwoordelijkheid dragen voor de somatische zorg voor deze patiëntengroep. De verslavingsarts KNMG/verpleegkundig specialist en de huisarts (of medisch specialist) zullen samen met de patiënt moeten afstemmen waar de verantwoordelijkheid van de een ophoudt en waar die van de ander begint. De voorkeur van de patiënt is een belangrijk ijkpunt voor het maken van afspraken hieromtrent. Als uitgangspunt kan gehanteerd worden dat de somatische zorg, die op basis van de somatische gegevensverzameling nodig is, waar mogelijk door de huisarts wordt verleend. Gedacht wordt bijvoorbeeld aan aandoeningen die niet (direct) voortkomen uit een middelen gerelateerde stoornis.

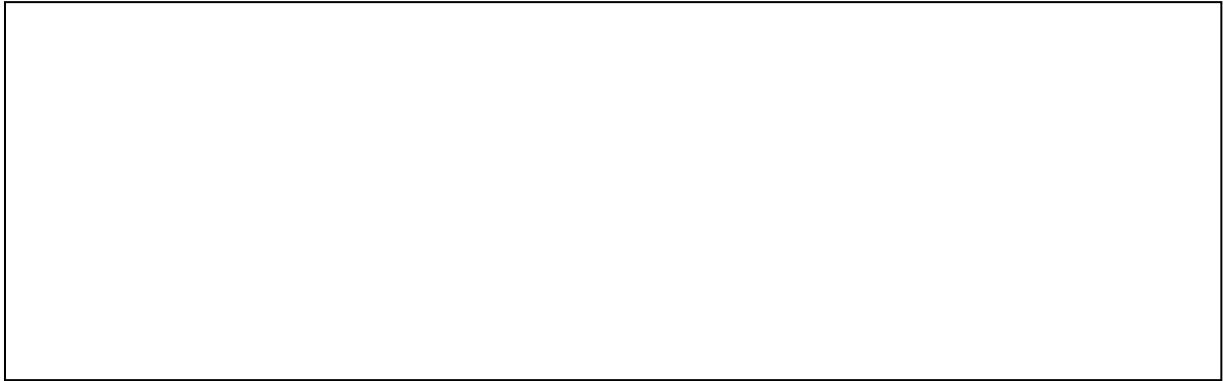
Uitzonderingen op bovenstaande zijn:

- Het monitoren van het metabool syndroom (MS) bij het gebruik van psychofarmaca. Dit is de verantwoordelijkheid van de arts (of psychiater) die deze medicatie voorschrijft. Om dubbelingen in de behandeling te voorkomen kan het zinvol zijn het monitoren van het MS te koppelen aan de medische screening die door de verslavingsarts KNMG of verpleegkundig specialist wordt uitgevoerd.
- Bij de behandeling van een aantal somatische aandoeningen ligt het voor de hand dat de verpleegkundige, de verpleegkundig specialist en/of verslavingsarts KNMG een rol pakt in de regie en/of begeleiding van de patiënt. Bijvoorbeeld bij hepatitis C en COPD (zie paragraaf 4.3 en 5)

2.4 Instelling specifieke aspecten

In het onderstaande kader kan voor de eigen instelling worden toegevoegd waar aanvullende informatie over de somatische gegevensverzameling te vinden is. Het kan dan gaan om bijvoorbeeld documenten waarin de procedures voor het aanvragen van

laboratoriumonderzoek zijn vastgelegd, of waarin de afspraken en procedures rondom de samenwerking met huisartsen (en medisch specialisten) beschreven staan.



3. ECG beleid

Bij patiënten in een methadononderhoudsbehandeling is het wenselijk het risico op een verlenging van het QTc-interval te monitoren middels het afnemen van (herhaalde) ECG's. Een behandeling met methadon geeft een verhoogd risico op hartritmestoornissen, met name bij hogere methadon doseringen (>100mg/dag) en bij (co)medicatie met andere QTc-interval verlengende medicatie of genotsmiddelen.

Geadviseerd wordt aan elke patiënt te vragen of hij/zij bekend is met een hartaandoening of ritmestoornissen, en of er sprake is van wegrakingen. Informeer iedere patiënt die start met methadon over de risico's op hartritmestoornissen en bespreek de optie om een ECG te maken om te beoordelen of er bij aanvang reeds sprake is van een hartaandoening. Het is belangrijk dat de patiënt hierin keuzevrijheid heeft en ruimte wordt geboden een eigen afweging te maken voor het al dan niet maken van een ECG. Zodoende kan de patiënt de regie over zijn behandeling behouden. Voorwaarde is dat de patiënt voldoende geïnformeerd en ondersteund wordt om hierover te kunnen beslissen. Indien de patiënt instemt, wordt een ECG gemaakt en wordt het QTc-interval gemeten voor de start van de behandeling met methadon. Zie in onderstaande tabel welke actie bij welke uitslag nodig is (ook voor een afname van een ECG bij reeds in behandeling zijnde patiënten). Indien de patiënt een ECG weigert, dan wordt dit in het behandelplan/dossier genoteerd, met een afwijzingsverklaring.

Het verdient aanbeveling om op de volgende momenten de wenselijkheid van een (herhaalde) ECG met de patiënt te bespreken:

- Bij het bereiken van de onderhoudsdosering;
- Bij een dosisverhogingen die resulteert in een methadondosis van > 100mg/dag. Hierbij geldt de aanbeveling om jaarlijks het ECG te herhalen en vaker bij cardiale klachten;
- Wanneer medicatie wordt toegevoegd waarvan bekend is dat die aanleiding kan geven tot een verlenging van de QTc tijd of een verandering in de farmacokinetiek van methadon;
- Wanneer er sprake is van (of een verdenking is op) bijkomend middelengebruik dat kan leiden tot cardiale problematiek (zoals cocaïne, medicatie op de zwarte markt);
- Bij omstandigheden die het QTc-interval kunnen doen verlengen;
- Wanneer de patiënt klaagt over wegrakingen of insulden.

Tabel: Per uitslag van de ECG de geïndiceerde vervolgacties.

Aan het begin van een methadonbehandeling	
Bij een uitgangs-ECG met een: QTc 450 - 500 msec: voor mannen QTc 460 - 500 msec: voor vrouwen	Verwijs naar cardioloog en indien daarna met methadon wordt gestart herhaal frequent ECG: bv. na iedere dosisverhoging en na 14 dagen na de start van de methadonbehandeling
Bij een uitgangs-ECG met een: QTc ≥ 500msec	Verwijs naar de cardioloog en begin niet met een methadondosering en overweeg buprenorfine, wekelijks een ECG
Tijdens een methadonbehandeling	
Indien de QTc hoger is dan 500 msec gedurende de methadonbehandeling	Stop of reduceer de methadon dosis; neem factoren weg die bij kunnen dragen aan

	verlenging van de QTc en overweeg toepassing van buprenorfine
--	---

Bron: RIOB, 2012 (p.40)

3.1 Instelling specifieke aspecten

In het onderstaande kader kan voor de eigen instelling worden beschreven wie het ECG uitvoert en beoordeelt. En welke aanvullende documenten (protocollen etc.) er binnen de eigen instelling beschikbaar zijn.

--

4. Infectieziekten

Het gebruik van middelen en de vaak ongezonde leefstijl van patiënten brengt een verminderde afweer en een verhoogd risico op infectieziekten met zich mee. Dit risico komt voort uit onhygiënische leefsituaties, onvoldoende zelfzorg, onveilig (intraveneus) gebruik van middelen en onveilige seksuele contacten (prostitutie, promiscuïteit of anderszins). Patiënten vormen, vanwege hun verhoogde risico op infectieziekten zoals hiv en hepatitis B en C maar ook tuberculose, bovendien een risicogroep voor de volksgezondheid. Het beleid van de verslavingszorg is erop gericht om infectieziekten bij haar cliënten te voorkomen en waar nodig te behandelen. Ten eerste vanuit het oogpunt van goede medische zorg voor het individu en ten tweede ter bescherming van de eigen medewerkers en de volksgezondheid.

4.1 Voorlichting, preventie en risicogedrag

Voorlichting over preventieve maatregelen en het bespreken van risicogedrag zijn onderdeel van de inhoud van de somatische screening en medisch onderzoek (USS en SOO, zie paragraaf 2.1). Zowel bij de start van de behandeling als tijdens de periodieke vervolg screenings wordt met de patiënt gesproken over de consequenties van risicogedrag en wordt nagegaan of de patiënt risico gelopen heeft. Het gaat hierbij om risico's door zowel onveilig drugsgebruik als door onveilige seksuele contacten. Bij het laatste dient, om het gelopen risico goed in te kunnen schatten, ook uitgevraagd te worden of er sprake was van anale en/of orale seksuele handelingen. Bijzonderheden worden, met toestemming van de patiënt, vastgelegd in het zorg-/behandelplan.

Voorlichting en preventie

Voorkomen is beter dan genezen. Daarom is het belangrijk dat met elke patiënt, afhankelijk van de actuele situatie, wordt gesproken over leefstijl, hygiëne, veilig gebruik en veilige seks. Voorlichting gaat over wat infectieziekten en manieren van overdracht zijn, over wat de patiënt zelf kan doen om de risico's te beperken en over wat een patiënt kan doen op het moment dat er sprake was van risicovol gedrag. De voorlichting kan gegeven worden als onderdeel van de somatische screening, maar kan ook op een apart moment gepland worden op bijvoorbeeld een voorlichtingsbijeenkomst. Ervaringsdeskundigen kunnen een rol spelen in de voorlichting aan patiënten. Informatiemateriaal over infectieziekten en preventieve maatregelen voor patiënten is beschikbaar (zie www.netwerkihr.nl/toolkit).

Beschikbaarheid schone materialen

Een belangrijke harm reduction voorziening om het risico op verspreiding van infectieziekten te beperken is de beschikbaarheid van schone gebruiksattributen (naalden/spuiten/zeefjes/ascorbinezuur/doekjes/base-pijpjes/watjes/etc.) en condooms. Bij voorkeur zijn deze materialen gratis voor patiënten beschikbaar op in ieder geval locaties waar methadon of heroïne wordt verstrekt. Op locaties waar materialen beschikbaar zijn, wordt dit zichtbaar aan patiënten gecommuniceerd en aangegeven of de materialen gratis of tegen betaling aangeboden worden, en of het gaat om vrije uitgifte of alleen op basis van omruil.

Instelling specifieke aspecten

In het onderstaande kader kan voor de eigen instelling worden beschreven hoe de voorlichting aan patiënten georganiseerd is, welke voorlichtingsmaterialen hiervoor

beschikbaar zijn, en op welke locaties onder welke voorwaarden welke gebruiksattributen en/of condooms beschikbaar worden gesteld. Ook specifieke bijzonderheden met betrekking tot het uitvragen van risicogedrag kunnen hier worden genoteerd.

4.2 Testen op infectieziekten (hepatitis, hiv en soa)

Het verdient de aanbeveling om elke opiaatafhankelijke patiënt minimaal één keer te testen op hiv, hepatitis B en C, vanwege mogelijk gelopen risico in het verleden. Daarnaast is testen op infectieziekten (hepatitis B en C, hiv en SOA's) aangewezen indien de patiënt – sinds de laatste test – risico heeft gelopen (zie aan het eind van deze paragraaf de indicaties voor het testen op infectieziekten volgens de RIOB en de MDR Opiaatverslaving). De wenselijkheid om te testen op de aanwezigheid van infectieziekten is het handigst om op de hier onder genoemde momenten te bespreken (pre-testcounseling):

- In de eerste somatische gegevensverzameling bij elke nieuwe patiënt;
- Bij een eerstvolgende somatische screening/medisch onderzoek bij bestaande patiënten bij wie er geen actuele infectieziektetestatus in het dossier terug te vinden is;
- Bij een eerstvolgende somatische screening/medisch onderzoek waaruit blijkt dat een patiënt risico heeft gelopen sinds de laatste keer dat hij/zij getest is.

Het testen op hepatitis B en C gebeurt via het laboratorium(formulier). Het testen op SOA's kan eventueel ook bij de GGD of huisarts plaatsvinden, indien daarover afspraken zijn gemaakt. De patiënt heeft te allen tijde de keus om voor een SOA test naar de eigen huisarts te gaan. De uitslag van de test wordt met de patiënt besproken (post-testcounseling) en in het dossier vastgelegd (zie ook paragraaf 4.7 en paragraaf 6 over het belang van een goede registratie van de infectieziektetestatus). Bij een positieve uitslag wordt ook het behandelbeleid in het dossier vastgelegd.

In de RIOB en MDR staan de volgende indicaties beschreven:

- Bij intraveneus gebruik (actueel of vroeger¹⁴), plaatsing van een illegale/onveilige tatoeage, toediening van bloedproducten voor 1992 in het buitenland, en geopereerd zijn in het buitenland
 - hiv, hepatitis B en C
- Bij onveilig seksueel gedrag
 - hiv, hepatitis B en soa's (gonorroe, chlamydia, lues)

¹⁴ Let op dat 'vroeger gebruik' moeilijk te definiëren is: mensen die voor 1980 intraveneus drugs hebben gebruikt hebben geen kans hierdoor hiv te hebben opgelopen, maar wel door andere activiteiten (onveilige seks). Ook kan men in die tijd wel hepatitis B/C opgelopen hebben. Vooral hepatitis C kan zeer lang aanwezig zijn zonder klachten te geven.

- Bij onveilig seksueel gedrag en klachten (afhankelijk van het klachtenpatroon)
→ trichomoniasis, herpes

4.3 Behandeling infectieziekten (hepatitis, hiv en soa)

De behandeling van hiv, hepatitis B en C vindt plaats in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist (internist-infectioloog, MDL-arts). Bij hiv en hepatitis B gaat het om een levenslange behandeling die erop gericht is het virus te onderdrukken. Bij hepatitis C gaat het om een behandeling binnen een afgebakende periode (12-24 weken, in een enkel geval 48 weken) gericht op genezing van de patiënt.

Bij een positieve bepaling wordt de patiënt doorverwezen naar het ziekenhuis en gevraagd toestemming te geven voor communicatie tussen de behandelend specialist en de verslavingszorg over de behandeling. De verwijzing dient via de huisarts te geschieden. Algemene samenwerkingsafspraken tussen het ziekenhuis en de verslavingszorg over de toeleiding en behandeling van deze patiëntengroep worden bij voorkeur op schift vastgelegd. Voor hepatitis C is daarvoor een blauwdruk van een transmuraal zorgpad beschikbaar, op basis van ervaringen binnen de Doorbraakprojecten Hepatitis C in de verslavingszorg¹⁵ (zie www.netwerkihr.nl/toolkit). Afspraken over een individuele behandeling worden vastgelegd in het dossier van de patiënt.

De behoefte aan begeleiding bij de behandeling voor hepatitis of hiv is voor elke patiënt anders. Het is belangrijk om de behoefte aan begeleiding bespreekbaar te maken en de wensen van de patiënt hierin te onderzoeken en ondersteunen. Begeleiding kan door zorgverleners geboden worden, maar kan ook ingevuld worden door ervaringsdeskundigen of naasten van de patiënt. In dat laatste geval is het belangrijk ook oog te hebben voor de ondersteuningsbehoeften van de naasten hierin.

Patiënten worden voor de behandeling van soa's verwezen naar de GGD of huisarts.

Instelling specifieke aspecten

In het onderstaande kader kan voor de eigen instelling worden beschreven welke afspraken gemaakt zijn over de screening en behandeling van infectieziekten. Bijvoorbeeld waar afspraken met de GGD, huisarts en/of ziekenhuis hierover zijn vastgelegd, welke interne protocollen/werkinstructies er beschikbaar zijn en/of wie welke taken en verantwoordelijkheden hierin heeft.

¹⁵ Poel, A. van der, Lindt, S. van der, Laghaei, F., & Croes, E. (2015). Verbetering van de opsporing van hepatitis C in de verslavingszorg. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 93(4), 129-132.

4.4 Hepatitis B vaccinatie

Voor hepatitis B is een vaccin beschikbaar dat, bij een bewezen goede opbouw van antistoffen, levenslange immuniteit biedt. Met name patiënten die intraveneus drugs gebruiken en/of die onveilige seksuele contacten hebben, lopen een verhoogd risico op hepatitis B.

Veel patiënten zijn van 2002 tot 2012 binnen het vaccinatieprogramma hepatitis B- risicogroepen gevaccineerd. De huidige mogelijkheden voor patiënten van de verslavingszorg om zich te laten vaccineren zijn de volgende:

- Patiënten die (ook) tot de doelgroep MSM of sekswerkers behoren komen nog altijd in aanmerking voor vaccinatie binnen het vaccinatieprogramma voor risicogroepen. Deze patiënten kunnen voor een gratis vaccinatie naar de GGD worden doorverwezen.
- Bij patiënten waarbij de HCV-RNA positief is wordt de vaccinatie voor hepatitis A en B vergoed door de zorgverzekeraar als onderdeel van de hepatitis C-zorg.
- Patiënten die actueel risico lopen door intraveneus gebruik en/of onveilige seksuele contacten, niet eerder gevaccineerd zijn of een HVB infectie hebben doorgemaakt, en niet onder de twee voorgaande punten vallen, wordt de mogelijkheid voor vaccinatie aangeboden als onderdeel van de behandeling van de verslaving en daaraan gerelateerde somatische klachten/aandoeningen. Vaccinatie zal echter niet altijd vergoed worden.

Op basis van de bevindingen van de somatische screening/medisch onderzoek (incl. laboratorium onderzoek) wordt per patiënt bepaald of vaccinatie nodig of wenselijk is. Is het antwoord ja, dan wordt deze wenselijkheid en de mogelijkheden voor vaccinatie besproken, en samen met de patiënt beleid hierop vastgesteld en uitgevoerd. Het is uiteindelijk de patiënt zelf die bepaalt of hij/zij gevaccineerd wil worden, nadat hij/zij hierover voldoende is geïnformeerd.

Instelling specifieke aspecten

In onderstaand kader kan voor de eigen instelling worden beschreven welke samenwerkingsafspraken er zijn met de GGD, huisartsen en andere ketenpartners met betrekking tot de hepatitis B-vaccinatie, of waar deze afspraken te vinden zijn. En wie welke verantwoordelijkheid hierin heeft.

4.5 Griepvaccinatie

Het Nationaal Programma Grieppreventie biedt mensen met een verhoogd risico op complicaties bij influenza een gratis griepvaccinatie aan. De verslavingszorg geeft uitvoer aan dit programma voor de eigen patiënten die onder de [geïndiceerde doelgroep](#) vallen, waar ook een deel van de opiaatafhankelijke patiënten toe behoort. Op de website van de Stichting Nationaal Programma Grieppreventie (SNPG), belast met het coördineren van de uitvoering van dit programma, staat informatie over de kaders van en procedures binnen dit grieppreventieprogramma: www.snpg.nl.

De verslavingsarts KNMG stelt een lijst op van patiënten die op basis van de door de SNPG gestelde indicaties in aanmerking komen voor de griepvaccinatie. Voor de patiënten die niet bij de huisarts terecht kunnen voor een griepvaccinatie, wordt deze bij de SNPG besteld en door de (verslavings)arts KNMG gegeven. De arts mag onder [voorwaarden](#) opdracht geven aan een andere medewerker van de instelling om de vaccinatie uit te voeren. Afspraken over wie verantwoordelijk is voor de bestelling en toediening van de vaccinatie kan in onderstaand kader voor de eigen instelling worden toegelicht.

4.6 Tuberculose (tbc) beleid

Binnen de halfjaarlijkse somatische screening/medisch onderzoek zijn de verpleegkundige, verpleegkundig specialist en arts alert op gezondheidsverstoringen die wijzen op een verdenking van tuberculose (tbc). Desgewenst worden ook overige medewerkers met direct cliëntcontact getraind in het herkennen van signalen die op tbc kunnen wijzen (zie ook paragraaf 7).

De GGD is de spil in de bestrijding van tuberculose in Nederland. Bij klachten of verdenking van tbc wordt zo snel mogelijk, liefst dezelfde dag nog, contact opgenomen met de GGD. De patiënt wordt voor diagnostiek en – zo nodig – behandeling toegeleid naar de GGD. Patiënten met tbc hebben een indicatie voor de gratis griepvaccinatie in het kader van het Nationaal Programma Grieppreventie (zie paragraaf 4.5).

Een behandeling voor tbc bestaat uit een kuur van verschillende antibiotica en duurt minimaal 6 maanden. Het is erg belangrijk dat de voorgeschreven medicatie volgens voorschrift wordt ingenomen. De GGD biedt doorgaans intensieve begeleiding door de sociaal verpleegkundige. Met de patiënt wordt besproken wat zijn wensen zijn ten aanzien van de ondersteuning bij de behandeling vanuit de verslavingszorg. De verpleegkundige/arts van de verslavingszorg stemt (de begeleiding bij) de behandeling

waar nodig af met de GGD. Bij sommige antibiotica kan een dosisaanpassing van de methadon nodig zijn.

Rond elke tuberculosepatiënt wordt door de afdeling tbc-bestrijding van de GGD een contact- en brononderzoek uitgevoerd. Doel van het contactonderzoek is om bij contacten die besmet zijn te voorkomen dat zij tuberculose krijgen.

In onderstaand kader kunnen de contactgegevens van de afdeling tbc-bestrijding van de GGD worden vermeld, inclusief eventuele samenwerkingsafspraken die op dit gebied met de GGD gemaakt zijn. Tevens kan hier worden aangegeven welke medewerkers (anders dan medisch geschoold personeel) getraind zijn of dienen te worden in het herkennen van signalen die op tbc kunnen wijzen.

4.7 Prikaccidenten

Het gaat hier over prik-, snij-, bijt-, spat- of krabongevallen, waarbij iemand in contact komt met het bloed of lichaamsvloeistof van een ander. Prik-, bijt-, snij-, spat- en krabaccidenten met bloed en andere lichaamsvloeistoffen worden samengevat als prikaccidenten. Via prikaccidenten kunnen hepatitis B-virus, hepatitis C-virus en hiv worden overgedragen. Of een prikaccident tot infectie van het slachtoffer leidt is afhankelijk van de aard van het accident, de serostatus van de bron en de immuun status van het slachtoffer.

In geval er sprake is van een prikaccident bij een patiënt, dan wordt onder verantwoordelijkheid van een verpleegkundige, verpleegkundig specialist of arts de [Landelijke Richtlijn Prikaccidenten](#) van het RIVM¹⁶ gevolgd. Deze richtlijn geeft een beschrijving van de stappen waarmee op gestructureerde wijze een inschatting gemaakt wordt van het risico op infectie met HBV, HCV en hiv ten gevolge van het accident. Afhankelijk van het risico worden al dan niet maatregelen geadviseerd om het slachtoffer tegen infectie te beschermen of een eventueel opgetreden infectie in een vroeg stadium te onderkennen. De te volgen stappen zijn:

- Stap 0: Onmiddellijke actie
- Stap 1: Beoordeling van de aard van het accident
Indien er bij een accident geen risico is op virusoverdracht hoeft het stappenplan niet verder doorlopen te worden. Bij een hoog-risico-accident zijn maatregelen nodig tegen HBV, HCV en hiv. Bij een laag-risico-accident zijn alléén maatregelen nodig tegen HBV.

¹⁶ RIVM (2016). Landelijke Richtlijn Prikaccidenten.

- Stap 2: Beoordeling hepatitis B-immuun status verwonde
Stap 3: Achterhalen van de serostatus van de bron
Stap 4-6: Maatregelen ten aanzien van hepatitis B, hepatitis C en hiv
Stap 7: Afname nulserum bij verwonde
Stap 8: Voorlichting en preventie van verdere verspreiding

Het hier uiteengezette beleid geldt voor prikaccidenten bij patiënten. Voor medewerkers die betrokken zijn bij een prikaccident hebben de meeste verslavingszorginstellingen een samenwerking met PrikPunt. In dit kader kan voor de eigen instelling worden aangegeven waar het beleid en/of de afspraken met PrikPunt hierover zijn terug te vinden.

4.8 Meldingsbeleid

Goede infectieziektebestrijding begint met een snelle melding, zodat de overheid adequaat en tijdig de nodige maatregelen kan nemen. Voor een aantal infectieziekten geldt daarom een wettelijke meldingsplicht. Ook de verslavingszorg dient deze meldingsplicht omtrent infectieziekten uit te voeren.

De verantwoordelijkheid voor het maken van de melding ligt bij de arts (ook als het laboratorium al gemeld heeft). In [deze folder](#) van het RIVM is een schema opgenomen waarin staat aangegeven welke ziekten (of vermoedens daarvan) binnen welke tijdsperiode gemeld dienen te worden. Die tijdsperiode varieert van een directe melding (ook 's avonds, in het weekend of op feestdagen) tot een melding binnen 1 werkdag. Meldingsplichtige ziekten die bij verslavingszorgpatiënten vaak voorkomen zijn tbc, hepatitis A, B en recent opgelopen hepatitis C. Raadpleeg de folder van het RIVM voor de totale lijst.

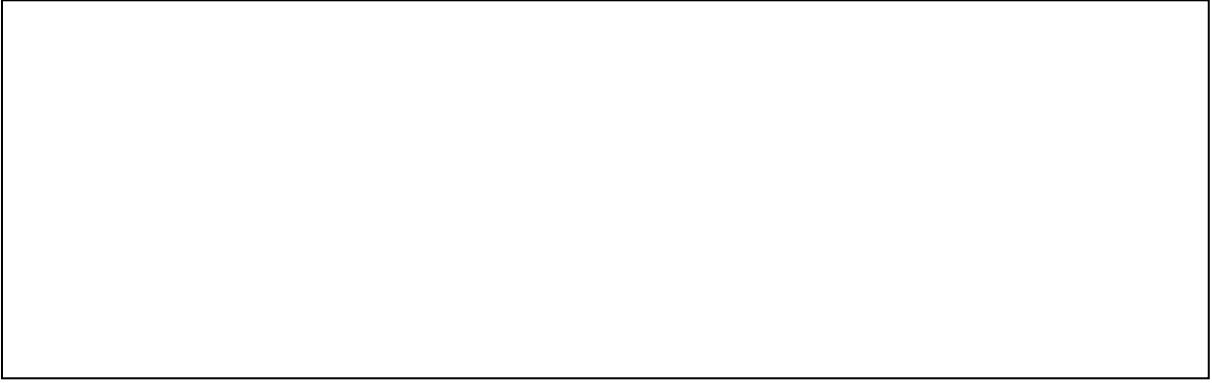
Daarnaast heeft het hoofd van de instelling een meldingsplicht wanneer de instelling te maken heeft met:

- een ongewoon aantal zieken met maag- en darmaandoeningen, geelzucht of huidaandoeningen, of
- een andere ernstige aandoening van vermoedelijk infectieuze aard.

De melding wordt gedaan bij de arts infectieziektebestrijding van de GGD. Daarbij dienen de volgende gegevens gemeld te worden: naam, geboortedatum, verblijfsgegevens en indien mogelijk telefoonnummer van de patiënt. De GGD zal ook vragen om klinische gegevens zoals de datum van de eerste ziektedag, de wijze van diagnosestelling en de vermoedelijke bron.

Voor meer informatie, raadpleeg de [website van het RIVM](#) of neem contact op met de afdeling infectieziekten van de GGD.

In onderstaand kader kunnen de contactgegevens van de afdeling infectieziekten van de GGD worden vermeld, inclusief eventuele samenwerkingsafspraken die op dit gebied met de GGD gemaakt zijn.



5. COPD beleid

Door het jarenlang roken van drugs (zoals heroïne, maar ook cocaïne) en vaak ook tabak hebben bijna alle opiaatafhankelijken te maken met longklachten. Deze klachten kunnen tijdelijk zijn, maar bij velen is er sprake van COPD, een chronische ontsteking van de luchtwegen waarbij de longfunctie versneld achteruit gaat. Het is daarom belangrijk om bij elke somatische screening/elk medisch onderzoek alert te zijn op de mogelijke aanwezigheid van COPD en zo nodig de patiënt door te verwijzen voor onderzoek.

COPD is niet te genezen, maar er kan veel gedaan worden om de progressie van deze ziekte te beperken. Het gaat dan om medicatie in combinatie met (ondersteuning bij) een gezonde(re) leefstijl. Doorgaans voert de huisarts de regie in de behandeling van de COPD, tenzij daar met de patiënt andere afspraken over zijn gemaakt. Verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en artsen in de verslavingszorg kunnen, indien gewenst, een belangrijke ondersteunende rol spelen bij:

- Het aanleren en volhouden van gezonde gewoontes, die de verergering van bestaande COPD klachten kunnen beperken;*
- De therapietrouw, wat erg belangrijk is voor een goede werking van de medicatie;
- Eventuele bijkomende psychosociale problematiek. COPD vergroot de kans op psychische klachten. Bij ernstiger problematiek, zoals comorbiditeit met een angststoornis of depressie, is het raadzaam in overleg met de patiënt de psycholoog of psychiater van de verslavingszorginstelling te betrekken.

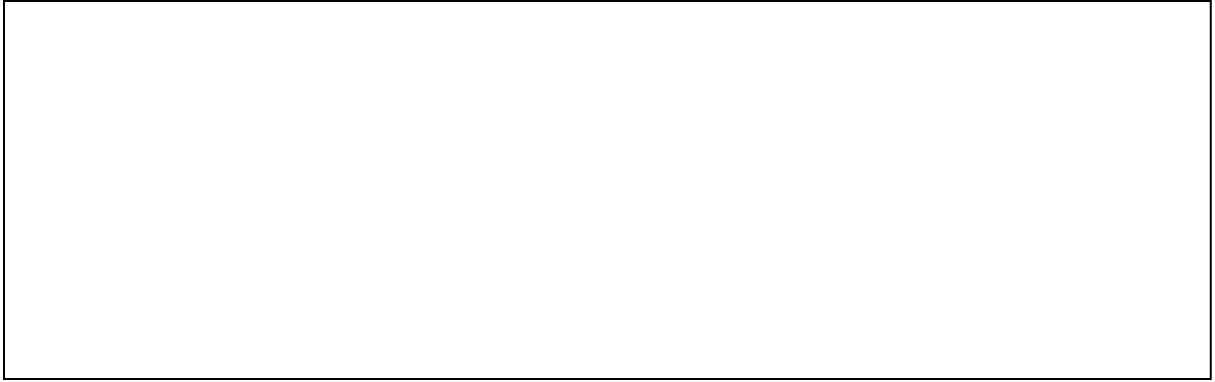
De behoeften en wensen van de patiënt ten aanzien van de ondersteuning op deze punten worden met de patiënt besproken. De afspraken met de huisarts en de patiënt, over wie wat doet in de behandeling van COPD en begeleiding daarbij, worden in het dossier vastgelegd en regelmatig met de patiënt geëvalueerd.

- * Het belangrijkste advies bij deze patiënten is te stoppen met roken¹⁷; een [advies](#) dat geldt voor zowel patiënten met COPD (vertragen van ziekteverloop en verminderen van klachten) als patiënten zonder COPD (ter preventie). Bij voorkeur wordt dit punt bij elk consult met een patiënt die nog niet gestopt is aangestipt, en wordt waar nodig medicamenteuze en/of gedragsmatige ondersteuning bij het stoppen met roken (aan)geboden. Andere te adviseren gezonde gewoontes bij COPD zijn [bewegen](#), [slim omgaan met energie](#), [goed en gezond eten](#), [etc.](#)

Patiënten met COPD hebben een indicatie voor de gratis griepvaccinatie in het kader van het Nationaal Programma Grieppreventie (zie paragraaf 4.5).

In het onderstaande kader kan voor de eigen instelling worden beschreven welke algemene afspraken er gemaakt zijn over de rol- en taakverdeling (met de huisarts) en welke aanvullende documenten (protocollen etc.) er binnen de eigen instelling beschikbaar zijn.

¹⁷ Jacobs, J. E., & van Schayck, C. P. (2011). (Stoppen met) roken en longziekten. In *Het pulmonaal formularium* (pp. 328-343). Bohn Stafleu van Loghum.



6. Registratie

Een voorwaarde om goede zorg te kunnen leveren en een adequate opvolging te bieden is een juiste en eenduidige registratie. Daarbij is het noodzakelijk dat relevante en actuele gegevens gemakkelijk toegankelijk zijn in het EPD. De bruikbaarheid en betrouwbaarheid van de dossiervoering is afhankelijk van de kwaliteit van het registratiesysteem zelf (eenduidigheid) aan de ene kant en van de kwaliteit van de invoer van de gegevens in het systeem (volledigheid) aan de andere kant.

De meeste instellingen werken met een registratiesysteem waarin verschillende mogelijkheden aanwezig zijn om de somatische gegevens en de infectieziektestatus te registreren. Uitgangspunt is dat de inrichting van het EPD ondersteunend is aan het primaire zorgproces.

Afspraken tussen zorgverleners onderling over welke somatische gegevens, waar en op welke manier geregistreerd worden, helpen de kans op onduidelijke of tegenstrijdige informatie te verkleinen. Doel van deze afspraken is een volledige en eenduidige registratie van somatische gegevens in elk dossier. Dit maakt de zorg efficiënter, omdat gegevens snel en gemakkelijk zijn terug te vinden. Een voorbeeld van een mogelijke afspraak is, om een samenvatting van de status op somatisch vlak op te nemen in het behandelplan. Bij aanwezigheid van infectieziekten is het belangrijk dat deze informatie op een goede, makkelijk toegankelijke plek staat, om zodoende deze informatie in het geval van een prikaccident snel beschikbaar te kunnen hebben.

Voor meer voorbeelden en aanbevelingen om de registratie van somatische gegevens en afspraken hierover op een goede manier in te richten, inclusief een format voor de registratie van de infectieziektestatus, raadpleeg het rapport hierover van het Trimbos-instituut¹⁸ (zie ook www.netwerkihr.nl/toolkit).

6.1 Instelling specifieke aspecten

In het onderstaande kader kan voor de eigen instelling aanvullende informatie beschreven worden over gemaakte afspraken, verantwoordelijkheden, procedures, etc.

¹⁸ Gee, A. de (2015). *Registratie van de infectieziektestatus van harddruggebruikers in de verslavingszorg. Onderzoek en verbeterpunten*. Trimbos-instituut, Utrecht. (<https://assets-sites.trimbos.nl/docs/00537064-c72f-4926-b58d-73805f310d2e.pdf>)

7. Scholing medewerkers

De kwaliteit van zorg staat of valt met de kwaliteit en deskundigheid van de medewerkers die de zorg uitvoeren. Het is daarom belangrijk dat medewerkers verantwoordelijkheid nemen om hun deskundigheid bij te houden en hier vanuit de instelling in gefaciliteerd worden.

Instellingen voor verslavingszorg zijn vrijwel allemaal aangesloten bij de GGZ Ecademy. De [GGZ Ecademy](#) ondersteunt de aangesloten instellingen bij de implementatie en organisatie van effectieve scholing van medewerkers. Op het gebied van somatiek en infectieziekten zijn de volgende modules van de GGZ Ecademy beschikbaar:

- [Infectieziekten in de GGZ](#), inclusief een draaiboek voor een [Praktijktraining Infectieziekten in de GGZ](#) waarmee deze training in blended vorm gegeven kan worden.
- [Somatiek en verslaving](#)
- [Omgaan met geneesmiddelen](#)
- [Psychofarmaca](#)
- [Somatische screening en leefstijlinterventies](#)
- [Voorbehouden handelingen: Injecteren](#)
- [Blended leertraject medicatie \(HBO-agoog\)](#)

Elke instelling stelt voor de eigen medewerkers een opleidingsplan op. Daarin wordt vastgelegd welke scholingen verplicht zijn voor elke medewerker. Het gaat dan om eisen die op het gebied van scholing worden gesteld aan nieuwe medewerkers als aan de verplichtingen rondom bijscholing van bestaande medewerkers. Het verdient de aanbeveling om alle medewerkers met direct patiënt (behandel)contact de modules Somatiek en Verslaving en Infectieziekten in de GGZ, of soortgelijke trainingen, te laten volgen.

In het onderstaande kader kan voor de eigen instelling worden opgetekend welke personen welke verantwoordelijkheden dragen met betrekking tot de scholing van medewerkers op de thema's somatiek en infectieziekten.

--