

Pilotstudie van de monitor voor drugsgelateerde gezondheidsincidenten

Interne rapportage aan VWS

Neeltje Vogels en Esther Croes

Samenvatting

Deze rapportage beschrijft de tweede fase in de ontwikkeling van de monitor voor drugsgelateerde gezondheidsincidenten. De tweede fase betreft de voorbereiding en uitvoering van een pilot van zes maanden. Betrokken medische diensten van vier regio's als ook twee niet-regio gebonden aanbieders van medische zorg op evenementen hebben in deze periode aantal en kenmerken van drugsgelateerde gezondheidsincidenten bijgehouden. Het doel van de pilot was om de organisatorische haalbaarheid van een dergelijke registratie te beoordelen, de juistheid van de verzamelde informatie in te schatten en de netwerkfunctie te evalueren. Alle drie aspecten werden positief beoordeeld. Enkele aanpassingen kunnen de levensvatbaarheid van de monitor vergroten, zoals het niet langer includeren van huisartsen, het per regio beoordelen of de politieartsen betrokken moeten worden, en een meer op maat gesneden terugkoppeling naar de deelnemers. De algemene eindconclusie was dat de monitor een duidelijke meerwaarde heeft boven bestaande registratiesystemen. Voortzetting van de monitor, met uitbreiding van het aantal regio's, wordt daarom bepleit.

Achtergrond

Actuele gegevens over gezondheidsbedreigende incidenten die samenhangen met drugsgebruik zijn van belang om preventieve maatregelen te kunnen nemen, zowel in de vorm van directe terugkoppeling naar hulpverleners en gebruikers als ook op beleidsniveau. Daarom heeft VWS aan het Trimbos-instituut gevraagd te verkennen of een monitor van dergelijke drugsgelateerde gezondheidsincidenten haalbaar is. Eisen aan de monitor zijn dat deze een goede indicatie moet geven van trends in gezondheidsincidenten gerelateerd aan drugsgebruik (door middel van een basisregistratie), maar daarnaast ook ernstige (levensbedreigende) incidenten direct kan identificeren om adequate actie mogelijk te maken (via case finding). Een basisvoorwaarde is dat het registratiesysteem actuele informatie bevat. Voor het welslagen is eveneens van belang dat het systeem voor de participerende instanties slechts met een minimale belasting gepaard gaat en een netwerk creëert gericht op informatie-uitwisseling (met actuele informatie over nieuwe drugs, mogelijke vervuiling en gezondheidsverstoringen) tussen de participerende instanties en andere relevante medische partijen die niet aan de basisregistratie bijdragen.

Het ontwikkelen van deze "drugsincidenten monitor" is in drie fasen verdeeld: een verkenning van de bereidheid en mogelijkheden voor participatie van relevante partijen in een aantal pilotregio's (fase 1), de uitvoer van een proefproject (fase 2) en de stapsgewijze implementatie van een landelijke drugsincidenten monitor (fase 3). Dit (beknopte) rapport is de verslaglegging van de tweede fase.

De verslaglegging van de eerste fase is te vinden in het document "Rapportage naar de verkenning van de mogelijkheden voor een pilot van een monitor voor drugsgerelateerde gezondheidsincidenten". Hierin werd geconcludeerd dat in Nederland al registraties met drugsgerelateerde incidenten worden bijgehouden, onder andere door:

- De Stichting Consument en Veiligheid, die alle behandelingen op de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) afdelingen van een selectie ziekenhuizen in Nederland codeert en de cijfers extrapoleert naar nationaal niveau: het Letsel Informatiesysteem (LIS)
- GGD Amsterdam, die het aantal verzoeken om spoedeisende hulp bij de Centrale Post Ambulancevervoer registreert
- Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) van het RIVM, dat het aantal informatieverzoeken van artsen, apothekers en overheidsinstellingen over (potentiële) acute vergiftigingen door lichaamsvreemde stoffen, waaronder drugs, bijhoudt
- De stichting Educare, een van de belangrijkste aanbieders van medische zorg op grootschalige dance-evenementen.

De data die middels bovenstaande registraties worden verzameld hebben echter een aantal beperkingen. Ze verzamelen gegevens vanuit een bepaalde zorgverleningshoek (spoedeisende hulp, ambulance, groot feest), zijn niet gericht op het herkennen van en reageren op acute situaties, niet bedoeld om trends te volgen, of niet te generaliseren naar heel Nederland. Ondanks het bestaan van verschillende registraties ontbreekt het dus aan actuele en systematische gegevens over omvang en aard van drugsgerelateerde gezondheidsincidenten die indicatief zijn voor de landelijke situatie. In deze situatie zou de drugsincidenten monitor verandering moeten brengen.

Tijdens de eerste fase in de ontwikkeling van de drugsincidenten monitor zijn gesprekken gevoerd met verschillende medische instanties om de bereidheid te peilen gegevens over drugsincidenten te verzamelen. In de regio's Amsterdam, Nijmegen, Twente en Groningen onderstreepten vrijwel alle benaderde partijen (spoedeisende eerste hulp van het stadsziekenhuis, ambulancedienst, politieartsen en huisartsen) en de niet-regiogebonden stichting Educare daarvan de aanvullende waarde en zagen mogelijkheid om met hun eigen dienst bij te dragen. In deze inventariserende gesprekken zijn voorwaarden en mogelijke knelpunten besproken, die zijn gebruikt als input voor de tweede fase: het proefproject.

Doel van het proefproject

De pilot is uitgevoerd om een antwoord te krijgen op de volgende drie vragen:

1. Is een monitor voor drugsgerelateerde gezondheidsincidenten organisatorisch "haalbaar"?
 - a. Hoe kan de database het beste aansluiten bij de bestaande -al dan niet elektronische- patiëntendossiers?
 - b. Zijn er lokaal voldoende gegevens beschikbaar, en zo niet, is het mogelijk binnen de participerende diensten om de dataverzameling uit te breiden tot de basisset die de monitor verzamelt?
 - c. Wat zijn de meest informatieve databronnen (voorbeeld: een patiënt die via de huisarts door de ambulance naar de spoedeisende eerste hulp wordt vervoerd zal idealiter via deze drie bronnen worden aangemeld; welke bron(nen) zijn het meest efficiënt?)

- d. Wat is de optimale frequentie voor een update van de gegevens: wekelijks, maandelijks? Deze vraag zoekt een balans tussen enerzijds de meest actuele gegevens en anderzijds een minimale tijdsbelasting.
2. Is de informatie inhoudelijk juist en volledig?
 - a. Interne validering: zijn de patiënten die door de ambulance naar de SEH worden gebracht in beide systemen en met vergelijkbare informatie ingevoerd? (naar verwachting zal gaandeweg de keten telkens nieuwe informatie worden toegevoegd).
 - b. Externe validering: zijn de gegevens uit de monitor in lijn met andere bronnen (LIS-ziekenhuis, NVIC informatieverzoeken)?
 - c. Hoeveel "peilstationsregio's" zijn nodig voor een beeld dat indicatief is voor de Nederlandse situatie, en welke regio's zijn (organisatorisch) in staat in een definitieve monitor te participeren?
3. Is het netwerk functioneel? Hoe wordt de teruggekoppelde informatie gewaardeerd en geeft deze voldoende motivatie om de monitor te blijven vullen? Waar kan er worden verbeterd?

Dit verslag geeft antwoord op bovenstaande vragen. De gegevens die verzameld zijn tijdens het proefproject zijn niet primair bedoeld om informatie te verschaffen over aard en omvang van de incidenten. Omdat het een opstartperiode betreft gaan we ervan uit dat ook organisatorische aspecten (zoals het geleidelijk instromen van de verschillende instanties) van invloed zijn geweest op de verzamelde gegevens. Er volgt wel een kort overzicht van de incidenten ter illustratie.

Opzet proefproject

De pilot bestond uit de volgende onderdelen:

1. Het vaststellen van de te verzamelen data
2. Ontwikkeling van de website
3. Dataverzameling
4. Evaluatie

1. *Het vaststellen van de te verzamelen data*

Bij het opstellen van de lijst variabelen is gezocht naar de optimale mix waarin gegevens met de meeste informatieve waarde worden verzameld met een beperkte werkbelasting voor de deelnemers en inachtneming van de vertrouwelijkheid van patiëntdata. De geselecteerde variabelen (zie bijlage 1) zijn met de deelnemers besproken. In samenspraak met eerstehulpartsen van het OLVG zijn klinisch werkbare definities opgesteld. Met name de definiëring van de mate van intoxicatie (licht, matig, ernstig) lag gecompliceerd, ondermeer omdat de verschijnselen van dempende middelen anders zijn dan van de stimulantia. Uiteindelijk is als uitgangspunt genomen dat de beoordeling plaatsvindt door medisch geschoold personeel en dat vertrouwen op hun klinische blik werkzamer zal zijn dan een gedetailleerde lijst criteria die per middel moeten worden gescoord. De "definities" van de mate van intoxicatie zijn daarom eerder op te vatten als richtlijnen. In het geval van GHB blijven deze richtlijnen controversieel. Volgens de door ons gehanteerde definities valt bewustzijnsverlies onder de ernstige complicaties; anderen menen dat het zogeheten "outgaan" niet in deze zware categorie thuishoort aangezien het bewustzijn na enkele uren spontaan herstelt en "outgaan" niet

vergelijkbaar is met bijvoorbeeld een diepe heroïneroes of de onbeheersbare agressiviteit bij een cocaïne-intoxicatie. Daartegen valt weer in te brengen dat een narcose zonder bewaking van vitale functies als ernstig kan worden opgevat. De huidige definities zijn echter niet voor de eeuwigheid opgesteld en kunnen worden aangepast als er consensus bestaat over een betere omschrijving. We merken echter op terughoudendheid te betrachten in het aanpassen van de criteria, om de vergelijkbaarheid van de data over de jaren heen te waarborgen.

De dataverzameling is gebaseerd op zelfrapportage van de patiënt of diens omgeving, en van de klinische blik van de behandelaar. Toxicologische confirmatie is geen onderdeel van de procedure, en wordt slechts sporadisch door de behandelaar verricht.

In aanvulling op deze "basisset" variabelen worden door het OLVG extra data verzameld. Deze gegevens omvatten onder andere de medische voorgeschiedenis en medicatie, vitale parameters en complicaties en zijn bedoeld voor wetenschappelijke verdieping. Deze informatie wordt *niet* primair voor onze monitoringsdoeleinden gebruikt. De rol van de drugsincidenten monitor in deze is voornamelijk faciliterend. Er zijn afspraken gemaakt met het OLVG dat bij een eventuele beëindiging van de drugsincidenten monitor de database met de OLVG-gegevens door hen kan worden overgenomen, evenals het contract met de website-provider.

2. Ontwikkeling van de website www.drugsincidenten.nl

De website heeft een centrale plaats in de monitor en dient twee hoofddoelen: a. het verzamelen van gegevens over drugsincidenten en b. het verschaffen van informatie, in het algemeen over medische aspecten van drugsgebruik en specifiek over relevante ontwikkelingen in gebruik en complicaties. In het najaar van 2008 zijn bij verschillende bedrijven offertes aangevraagd voor het bouwen van de website. De keus is gevallen op het bedrijf Creative Industries, omdat zij de meest gunstige prijs hadden, op korte termijn beschikbaar waren en omdat er binnen het Trimbos-instituut ruime en positieve ervaring met dit bedrijf bestaat. In het vierde kwartaal van 2008 is de website ontwikkeld, die sinds december 2008 op het internet staat. De afspraken met het bedrijf over de website zijn vastgelegd in het Functioneel Ontwerp en een contract.

[Www.drugsincidenten.nl](http://www.drugsincidenten.nl) is primair bedoeld voor (medische) professionals die te maken hebben met patiënten met een drugsgerelateerd gezondheidsincident. De website kent verschillende niveaus van toegang. Het openbare gedeelte van de site geeft een korte uitleg over de monitor met de mogelijkheid om via het contactformulier verdere inlichtingen in te winnen. Daarnaast zijn er links naar informatie over medische en toxicologische aspecten van drugsgebruik en epidemiologische ontwikkelingen. Op het besloten gedeelte worden de incidenten verzameld en wordt informatie verstrekt middels een uitgebreid drugsABC, nieuwsberichten uit de media, en nieuwsbrieven vanuit de monitor. Het besloten gedeelte is alleen toegankelijk na inloggen. Per deelnemende instantie is er minimaal één contactpersoon met inlogmogelijkheden. Deze kan collega's aandragen die in twee gescheiden mails een inlognaam en wachtwoord krijgen toegestuurd.

Na inloggen kunnen deelnemende instanties op een digitale versie van het invulformulier incidenten melden, hun eigen meldingen inzien en deze aanpassen. Tijdens het invoeren vinden er controles plaats om te waarborgen dat alle verplichte velden worden ingevoerd

en de kans op fouten bij de invoer (bijvoorbeeld typefouten in datumvelden) worden verkleind. Alle data komen in een online database terecht. Alleen de betrokkenen bij het Trimbos-instituut kunnen, op ieder gewenst tijdstip, al deze gegevens inzien en exporteren voor analyse. De deelnemers zelf hebben alleen toegang tot de gegevens van hun eigen instantie.

Beveiliging. Het besloten gedeelte is als volgt beveiligd:

- De applicatie en site zijn defensief geprogrammeerd: er is in de broncode rekening gehouden met mogelijke "inbraakpogingen"
- Gegevens worden beschermd met inlogcodes, die gecrypt in de database worden opgeslagen zodanig dat ook de wachtwoorden niet in de database te lezen zijn
- De data worden gecrypt door een beveiligingscertificaat. Dat is te zien aan de httpS in het webadres. Deze beveiligingslag is strikt genomen overbodig gezien de hierboven genoemde manier van beveiliging. Er is toch gekozen voor een https omgeving omdat dit van oudsher wordt gezien als een belangrijke beveiligingswijze. Wij wilden op deze manier ook bij de minder computerteknisch geschoolde deelnemers eventuele twijfels over de beveiliging bij voorbaat wegnemen
- Na enige minuten niet gebruiken wordt de inlogsessie vanzelf afgesloten.

Technische aspecten. De website kan worden beheerd en onderhouden met het content manager systeem Peanuts. Hierin zitten een contentmanager (om de teksten op bestaande pagina's aan te passen en nieuwe pagina's aan te maken), een documentmanager (om documenten en afbeeldingen op de server te plaatsen waarnaar gelinkt kan worden), een deelnemersmanager (voor het registreren van nieuwe gebruikers) en de incidentenmanager (voor het opslaan, bekijken en exporteren van incidenten). Uitgebreidere wijzigingen, zoals het toevoegen van nieuwe variabelen in de database, moeten door de websitebouwers worden doorgevoerd. De website is gehost bij Creative Industries. Het abonnement ondersteunt problemen via de helpdesk van Creative Industries op werkdagen tussen 9 en 17 uur.

Noot: Eind augustus 2009 is het faillissement van Creative Industries aangevraagd en is een curator aangesteld. Het is nog onduidelijk of de activiteiten zullen worden overgenomen door een andere partij. Daarom stuurt Creative Industries alle belangrijke informatie, zoals de broncodes van de websites, naar het Trimbos-instituut. De website www.drugsincidenten.nl is momenteel zonder problemen bereikbaar. Omdat veel websites van het Trimbos-instituut door Creative Industries worden gehost, worden de besprekingen over deze ontwikkelingen centraal vanuit het Trimbos-instituut gevoerd.

3. Dataverzameling

3.1 Deelnemende instanties

Tijdens de voorbereidende fase hebben 14 instanties zich bereid verklaard deel te nemen aan het proefproject. Bij iedere instantie is één contactpersoon aangewezen met wie de details over de pilot vooraf zijn besproken. Alle deelnemers die gegevens hebben aangeleverd hebben een eenmalige financiële vergoeding gekregen als tegemoetkoming in de kosten voor het aanpassen van hun datasysteem. Het proefproject liep van 1 januari t/m 30 juni 2009. Het aantal door de deelnemende instanties in deze periode gemelde incidenten staat in tabel 1.

Tabel 1 Aantal gemelde incidenten door de deelnemende instanties tijdens de pilotperiode

Regio	Instantie	Periode in 2009	Aantal meldingen
Amsterdam	Ziekenhuis OLVG	Jan - juni	209
	Ambulance (GGD)	Jan-maart	150
	Politieartsen (GGD)	Jan - juni	70
	Huisartsenpost SHDA	Jan - juni	7
	Waarnemend huisartsen WHAM	Jan - juni	0
Nijmegen	Ziekenhuis CWZ	Jan - juni	28
	Ambulance (RAV Gelderland-Zuid)	Jan - juni	35
	Politieartsen (GGD)	Jan - juni	0
Enschede	Ziekenhuis MST	Feb - juni	18
	Ambulance (Ambulance Oost)	Jan - juni	11
Groningen	Ziekenhuis UMCG	April - juni	0
	Ambulance (RAV Groningen)	Jan - juni	7
Niet-regio gebonden	Stichting Educare	Jan - juni	128
	BV Event medical services (EMS)	Jan - juni	210

OLVG: Onze Lieve Vrouwe Gasthuis; CWZ: Catharina Wilhelmina Ziekenhuis; RAV: regionaal ambulance vervoer; GGD: geneeskundige en gezondheidsdienst; MST: Medisch Spectrum Twente; UMCG: Universitair Medisch Centrum Groningen.

De gegevens aangeleverd door Ambulance Amsterdam zijn beperkt tot de periode januari t/m maart. Hier speelt het volgende probleem. De Amsterdamse GGD houdt al jaren het aantal ambulanceritten in het kader van drugsincidenten bij. Het gaat om substantiële aantallen, die handmatig in de dossiers moeten worden opgezocht. Er is momenteel een transitieperiode waarin digitale ritformulieren worden ontwikkeld. De GGD levert nu een uitdraai per kwartaal, met enige vertraging. Er is wel toegezegd om enkele aanpassingen in het huidige elektronische systeem te doen, zodat in de toekomst wel een maandelijks automatisch bestand gegenereerd kan worden.

De reden van de vertraagde instroom van het UMCG ligt in de gelijktijdige ontwikkeling van een alcoholmisbruik-preventieproject door de verslavingszorg VNN, dat evenals deze monitor op de spoedeisende hulp wordt geïmplementeerd. De gegevensverzameling van beide projecten is inmiddels geïntegreerd in één formulier om de werkbelasting voor de verpleegkundigen te minimaliseren. Er zijn afspraken met de verslavingszorg die erop zijn gericht beide projecten elkaar te laten versterken in plaats van te belemmeren.

Om de tijdsbelasting voor de deelnemende instanties te minimaliseren konden zij zelf aangeven welke manier van data aanlevering voor hen het gunstigst zou zijn.

- Drie instanties kozen voor het online invullen van het invulformulier op de website,
- Zes instanties maakten gebruik van het papieren invulformulier,
- Vijf instanties leverden een digitaal (excel) bestand afkomstig uit hun eigen elektronische database aan.

Bij optie 1 zijn alle data door de deelnemende instanties ingevoerd op de website, waardoor deze optie voor het Trimbos-instituut het minst werkbelastend is. De papieren variant (optie 2) is alleen gebruikt door instanties die maar weinig incidenten zien,

daarom is de werkbelasting van het invoeren van deze incidenten op het Trimbos-instituut eveneens minimaal. De verwachting was dat optie 3 voor beide partijen de minste werkbelasting zou opleveren. Voor de instanties zelf was dit ook het geval; voor het Trimbos-instituut kostte deze optie meer tijd dan was ingeschat, omdat de excel bestanden geen kant-en-klaar te importeren data bevatten en dus per incident handmatig ingevoerd dienden te worden in de online database.

3.2 Gemelde incidenten

In de periode 01-01-2009 t/m 30-06-2009 werden in totaal 873 unieke incidenten gemeld door de verschillende deelnemende instanties. Er waren 53 patiënten dubbel gemeld, waarvan het incident met de meest complete beschrijving werd meegenomen in de database. Een voorbeeld van een dubbele melding is een persoon die met de ambulance naar het ziekenhuis is gebracht en door beide instanties wordt gerapporteerd. Tabel 2 geeft een overzicht van de incidenten.

Tabel 2 Overzicht gerapporteerde incidenten (n=873)

Variabele	Aantal	Percentage
<i>Geslacht</i> M : V	622 : 251	71 : 29
<i>Gebruikt middel</i>		
Amfetamine	13	1,5
Cannabis	245	28,1
Cocaïne-base	9	1,0
Cocaïne-HCL	60	6,9
GHB	133	15,2
Ketamine	2	0,2
LSD	2	0,2
Paddo's	9	1,0
Opiaten	29	3,3
XTC	160	18,3
Combinaties	178	20,4
Energizer	12	1,4
Onbekend	21	2,4
<i>Combinatie met alcohol</i> ja	425	49
<i>Mate van intoxicatie</i> licht : matig : ernstig	521 : 223 : 129	60 : 25 : 15
<i>Type incident</i> intoxicatie : trauma	803 : 70	92 : 8
<i>Toerist</i> ja	162	19

Ad alcohol: in werkelijkheid is het percentage alcoholgebruik waarschijnlijk hoger, omdat bij een groot deel van de incidenten onbekend is of er ook alcohol was gebruikt

Ad mate van intoxicatie: het type drug is gerelateerd aan de mate van intoxicatie. Ernstige intoxicaties werden vaker gezien bij het gebruik van GHB (29% van alle GHB incidenten betrof een ernstige intoxicatie), opiaten en cocaïne-base (32%) en combinatiegebruik (25%). Daarentegen kwamen de lichte intoxicaties vaker voor bij XTC

(86% van alle XTC incidenten betrof een lichte intoxicatie) en cannabis gebruik (70%); bij deze drugs werd intoxicatie zelden als ernstig geassocieerd (resp. 5% en 4%).

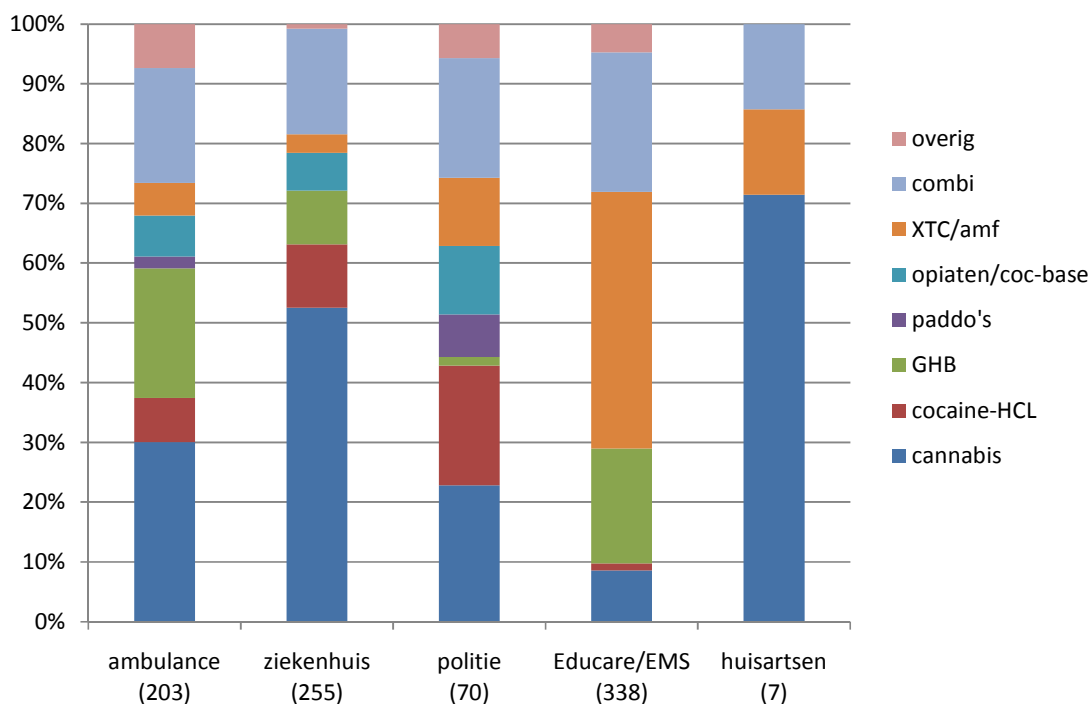
Ad type incident: 92% van de meldingen was een direct het gevolg van het genomen middel (intoxicatie). Drugs kunnen echter ook indirect betrokken zijn bij het incident, bijvoorbeeld als de patiënt onder invloed van een middel een ongeluk heeft gehad (trauma). Met name bij de traumata zal een substantiële onderrapportage optreden, omdat de focus in dit geval ligt bij het trauma en de hulpverlener vaak niet zal nagaan of het gebruik van drugs hierin meespeelt.

Ad toerist: het aandeel van toeristen in de meldingen is regio-gebonden. Van de toeristen kwam 80% uit Amsterdam en slechts 1% uit Nijmegen. Ook de gebruikte middelen zijn bij de toeristen anders dan bij de populatie die in Nederland woont: onwelbevinden door cannabisgebruik was voor 64% van de toeristen reden om medische hulp te zoeken.

3.3 Bespreking dataverzameling

- Verschillen tussen instanties

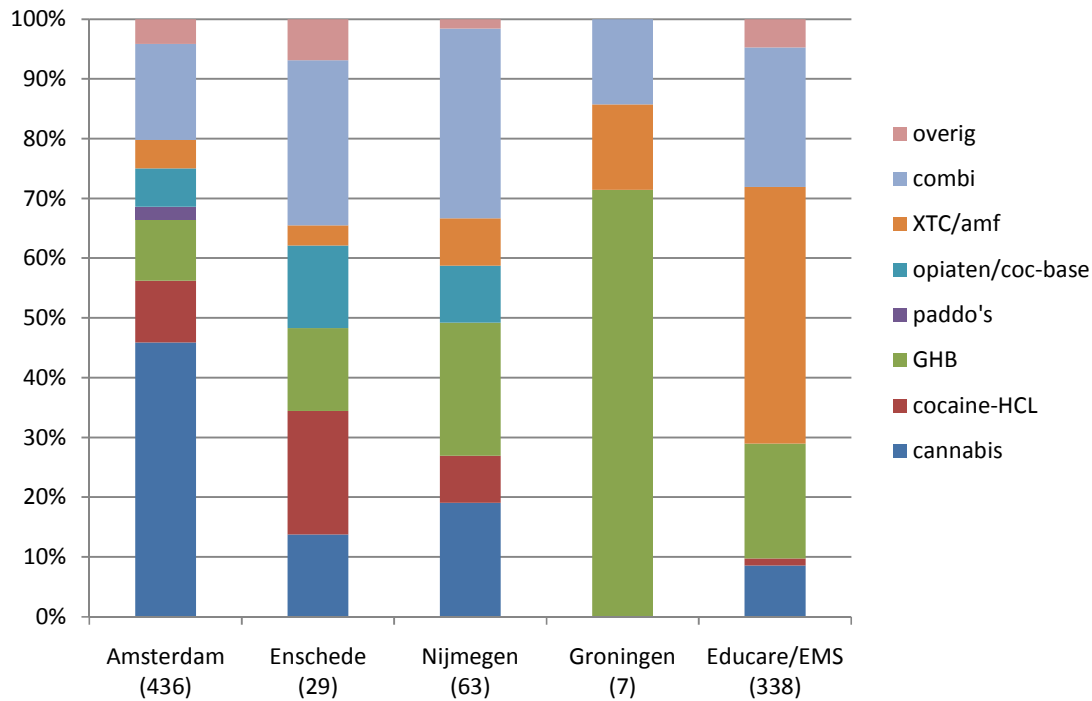
In de onderstaande figuur is het vóórkomen van het soort drugsincidenten uitgezet per type dienst. Uit de figuur blijkt dat de verdeling in de soorten middelen verschilt tussen de diensten (figuur 1). De verschillen zijn statistisch significant. Ook is uit de figuur op te maken dat de incidenten die door de huisartsen worden gemeld minder dan 1 procent van het totaal bedragen.



Figuur 1: Het vóórkomen van het soort middel uitgesplitst naar type dienst. Tussen haakjes staan de absolute aantallen incidenten per dienst weergegeven.

- Verschillen tussen regio's

In figuur 2 is een uitsplitsing gemaakt naar middel en regio. Ook hier zijn statistisch significante verschillen tussen de regio's in soorten middelen. Verder is in de figuur te zien dat met name de regio Groningen erg weinig incidenten ziet, dit is mede toe te schrijven aan de late instroom van het ziekenhuis (UMCG) in deze regio.



Figuur 2: Het vóórkomen van het soort middel uitgesplitst naar regio. Tussen haakjes staan de absolute aantallen incidenten per regio weergegeven.

4. Evaluatie

4.1 Evaluatievragenlijst deelnemende instanties

Om de ervaringen van de deelnemers aan dit proefproject te peilen is in de laatste maand van de pilot een evaluatieformulier rondgestuurd. De vragenlijst ging in op de algemene organisatie, de wijze en frequentie van het insturen van incidenten, de invulcategorieën en tijdsbelasting bij het invullen van het formulier, de indruk over de volledigheid van de eigen meldingen en de informatieverstrekking via website en nieuwsbrieven. Deze vragenlijsten zijn de belangrijkste bronnen waarmee de eerste en derde vraag uit de pilot (naar de organisatorische haalbaarheid van de monitor en functionaliteit van het netwerk) beantwoord worden.

- Elf van de dertien instanties hebben het vragenformulier ingevuld en teruggestuurd; het UMCG had door de late instroom nog weinig ervaring met de monitor opgedaan maar zal wel deelnemen aan een vervolg; de waarnemend huisartsen Amsterdam (WHAM) gaven geen respons.
- Negen instanties zagen het nut van de monitor in en waren bereid mee te doen aan een eventueel vervolg ervan; twee instanties, te weten de huisartsen Amsterdam (SHDA) en politieartsen Nijmegen, besloten af te zien van verdere deelname vanwege de kleine aantallen incidenten in hun praktijk.

- Over het algemeen was men tevreden over het verloop en de organisatie van de pilot.
- Het invulformulier vond men werkzaam en de werkbelasting was gering.
- De website werd als overzichtelijk beoordeeld. Acht van de 11 leest ook daadwerkelijk de informatie op de website. De twee verschenen nieuwsbrieven zijn, qua inhoud en frequentie, positief ontvangen. Drie van de 11 wenst vaker een nieuwsbrief te ontvangen en een enkeling gaf aan dat meer specifieke informatie over de eigen regio, en meer inhoudelijk informatie over drugs en drugsincidenten (bijvoorbeeld in de vorm van cursussen) wenselijk is.
- Acht van de 11 instanties vermoedden dat een aanzienlijk deel tot nagenoeg alle incidenten aan de monitor worden doorgegeven. Drie van de 11 waren van mening dat dit maar een beperkt deel betreft, waarschijnlijk omdat men inschat dat veel drugsincidenten binnen de instantie niet worden opgemerkt omdat artsen er niet uitdrukkelijk naar vragen (bijvoorbeeld in het geval van een trauma).
- De meeste instanties meldden dat ze routinematig voldoende informatie verzamelen om de gevraagde gegevens voor de monitor te kunnen leveren. Een klein deel geeft aan informatie toe te voegen ten behoeve van de monitor (dit door enkele aanpassingen te hebben gedaan in het huidige elektronische systeem) en één instantie geeft aan de gevraagde gegevens niet routinematig te verzamelen, maar hier ook geen verandering in te kunnen brengen (SHDA).

Haalbaarheid. Afgaand op de respons van de deelnemers en de verzamelde incidenten kan de eerste vraag van dit proefproject (Is een monitor voor drugsgerelateerde gezondheidsincidenten organisatorisch "haalbaar"?) positief worden beantwoord. Er zijn enkele kanttekeningen:

- a. Database. Het is nog niet mogelijk om vanuit alle deelnemende instanties op een standaardwijze gegevens in de database in te voeren. Voor alsnog zijn er drie naast elkaar bestaande invoerwijzen: direct invoeren in het webformulier, insturen van een papieren formulier en importeren via Excel uit een eigen databestand. Het direct "inlezen" van bestaande patiëntendossiers blijkt (nog) niet mogelijk. De belangrijkste reden is dat er veel verschillende vormen van elektronische dossiers worden gebruikt, met als tweede handicap dat de voor deze monitor vereiste variabelen zelden uniform gecodeerd zijn. Het invoeren van de incidenten uit een (automatische) uitdraai van de bestaande elektronische database vergt invoerwerk op het Trimbos-instituut, maar is niet onoverkomelijk.
- b. Gegevens. Bij de meeste instanties zijn voldoende gegevens beschikbaar die nodig zijn om de basisset van de monitor te vullen. Bij enkele instanties zijn er ten behoeve van de monitor een of meerdere variabelen toegevoegd aan het bestaande systeem, waardoor voldoende gegevens beschikbaar komen.
- c. Bronnen. Ziekenhuizen, ambulances en de eerstehulporganisaties op feesten leveren de meeste data en zijn daarmee informatieve bronnen. De politieartsen lijken een iets andere populatie te zien (vaker gebruikers van opiaten en cocaïne) en vormen daarmee een goede aanvulling op de "recreatieve" drugsgebruikers die via de hulpverleners op feesten, door de ambulances en in ziekenhuizen worden gezien. De frequentie waarmee politieartsen een drugsgerelateerd incident tegenkomen verschilt echter per regio. Huisartsen worden niet vaak direct geconfronteerd met een drugsgerelateerd gezondheidsincident. Daarnaast is het organisatorisch gecompliceerd om alle (dienstdoende) huisartsen in de regio te laten participeren in deze dataverzameling.

- d. Updates. De actualiteit van de verzamelde gegevens is nog niet van alle deelnemers gelijk. Bij het aanleveren van data via een uitdraai uit het eigen elektronische bestand is een maandelijkse update het hoogst haalbare. Gegevens die direct op het webformulier of het papieren formulier worden ingevuld zijn actueler. Zij worden meestal vlak na het moment van presentatie toegevoegd aan de database van de incidentenmonitor. Er is nog geen uniforme balans gevonden tussen enerzijds de meest actuele gegevens en anderzijds een minimale tijdsbelasting.

Functionaliteit netwerk. De derde vraag van het proefproject betrof de functionaliteit van het netwerk. Hoe wordt de teruggekoppelde informatie gewaardeerd en geeft deze voldoende motivatie om de monitor te blijven vullen? Waar kan er worden verbeterd? Uit de evaluatievragenlijst blijkt dat de teruggekoppelde informatie in de vorm van nieuwsbrieven en drugspecifieke informatie op de website positief wordt beoordeeld. De informatie kan worden verbeterd door meer toe te spitsen op een specifieke regio of instantie. Verder kan door middel van cursussen de kennis over drugs (herkenning en behandeling) van het medisch personeel worden vergroot. Het netwerk is functioneel als er veel uitwisseling plaatsvindt. Via de website is dit lastig, omdat niet iedereen de website leest. Het frequent versturen van nieuwsbrieven met actuele informatie en het organiseren van kleine symposia/ bijeenkomsten waarbij verschillende onderwerpen over drugs besproken en uitgewisseld worden zouden hieraan kunnen bijdragen. Het mini-symposium dat begin juli is gehouden als afsluiting van de pilot werd gewaardeerd en is enthousiast bezocht.

4.2 Vergelijking van de verzamelde informatie binnen de database en met externe bronnen (LIS en NVIC)

Om een globale indruk te krijgen van de juistheid en volledigheid van de verzamelde informatie (de tweede vraag van het proefproject) hebben we de informatie van dubbel gemelde patiënten onderling vergeleken. Deze gegevens stemden goed overeen. Ook uit de vergelijking van de monitorgegevens met data van het LIS-ziekenhuis en informatie-aanvragen bij het NVIC kwam een duidelijk overeenkomstig beeld.

- Dubbele meldingen

Patiënten met gelijke geboortedatum en geslacht die zich op dezelfde dag met een incident hebben gemeld bij verschillende instanties, zijn vermoedelijk één persoon. Bij 53 (unieke) patiënten in de periode januari-juni 2009 bestaat dit vermoeden. In deze gevallen zijn de gemelde middelen en de mate van intoxicatie vergeleken. De informatie kwam inhoudelijk goed overeen. De verwachting dat het ziekenhuis altijd meer informatie levert dan de ambulance omdat het ziekenhuis verder in de keten zit bleek alleen te kloppen voor Amsterdam.

- *LIS-ziekenhuis*

Het Letsel Informatiesysteem (LIS) van de Stichting Consument en Veiligheid codeert alle behandelingen op de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) afdelingen van een selectie representatieve ziekenhuizen in Nederland. Om na te gaan of de gevonden data tijdens de pilot in lijn zijn met de resultaten gevonden bij andere bronnen, is ervoor gekozen om bij de pilot minimaal één LIS ziekenhuis op te nemen: het CWZ ziekenhuis. Dit ziekenhuis rapporteerde in de periode januari tot en met mei 2009 24 opnames op de SEH waarbij drugs betrokken waren. In dezelfde tijdperiode werden er bij de pilot ook 24 incidenten door het CWZ gemeld. Naast het aantal meldingen kwam ook het type

gebruikte drugs goed overeen. Een duidelijk verschil was dat door het LIS geen GHB incidenten werden geïdentificeerd, omdat deze hier onder de categorie "drugs niet gespecificeerd" vallen (deze categorie kwam 7 keer voor). Uit de pilot bleek dat bij 6 incidenten GHB in het spel was.

- *NVIC*

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) van het RIVM registreert het aantal informatieverzoeken van artsen, apothekers en overheidsinstellingen over (potentiële) acute vergiftigingen door lichaamsvreemde stoffen, waaronder drugs. De cijfers geven geen zicht op het absolute aantal acute intoxicaties en ook is er geen eenduidige relatie tussen het aantal informatieverzoeken en het aantal intoxicaties. De gegevens kunnen echter wel een indicatie zijn voor ontwikkelingen in problemen gerelateerd aan drugsgebruik. Daarom kan het zinvol zijn om te kijken of het aantal informatieverzoeken per type drug overeen komt met het aantal specifieke drugsgelateerde gezondheidsincidenten gemeld tijdens de pilot. In de eerste helft van 2009 werd het NVIC 552 keer geconsulteerd vanwege blootstellingen aan drugs (persoonlijke mededeling Teetske van Gorcum / Antoinette van Riel). Veruit de meeste (28%) van de informatieverzoeken betrof GHB. Na GHB volgden cocaïne (21%), cannabis (14%) en XTC (12%). Ook bij de pilot bleken dit de vier drugs waarvoor het vaakst medische hulp werd gezocht.

Discussie en conclusies

De drie belangrijkste conclusies uit de pilot zijn dat een monitor voor drugsgelateerde gezondheidsincidenten organisatorisch haalbaar is, dat de verzamelde informatie inhoudelijk juist en volledig lijkt te zijn en dat de terugkoppeling naar de deelnemende instanties wordt gewaardeerd.

De monitor heeft een duidelijke meerwaarde boven bestaande registratiesystemen. Uit de resultaten van de pilot blijkt dat het monitoren van drugsincidenten in verschillende regio's en bij verschillende instanties een completer beeld oplevert dan bezien vanuit lokaal perspectief of vanuit een enkel type dienst. Als voorbeeld kan de situatie in Amsterdam worden genomen die, onder andere vanwege de hoeveelheid toeristen, niet representatief is voor de rest van het land. Tevens is de monitor erop gericht om op een systematische manier, op een actuele basis, snel informatie beschikbaar te hebben, uitgesplitst naar type middel (of combinatie van middelen) en mate van intoxicatie. De netwerkfunctie van het project draagt eraan bij dat relevante informatie over drugs, drugsincidenten of waarschuwingen snel teruggekoppeld kan worden naar de deelnemende instanties. Bij levensbedreigende situaties op de drugsmarkt (bijvoorbeeld vanwege vervuilingen) kan dit van belang zijn.

De monitor kent een aantal beperkingen, die deels inherent zijn aan de opzet en daarmee onvermijdelijk, deels in de toekomst verbeterd zouden kunnen worden. Een aantal is in de vorige bladzijden al aan de orde geweest, maar worden hier nogmaals gememoreerd.

- Onderrapportage. Het aantal gemelde incidenten is zeker minder dan het werkelijke aantal drugsgelateerde incidenten. De verdenking dat er drugs in het spel zijn ontstaat omdat de patiënt dit zelf meldt of de hulpverlener de symptomen herkent. De zelfrapportage leidt zeker tot onderrapportage, maar kan in deze opzet niet worden ondervangen omdat het niet reëel is alle hulpzoekers

toxicologisch te onderzoeken. Bij de hulpverleners kan de kennis van en alertheid op drugsgebruik worden verbeterd door onderwijs, hetgeen ook vanuit de monitor kan worden georganiseerd. Het niet onderkennen van de betrokkenheid van drugs bij het incident zal vooral spelen bij traumata. Aangenomen dat er geen grote schommelingen zijn in het wel of niet herkennen van de betrokkenheid van drugs, zijn de gegevens wel bruikbaar voor het analyseren van trends.

- Actualiteit gegevens. Er is een zekere vertraging in de meldingen. Voor de meeste deelnemende instanties bedraagt deze vertraging hooguit een maand, in een uitzonderingsgeval langer. Het uiteindelijk streven is om de gegevens binnen een maand beschikbaar te hebben.
- Tijdens het proefproject bleek dat huisartsen minder dan 1% van de meldingen hebben gedaan. Van tevoren hadden de huisartsen al aangegeven dat zij weinig worden geconsulteerd vanwege een drugsgerelateerd incident en dat hun organisatie (veel huisartsen doen maar enkele keren per jaar dienst) zich minder leent voor het participeren aan deze monitor. De lasten voor de huisartsen wegen niet op tegen de baten voor de monitor. Daarom is besloten de huisartsen niet langer als bron mee te nemen.
- De politieartsen werken in een veel minder grote pool. Het informeren van hen is daarmee geen organisatorisch probleem. In sommige regio's zien politieartsen echter (zeer) weinig drugsincidenten. Per regio zal daarom de betrokkenheid moeten worden bekeken. Na de pilotperiode zijn de politieartsen uit Amsterdam als enige groep overgebleven. Bij het vervolg van de monitor zal de afweging in elke nieuwe regio afzonderlijk worden gemaakt.

Conclusies Begeleidingscommissie

Op 19 juni 2009 is de DIMS-begeleidingscommissie bijeen geweest om de resultaten van het proefproject te bespreken. Helaas was de opkomst laag, maar na afloop van de vergadering is er een verslag gestuurd van de besproken punten, waarop de afwezige leden hun commentaar konden leveren. Er is op de vergadering door de wel aanwezige leden positief geadviseerd over continuering van de incidentenmonitor, in ieder geval tot het einde van 2009. De resultaten zijn tot dusver bemoedigend en ook de respons van de deelnemers aan de incidentenmonitor is overwegend positief. De voltallige commissie heeft op 18 september 2009, na kennis te hebben genomen van dit rapport, positief geadviseerd.

Voorstel voor continuering monitor

Uit de resultaten van de pilot blijkt dat een monitor voor drugsgerelateerde incidenten haalbaar is en bovendien meer informatie oplevert dan tot nu toe, middels bestaande bronnen, voorradig was. Uit de pilot blijkt verder dat een aantal geïnccludeerde instanties (huisartsen, hotelartsen, en politieartsen uit bepaalde regio's) (zeer) weinig incidenten zien; hun deelname is daarom niet logisch. De instanties die het meest informatie leveren voor deze monitor zijn, naast Educare en EMS, de ziekenhuizen, ambulancediensten en in Amsterdam de GGD politieartsen. Bij de voortzetting van de monitor zullen we ons in elke nieuwe regio richten op het stadsziekenhuis en de ambulancedienst, en in overleg met de politieartsen treden over de mate waarin zij kunnen bijdragen.

Met het toevoegen van een aantal nieuwe regio's is het de bedoeling een zo compleet mogelijk en indicatief beeld van Nederland te krijgen. De regio's moeten zo gekozen worden dat er een aantal typische uitgaansgebieden vertegenwoordigd zijn, 1 of 2

grensgemeentes, en verder een aantal aanvullende kleinere steden met een typisch uitgaanscircuit. Voorwaarde is dat er een ziekenhuis aanwezig is. De eerste nieuw te includeren regio zal Eindhoven zijn, waarvoor in het najaar van 2009 contact wordt gezocht met ziekenhuis, ambulance en politieartsen. Deze stad kent een uitgebreid uitgaanscircuit dat qua type uitgaanscircuit anders is dan de uitgaanssteden Amsterdam en Nijmegen. De vraag is hoe zich dit vertaalt in aantal en type drugsgelateerde gezondheidsincidenten. Om een goede indicatie van de Nederlandse situatie te krijgen en een organisatorisch werkzame monitor te houden streven we in principe naar een uitbreiding met in totaal 5 regio's, inclusief regio Eindhoven. Verdere uitbreiding staat gepland in 2010, waarbij de gedachten uitgaan naar de regio's Rotterdam, Ede, Almere en Venlo/ Heerlen/ Maastricht.

In verband met de netwerkfunctie zal in de toekomst, zodra er meer incidenten worden gemeld, worden gestreefd naar meer regio-specifieke informatie. Daarnaast is het plan structureler cursussen aan te bieden, in samenwerking met het DIMS team. Ook onderlinge informatiestromen tussen DIMS en deze monitor kunnen bijdragen aan de versterking van beide monitors. Tenslotte zal er in het land meer bekendheid worden gegeven aan de monitor om aan te moedigen dat ook niet deelnemende instanties ernstige (levensbedreigende) incidenten melden in het kader van case-finding.

Bijlage 1

DRUGSGERELATEERD INCIDENT

? z.o.z. voor uitleg

Datum: /..... /.....

Instantie:

1 Geboortedatum patiënt?: /..... /.....

2 Geslacht patiënt: m / v

3 Datum incident: /..... /.....

4 Gebruikt middel: _____ →

5 Combinatie met alcohol: ja / nee / onbekend

6 Mate van intoxicatie?: licht / matig / ernstig

7 Type incident?: intoxicatie / trauma

omschrijving:

.....
.....
.....
.....

Meerdere opties mogelijk!

- 0 amfetamine (speed, pep)
- 0 cannabis (hasj, wiet, marihuana, spacecake)
- 0 cocaine snuiven (coke)
- 0 cocaine roken (basecoke, crack)
- 0 GHB
- 0 heroïne / methadon
- 0 ketamine
- 0 LSD
- 0 paddo's
- 0 XTC (MDMA, ecstasy)
- 0 overige dempende middelen, nl
-
- 0 overige hallucinogenen, nl

8 Setting: _____ →

9 Toerist: ja / nee / onbekend

10 Vervolg traject:

- 0 naar huis
- 0 opname SEH ziekenhuis, welk
- 0 opname ziekenhuis, welk
- 0 overleden
- 0 anders, nl

- 0 café / horeca
- 0 danceparty
- 0 grootschalig evenement (concert, voetbal etc.)
- 0 natuur
- 0 op straat
- 0 thuis
- 0 tijdens verkeersdeelname
- 0 anders, nl
-

Opmerkingen

.....
.....
.....
.....
.....

ad 6 Mate van intoxicatie:

licht: goed aanspreekbaar, gebruik licht merkbaar
matig: onvoldoende aanspreekbaar, wel duidelijk onder invloed
ernstig: niet aanspreekbaar, eventueel in combinatie met: (sub)comateus,
wild/door 't lint/agressief, gestoorde vitale parameters (hartslag,
bloeddruk, ademhalingsfrequentie, T, saturatie)

ad 7 Kies hoofdprobleem. Uitleg kunt u desgewenst kwijt in "omschrijving".

ad 11 Bijvoorbeeld omstandigheden tijdens incident (hitte, agressief..), informatie over dosering, labuitslag, ...

Ingevulde registratie formulieren graag per post of fax verzenden naar:

Trimbos-instituut
Antwoordnummer 2705
3500 VJ Utrecht
t.a.v. Neeltje Vogels, Drug Monitor

Fax: 030 2971111
t.a.v. Neeltje Vogels, Drug Monitor

