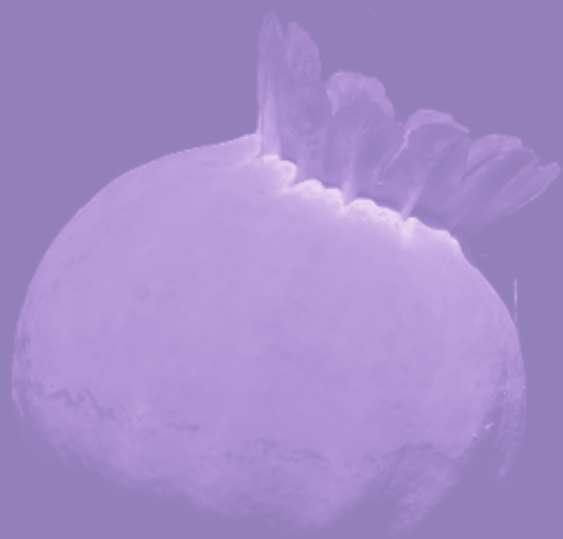




**MAINLINE**  
MAINLINE

# DE JUISTE INSTELLING

Wat gebruikers moeten weten over  
**opiaatafhankelijkheid**



# 1. HOEZO DE JUISTE INSTELLING ?

*Deze folder is bedoeld voor iedereen die wordt behandeld voor opiaatgebruik of overweegt daarmee te beginnen. De folder is ook belangrijk voor mensen die met een opiaat worden behandeld zoals methadon, buprenorfine, Suboxone of medicinale heroïne.*

In de folder vind je de **belangrijkste informatie** over alle mogelijke behandelingen van opiaatafhankelijkheid en de toegang hiertoe. Zo kun je goed geïnformeerd de begeleiding en behandeling vinden die het beste bij jou past. Daarvoor is het belangrijk om een duidelijk beeld te vormen van je eigen situatie en wensen.

De **inzichten** over chronisch druggebruik veranderen. Vroeger werd afhankelijkheid vooral gezien als een maatschappelijk overlastgevend probleem. Gemeenten pakten de overlast aan door het opzetten van bijvoorbeeld methadonprogramma's. Tegenwoordig wordt afhankelijkheid meer gezien als een 'ziekte'. Gebruikers kunnen daardoor voor hulp terecht in de gezondheidszorg, meestal bij een instelling voor verslavingszorg. Om deze zorg goed te regelen, zijn nieuwe richtlijnen opgesteld. Deze maken het mogelijk om serieuzer te werken aan de gevolgen van drugsafhankelijkheid, zowel voor gebruikers als voor zorgverleners.

De folder geeft een **overzicht van de behandelingen** die hierbij kunnen helpen, gebaseerd op de meest actuele onderzoeken. Kort en bondig samengevatte kennis is aangevuld met relevante contactgegevens en informatie over je rechten. Ook voor behandelaars kan de informatie nuttig zijn.

**Tot slot:** de inhoud is niet gebaseerd op wettelijke voorschriften, maar geeft **aanbevelingen** die zoveel mogelijk voortvloeien uit wetenschappelijke inzichten. Er mag dus van worden afgeweken, maar alleen in goed overleg met de behandelaar. Als gebruiker heb je altijd recht op overleg. Samen met de folder kun je daar mogelijk je voordeel mee doen.

## Belangrijk!

- \* Een onderhoudsbehandeling met methadon, buprenorfine of medicinale heroïne werkt het best voor **langdurige gebruikers**. Behandeling bestaat altijd uit medicatie én psychosociale begeleiding. Medicijnen alleen zijn nooit genoeg.
- \* Opiatafhankelijkheid wordt tegenwoordig als een **chronische, medische aandoening** gezien. Daarmee wordt afhankelijkheid serieuzer genomen.
- \* Samen met de behandelaar bepaal je wat voor jou het beste **stappenplan** is om controle en herstel te bereiken. Verbetering van de kwaliteit van jouw leven staat daarbij voorop.
- \* Afhankelijk van hoe **jouw situatie** eruit ziet en wat je wensen zijn, wordt bepaald hoe je het beste structureel geholpen kunt worden.
- \* Als je **gestopt** bent, daarna terugvalt en opnieuw gebruikt, kan dezelfde dosis zeer riskant zijn. Wees voorzichtig en gebruik een lagere dosis dan je gewend was. Dat geldt vooral als je daarnaast alcohol of benzo's bijgebruikt.
- \* Een **terugval** betekent niet dat de behandeling is mislukt. Een terugval is onderdeel van het behandelproces.

## 2. OPIAATAFHANKELIJKHEID

*Afhankelijkheid wordt vandaag de dag gezien als een chronische psychische aandoening. Dat betekent dat je er gevoelig voor blijft, ook nadat je (langdurig) gestopt bent. Het betekent ook dat gebruikers niet meer automatisch 'de schuld' krijgen van problemen die te maken hebben met afhankelijkheid. Denk bijvoorbeeld aan zelfverwaarlozing of controleverlies. Het betekent echter niet dat je nergens meer verantwoordelijk voor bent.*

**Chronisch druggebruik** kent meestal verschillende perioden van behandeling afgewisseld met terugval in ongewenste patronen. Hetzelfde geldt ook voor mensen met suikerziekte: zij kunnen weliswaar een goed leven leiden, maar niet zomaar zoetigheden eten. Velen blijven de rest van hun leven insuline gebruiken. Zij leren hiermee om te gaan en het een plek te geven. Iets vergelijkbaars is nu mogelijk bij opiaatafhankelijkheid.

Zowel mensen met afhankelijkheid als mensen met suikerziekte hebben veel en langdurige zorg nodig. Een **succesvolle behandeling** is gericht op verbetering van alle aspecten van het leven. Naast de focus op gebruik, moet er altijd gewerkt worden aan het vergroten van zelfstandigheid en herstel van lichamelijke en geestelijke gezondheid. Daarbij heb je recht op de best mogelijke zorg.

### Lichaam en geest

Chronisch druggebruik is verweven met het dagelijkse leven en kan een groot deel van je **leefstijl** bepalen. Soms is het moeilijk jezelf hiervan los te maken. Het is belangrijk om je daarvan bewust te zijn. Elke dag op pad om te scoren is hectisch en geeft veel stress. Daardoor voelen sommige gebruikers zich medeloos of depressief. Ook kunnen andere zaken een negatieve spiraal veroorzaken, zoals schulden bij verschillende instanties of problemen met politie en justitie. Door verwaarlozing kan iemand er minder verzorgd uitzien, terwijl lichamelijke aandoeningen zoals longproblemen dagelijkse klachten kunnen opleveren. Daarnaast kunnen allerlei psychische problemen spelen die afhan-

kelijkheid beïnvloeden, zoals ADHD, depressie of psychose. Tenslotte hebben gebruikers vaak weinig sociale contacten buiten de scene, waardoor ze zich eenzaam voelen. Bij drugafhankelijkheid spelen twee aspecten een belangrijke rol: lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid. **Geestelijke afhankelijkheid** herken je als je probeert te minderen of te stoppen maar het niet lukt. Of als je meer of vaker gebruikt dan je eigenlijk van plan bent. Andere activiteiten naar de achtergrond schuiven, omdat je vooral bezig bent met scoren en gebruiken, is ook een veelvoorkomend gevolg van geestelijke afhankelijkheid. De oncontroleerbare en overweldigende zucht naar het middel (*craving*) is hier meestal de oorzaak van. **Lichamelijke afhankelijkheid** houdt in dat je voortdurend de behoefte voelt om te gebruiken omdat je anders onthoudingsverschijnselen krijgt (dopeziek zijn). Het directe gevolg van afhankelijkheid is dat het gevoel van controle over je eigen leven deels verdwijnt: dit heet **verlies van autonomie**. Alles staat dan in het teken van gebruik, je reageert impulsiever en staat minder stil bij de gevolgen van je acties.

## Ander gedrag

Dat je je lekker voelt na gebruik, komt doordat de middelen op het 'belonings-systeem' van de **hersenen** werken. Als je regelmatig gebruikt, raken je hersenen aan het middel gewend en heb je vaak méér nodig voor hetzelfde effect. Op een gegeven moment neem je het middel niet meer om het lekkere gevoel, maar omdat je gewoon wilt gebruiken of omdat je anders ziek wordt. De hersenen zijn als het ware 'gekaapt' door het middel. Controle over de mate van gebruik verdwijnt.

Als de controle vermindert, verandert het gedrag. Niet iedereen weet dat. Misschien merk je dit zelf niet meteen en ook voor behandelaren is het soms moeilijk te herkennen. Bovendien weten niet alle behandelaren wat voor effecten de verschillende middelen hebben. Dat geldt ook voor de eventuele wisselwerking tussen de middelen die iemand gebruikt.

Door dit veranderde gedrag, kun je het **vertrouwen** in de omgeving verliezen. Hierdoor kan het moeilijker worden om je bloot te geven. Sommige mensen vertroebelen de waarheid, verzinnen verhalen of leggen de schuld van hun eigen acties bij anderen. Sommige gebruikers zijn juist heel relaxed, gevoelig of minder geremd. Deze wisselende gemoedstoestanden komen veel voor bij afhankelijkheid. Voor behandelaars kan het daardoor lijken of je niet gemotiveerd bent of niet wilt meewerken. Dat maakt hulpverlening er niet altijd makkelijker op. Gedragsverandering is moeilijk en in sommige gevallen zelfs onmogelijk. Het doel van een behandeling is niet om de persoon te veranderen, maar om voor meer **stabiliteit** te zorgen. Bijvoorbeeld door meer regelmaat en structuur in het leven te brengen. Ook een sociaal netwerk buiten de scene en goede begeleiding door een betrouwbare behandelaar spelen een grote rol. Verder dragen een dak boven je hoofd, voldoende eetlust en een veilige gebruiksplek bij aan stabiliteit.

*Andrea (48): “In de scene is het leven egocentrisch. Je kent veel mensen, maar het gaat vooral om het scoren van drugs voor jezelf. Op een zorgboerderij leer je dat je nodig bent, om de boer maar ook je collega’s te helpen. Vroeger voelde ik me een parasiet, nu is dat veel minder.”*

Voor een goede behandeling is het belangrijk dat de behandelaar jouw situatie neutraal bekijkt, zonder jou te veroordelen. Ook al schaam je je voor je gebruik of gedrag, het is de taak van de behandelaar geduld op te brengen en gebruikers als ervaringsdeskundigen serieus te nemen. Dat geldt natuurlijk ook andersom.

De behandeling van opiaatafhankelijkheid wordt gezien als een medische handeling. De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) is hierop van toepassing. Dat betekent dat je recht hebt op goede informatie, op een second opinion en dat je kunt meepraten over de behandeling.

### 3. ALS JE BEGINT MET DE BEHANDELING

*Uitgangspunt van elke behandeling voor opiaatafhankelijkheid is geleidelijk herstel en niet alleen maar afkicken. De eerste taak van de behandelaar is om je te helpen de kwaliteit van leven te verbeteren en om je lichamelijke en psychische klachten te verlichten. Het gaat dus om een stapsgewijs herstel van je dagelijkse leven. Het uiteindelijke doel van behandeling is om onafhankelijk te worden en meer controle over het leven te krijgen. Dit kan een traag en langdurig proces zijn.*

*Diana (33). Begon op haar veertiende met heroïne en cocaïne. Inmiddels is ze gestopt met benzo's en heeft ze haar methadon afgebouwd tot vijf milligram.*

*“Ik had het er heel zwaar mee. Elke stap afbouwen viel me vies tegen. Maar laatst zat ik op een bankje een ijsje te eten, toen ik me ineens realiseerde dat ik het écht lekker vond. Ook de zon op mijn huid voelde heerlijk. Dat had ik al jaren niet gevoeld. Ik barstte in tranen uit.”*

#### Medicijnen én begeleiding

Voor elke behandeling geldt dat deze beter aanslaat als de verstrekking van medicatie wordt gecombineerd met **psychosociale begeleiding**. Dat betekent dat je én medicijnen neemt én een begeleidingstraject ingaat.

Dat drugsafhankelijkheid chronisch is, betekent ook dat de behandeling lang kan duren. In de tussenliggende tijd kan er van alles veranderen, bijvoorbeeld op het gebied van gebruik, wonen en gezondheid. Dat betekent dat een behandelplan regelmatig bijgesteld en aangepast moet worden. Niet alleen als het minder gaat, maar juist óók als het goed gaat. Zowel jij als je behandelaar dragen hier een verantwoordelijkheid in. Een behandelaar merkt niet altijd hoe het met je gaat. Als je bijvoorbeeld meer last hebt van afkickverschijnselen dan gebruikelijk, kun je je behandelaar vragen om dit te meten.



Daar is een instrument voor: de **Subjectieve Onthoudingsschaal** (SOS). Aan de hand daarvan kan je behandelplan bijgesteld worden. Maar ook als het beter gaat kun je voorstellen om je plan bij te stellen. Het is uiteindelijk de behandelaar die hierover beslist, maar je hebt hier absoluut een stem in.

Hoe de behandeling eruit ziet, hangt af van veel verschillende factoren. Hoe je je voelt, hoe hevig de afkickverschijnselen zijn, hoe groot de trek om te gebruiken is en hoe het met je algehele gezondheid is gesteld. Deze worden door middel van diagnostiek vastgesteld. Aan de hand hiervan wordt vastgesteld welke behandeling het beste bij jou past.

## 4. JE GEZONDHEID

*Als je voor het eerst aan een behandeling begint, krijg je te maken met diagnostiek. Dit is bedoeld om erachter te komen wat je gezondheidssituatie is, zodat een behandelplan gemaakt kan worden dat specifiek op jou is toegesneden.*

**Diagnostiek** betekent dat uitgebreid wordt onderzocht hoe het met je gaat. Er wordt gekeken naar je lichamelijke en geestelijke gezondheid, maar bijvoorbeeld ook of je vaste woonruimte hebt, of je voor kinderen moet zorgen en hoe lang je middelen gebruikt. Het behandelplan ziet er namelijk anders uit als je een gezin hebt en thuis woont, dan wanneer je alleen op straat leeft en een longontsteking hebt. Dit kan een lang proces zijn en wordt daarom vaak in stappen gedaan. Het doel is om de ernst van de afhankelijkheid in beeld te krijgen, en de mogelijkheden tot herstel.

Meestal vinden deze gesprekken plaats bij een instelling voor verslavingszorg. Als je in behandeling bent of eerder bent geweest, dan heb je de intake waarschijnlijk al gehad. In dat geval gaat dit verhaal wellicht niet op of gaat het alleen over de laatste weken. Het is hoe dan ook nuttig om te weten dat er tijdens de behandeling minimaal elk half jaar een gesprek wordt gepland. Het doel hiervan is om te kijken hoe het met je (behandeling) gaat. Je kunt er ook altijd zelf om vragen. Meestal volgen daarop drie gesprekken: een kennismakingsgesprek, een intakegesprek en ten slotte een adviesgesprek over de behandeling. De meeste instellingen gebruiken bij de intake een **vragenlijst**.

Als uit het tweede gesprek blijkt dat je ernstige lichamelijke of psychische klachten hebt, krijg je meteen een gesprek met een psychiater of verslavingsarts. Als het nodig is, krijg je meteen medicijnen.

## Wat ter sprake komt

**Gespreksonderwerpen** kunnen zijn: de middelen die je gebruikt, hoe afhankelijk je bent en wat de gevolgen hiervan voor jouw leven zijn. Ook worden allerlei persoonlijke vragen gesteld, bijvoorbeeld over je voedingspatroon, seksleven, eventuele aandoeningen in je familie en je sociale functioneren.

Op basis van bovenstaande gegevens kijkt een arts (of verpleegkundig specialist) waar extra aandacht aan besteed moet worden tijdens een **lichamelijk onderzoek**. Daarbij wordt extra gelet op aandoeningen die vaker voorkomen bij mensen met een opiaatafhankelijkheid.

Veel gebruikers hebben ernstige lichamelijke gezondheidsklachten. Om goed geholpen te worden, is het belangrijk dat in een zo vroeg mogelijk stadium op zoek wordt gegaan naar eventuele lichamelijke aandoeningen. Voorbeelden hiervan zijn hepatitis C en B, tuberculose, seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) en longklachten. Tijdens de geneeskundige intake wordt ook uitgebreid aandacht besteed aan psychische aandoeningen zoals ADHD, depressie, posttraumatische stressstoornis en schizofrenie. Deze kunnen invloed hebben op de mate en het effect van het gebruik en de behandeling.

*Jimmy (42) heeft ADHD en gebruikt heroïne. Sinds een paar maanden heeft zijn behandelaar een vrijwilligersbaantje geregeld bij een boerderij in de buurt. Zijn uitkering mag hij behouden. “Laat mij maar lekker werken. Ik word er kalm van om vijf uur ’s ochtends op te staan en de koeien te melken. Ik hoef dan even niets anders.”*

**Uit onderzoek blijkt dat tabak roken het moeilijker maakt om te stoppen, stabiliseren of minderen met het gebruik van heroïne. Daarom is het belangrijk om tijdens de behandeling het rookgedrag te stabiliseren.**

Al deze onderzoeken zijn belangrijk om de ernst van de afhankelijkheid te bepalen. Naar aanleiding van deze onderzoeken wordt een voorstel voor behandeling gedaan. Maar voordat deze van start gaat, bespreek je zorgvuldig je motivatie en welke doelen je zelf voor ogen hebt.

Aan de hand van dat gesprek stel je samen met de behandelaar de doelen en de planning voor de behandeling vast: deze worden vastgelegd in het **individueel behandelplan**. Daarbij wordt ook goed nagedacht over wat je kunt doen bij een terugval.

Volgens de richtlijnen moet de diagnostiek binnen zes weken zijn afgerond. Je hebt het recht om bij een juiste indicatie binnen een week na het intakegesprek de eerste dosis methadon, buprenorfine of een ander medicijn te krijgen. Als het nodig is, wordt meteen medicatie verstrekt. De hoogte van de dosering mag alleen worden bepaald nadat je dit persoonlijk hebt besproken met de verpleegkundige én arts.

## 5. SAMEN BESLISSEN, WIE DOET WAT

*Met de behandelaar overleg je over de behandeling die voor jou in jouw situatie het meest geschikt is en die de meeste kans van slagen heeft. Samen kunnen jullie nagaan wat de voor- en nadelen zijn van de opties die de behandelaar voorstelt. Je kunt ook anderen vragen om mee te denken, zoals bijvoorbeeld een familielid, partner, vriend(in), buddy, belangenvereniging of gebruikersorganisatie.*

Het kan voorkomen dat de plannen van je behandelaar niet overeenkomen met je eigen ideeën. Misschien wil je maar eens per week methadon ophalen, terwijl de behandelaar je juist dagelijks wil zien. Je kunt het **onderhandelen** zien als elkaar leren kennen. De meeste gebruikers hebben veel ervaring met de drugshulpverlening en lang niet al deze ervaringen zijn positief. Als gebruiker ben je expert op het gebied van middelengebruik; het is belangrijk voor de behandeling dat je zowel eerdere positieve als negatieve ervaringen kunt inbrengen.

In de verhouding gebruiker - behandelaar is vaak sprake van een **machtsverschil**. De behandelaar mag deze niet misbruiken. Door een vertrouwensband op te bouwen is de kans op een succesvolle behandeling groter. Zowel behandelaar als gebruiker hebben de verantwoordelijkheid hieraan te werken. De behandeling werkt beter als één iemand verantwoordelijk is voor de begeleiding, ongeacht of diegene de begeleiding zelf biedt of andere hulpverleners coördineert. Deze persoon is het aanspreekpunt. Zoek iemand die je vertrouwt en met wie je goede afspraken kunt maken. **Wederzijds vertrouwen** en een vaste behandelaar zijn heel belangrijk voor het slagen van een behandeling. Lukt het niet met die ene behandelaar, dan heb je het recht om een andere behandelaar aan te vragen. **De aanhouder wint.**

Het is de taak van de behandelaar om geduld op te brengen en rekening te houden met jouw verhaal en leven. Wil een behandeling effect hebben, dan is het belangrijk dat de begeleiding op *jouw tempo* wordt aangepast. Je hebt alle recht om goed en duidelijk over de behandeling te worden ingelicht, wat de bedoeling is en wat je kunt verwachten. Ook moet duidelijk afgesproken worden wanneer (en hoe) je dit traject kunt bijstellen. Soms wordt van een behandelcontract afgeweken, maar dan moeten beide partijen daarvoor willen en durven gaan.

**Gebruik je een tijd geen heroïne (of andere opiaten), dan is het lichaam veel gevoeliger voor de effecten ervan. Dat kan al na een relatief korte periode van niet gebruiken. Dit merk je aan de bloeddruk, hartslag en ademhaling. Als je terugvalt en weer gebruikt, neem dan een lagere dosis dan voorheen.**

**De dosis, waar je eerder aan gewend was, kan anders tot levensbedreigende situaties leiden.**

## 6. DOEL VAN BEHANDELING

De belangrijkste behandeldoelen zijn:

1. **Onderhoud:** stoppen met gebruik van straatheroïne, door een onderhoudsbehandeling met methadon, buprenorfine of heroïne op medisch voorschrift
2. **Stabiliseren van het gebruik:** minderen met gebruiken, eventueel via een onderhoudsbehandeling met een lage dosis methadon of buprenorfine, en/of in combinatie met sputomruil
3. **Abstinentie:** helemaal stoppen met het gebruik van zowel voorgeschreven als illegale opiaten

Bij het gebruik van medicijnen heb je recht op **goede voorlichting** en **begeleiding**: maak met de behandelaar concrete afspraken hoe vaak en wanneer een gesprek hierover nodig is. De keuze voor medicijnen en de geschikte dosering hangen af van je persoonlijke situatie: hoe lang je al gebruikt, hoeveel je gebruikt en welke middelen je bijgebruikt. Voor doseringen en andere informatie over de meest voorgeschreven medicijnen: **zie bijlage 1**

*Dennis (40) "Ik heb bij veel hulpverleners het gevoel dat ze mij niet echt begrijpen. Dat ik op basis van symptomen in een bepaalde categorie val en dus standaardantwoorden krijg. Met mijn nieuwe begeleider is dat niet zo. Hij begrijpt dat ieder mens anders is en zijn eigen manier heeft om met dingen om te gaan. We zoeken samen naar oplossingen voor problemen en hij motiveert me om meer aandacht te besteden aan dingen waar ik van geniet, zoals schaken en muziek. Hij biedt mij een onbevooroordeeld luisterend oor en geeft veel inzichten door opmerkingen die to the point zijn."*

Bespreek je **wensen** over de medicijnen, doseringen en begeleiding met je behandelaar. Het is belangrijk dat jij je hierin serieus genomen voelt. Geef het aan als het niet goed gaat, of als je **weinig vertrouwen** in je behandelaar hebt.

Wat met de nieuwe richtlijnen wezenlijk verandert, is dat behandelingen die niet werken niet langer worden doorgezet. Behandelaren hebben nu meer dan ooit de plicht om goed te kijken hoe het met je gaat en of de behandeling nut heeft. Heb je zelf het idee dat je al lange tijd geen vooruitgang meer boekt of al jaren ongewenst op dezelfde dosering methadon zit, dan kun je hier samen naar kijken.

## Onderhoudsbehandeling

Een behandeling met een opiaatvervanger kan **meer rust** in het leven brengen. Dat kan helpen om de regie over je leven weer in eigen handen te krijgen. Daarnaast moet het middel voorkomen dat je dopeziek wordt. Tot slot is het de bedoeling dat de hectiek van het constant moeten scoren vermindert. Voor de meeste gebruikers begint stoppen of minderen van het gebruik met een onderhoudsbehandeling. De kans op succes is dan het grootst.

Het idee van een **opiaatonderhoudsbehandeling** is dat je dagelijks methadon of buprenorfine inneemt, zodat je niet (of veel minder) hoeft bij te gebruiken. Niet iedereen kan dagelijks zijn medicijnen op locatie innemen. Om hieraan tegemoet te komen, worden – na een kennismakingsperiode - deze medicijnen soms voor langere perioden meegegeven. Ook hier geldt: afspraken worden op individueel niveau gemaakt en in het behandelplan vastgelegd.

## Stabiliseren

**Stabilisatie** betekent dat je minder illegale opiaten gebruikt door deze gedeeltelijk met een onderhoudsdosering van methadon, buprenorfine of medicinale heroïne te vervangen. Doel hiervan is om het lichamelijke, geestelijke en sociale functioneren te verbeteren, zodat je je beter voelt, beter functioneert, minder bijwerkingen hebt en de kwaliteit van je leven aanzienlijk toeneemt.



## Abstinentie

**Stabiele abstinentie**, oftewel helemaal stoppen met gebruik, is voor veel gebruikers moeilijk haalbaar. Dat betekent niet dat het onmogelijk is. Integendeel. De kans op succes is via een onderhoudsbehandeling het grootst. Via onderhoud kom je tot stabiliteit, waardoor je vervolgens weer makkelijker clean wordt en blijft.

Als je helemaal met gebruik wilt **stoppen**, begin je met een periode waarin ontgiftiging (detox) centraal staat. De **doelen** van detox zijn:

- \* Het voorkomen/gecontroleerd toelaten van onthoudingsverschijnselen
- \* Het verminderen van craving (zucht naar het middel)
- \* Stoppen met het gebruik van illegale opiaten

Naast methadon en buprenorfine worden soms ook clonidine of benzodiazepines gebruikt om **ontwenningsverschijnselen** te bestrijden. Soms kan in overleg besloten worden om versneld af te kicken met behulp van naltrexon. ‘Cold turkey’ stoppen - zonder medicijnen - wordt meestal sterk afgeraden. Onthoudingsverschijnselen kunnen erg heftig zijn, zowel geestelijk als lichamelijk. Vanwege eventuele risico's en nare klachten zoals zweten, trillen, zere benen of verwardheid zal de behandelaar deze benadering waarschijnlijk niet aanraden.

## Detoxen

**Ontgiftiging** gebeurt altijd onder begeleiding en met ondersteuning van medicijnen. Omdat de onthoudingsverschijnselen erg heftig kunnen zijn, wordt heroïne meestal (tijdelijk) vervangen door langwerkende opiaten zoals methadon of buprenorfine. Als je veel gebruikt, zijn hoge doseringen methadon of buprenorfine effectiever. Het risico op een overdosis is echter ook groter. Als je minder gebruikt is buprenorfine waarschijnlijk geschikter. Daarbij reageert iedereen anders: samen met de behandelaar kies je voor het middel en de dosering die het beste bij jouw situatie passen.

## 7. OPIAATVERVANGERS

Hieronder komen puntsgewijs de **meest gangbare middelen** bij een opiaat-onderhoudsbehandeling aan de orde. Deze worden gebruikt om onthoudingsverschijnselen te voorkomen of te verzachten en de trek naar (illegale) opiaten te verminderen. Als de dosis niet optimaal is, moet je dat altijd aangeven. Jij bent de enige die goed kunt bepalen of de dosis voor jou werkt. Als je last hebt van afkickverschijnselen heb je waarschijnlijk een hogere dosis nodig, terwijl een lagere dosis handig kan zijn als je slaperig of misselijk wordt of hoofdpijn krijgt. Vraag je begeleider naar de SOS schaal, zodat je kunt meten hoe het hiermee staat.

### Methadon

**Methadon** is in Nederland de meest voorgeschreven opiaatvervanger. Een nadeel kan zijn dat het voor veel gebruikers moeilijk is om de dosis methadon af te bouwen, laat staan helemaal te stoppen. Als je heroïne bijgebruikt, wordt het risico op overdosering groter. Bespreek eventuele risico's met je behandelaar. Methadon wordt in verschillende vormen voorgeschreven; sommige instellingen verstrekken alleen vloeibare methadon, anderen voornamelijk in tabletvorm. De werkzame stof is in beide gevallen dezelfde.

Als je van methadon erg suf wordt of als je helemaal wilt afkicken, kan buprenorfine een goed alternatief zijn. Afkicken van buprenorfine is waarschijnlijk minder zwaar dan afkicken van methadon. Er zijn echter ook mensen die liever methadon dan buprenorfine gebruiken.

**Marco (40):** *“Met methadon had ik dagelijks het gevoel niet echt wakker te worden. Ik voelde me emotioneel afgestompt. Dat is heel anders met buprenorfine. Ik blijf helemaal helder. Het geeft mij een goed gevoel dat ik geen berg gif meer naar binnen giet.”*

## Buprenorfine

**Buprenorfine** komt in Nederland vrijwel alleen voor als Suboxone: dat is buprenorfine in combinatie met naloxon. Vanwege de naloxon krijg je meteen last van ontwenningverschijnselen als je het middel shot. Suboxone wordt gebruikt als je van heroïne of methadon wilt afkicken, maar wordt ook gebruikt als onderhoudsbehandeling in plaats van methadon. Het risico op overdosering is bij buprenorfine een stuk lager dan bij methadon. Bij een juiste dosering merken de meeste gebruikers geen effect meer als ze heroïne bijgebruiken. Dat kan een voordeel, maar ook een nadeel zijn.

Een ander nadeel van buprenorfine is dat je niet meteen kunt beginnen. Dit kan pas minstens 12 uur nadat je voor het laatst heroïne hebt gebruikt, of 24 uur nadat je voor het laatst methadon hebt gebruikt. Buprenorfine blokkeert de werking van heroïne en methadon. Begin je te snel na het laatste gebruik van heroïne of methadon, dan kan het onthoudingsverschijnselen veroorzaken. Soms worden deze bijwerkingen kortdurend bestreden door benzo's zoals Lorazepam.

**Chris (43):** *“In het begin had ik twijfels over buprenorfine. De eerste dagen werd ik met een vreemd gevoel wakker, had het ijskoud, alsof ik onderkoeld was. Ook had ik het idee dat ik afwezig was. Maar daar moest ik gewoon doorheen, na een week waren de bijwerkingen weg.”*

**Let op!** De combinatie van alcohol en benzo's met buprenorfine/Suboxone brengt (net als bij methadon) grote (fatale) risico's met zich mee. Je arts zal daarom nooit buprenorfine voorschrijven als je ook regelmatig alcohol of benzo's gebruikt.

## Medicinale heroïne

Slechts een kleine groep mensen komt in aanmerking om behandeld te worden met **heroïne op medisch voorschrift**. Daar gelden strenge voorwaarden voor. Deze staan achterin de folder vermeld in **Bijlage 1**.

## Urineonderzoek

**Urineonderzoek** is alleen bedoeld ter ondersteuning van de behandeling en mag nooit als strafmaatregel worden gebruikt. Urineonderzoek is momenteel de enige methode om objectief vast te stellen welke middelen worden gebruikt en in hoeverre je opiaatafhankelijk bent. Het onderzoek mag alleen worden uitgevoerd als in het behandelplan staat waarom je urine wordt onderzocht, wanneer en op welke middelen wordt gecheckt en wat er met de uitslag wordt gedaan. Als uit gesprekken met de behandelaar duidelijke informatie over je gebruik naar voren komt, is urineonderzoek niet altijd nodig.

Urineonderzoek is voor niemand leuk: niet voor jou maar net zo min voor je behandelaar. Om fraude te voorkomen, gebeurt het **onder toezicht**. Er bestaan wel richtlijnen om de procedure zo min mogelijk onaangenaam te maken. De instelling zorgt voor een schoon en hygiënisch toilet, waar vanachter een spiegel wordt meegekeken.

Stoppen of minderen met gebruik is vaak moeilijk. Zo is het ook moeilijk om toe te geven als het niet helemaal lukt. Zowel jij als de behandelaar kunnen om een urineonderzoek vragen. Zo kan het juist bijdragen aan een fijne verstandhouding met je behandelaar. Het werkt vaak motiverend om te zien dat eventueel bijgebruik is verminderd of helemaal gestopt. Is de behandelaar bang voor bijgebruik vanwege een vergroot risico op overdosering, dan kan hij om een urineonderzoek vragen.

## 8. PSYCHOSOCIALE STEUN

Behandeling is meer dan alleen medicijnen slikken. Minstens zo belangrijk is **psychosociale ondersteuning**. Er zijn verschillende manieren om psychosociale ondersteuning te vinden: de behandelaar kan je op de hoogte brengen van de mogelijkheden. Het doel is om het gebruik te beïnvloeden, bijvoorbeeld door je te motiveren om je leefstijl aan te passen en stabiliteit in het dagelijkse leven te krijgen.

De behandelaar kan je wegwijs maken in de verschillende instellingen waarmee je te maken krijgt. Als dat niet gebeurt, kun je hier zelf om vragen. De behandelaar kan je ook naar zelfhulpgroepen en verwante organisaties doorverwijzen en uitleggen hoe deze werken en hoe daarmee in contact te komen.

In veel instellingen wordt gewerkt met de **Community Reinforcement Approach** (CRA). Deze methode werkt met verschillende modules, zoals communiceren met anderen of leren omgaan met negatieve gedachten. In **bijlage 2** worden deze modules beschreven. Heb je het idee dat een of meer van deze modules bij jouw behandeling passen, vraag er dan naar. De behandelaar kan je hier verder mee helpen. Deze moeten wel bij je behandelplan aansluiten. Start je met een methadonbehandeling en heb je nog geen vast dak boven je hoofd, dan is een sollicitatiecursus bijvoorbeeld niet de meest logische stap. Wel kan je leren omgaan met je trek, en nadenken over waarom je gebruikt.

### Nazorg

Je hebt altijd recht op **nazorg**. Is de behandeling afgesloten, dan kun je altijd opnieuw contact opnemen met de behandelaar. Die kan doorverwijzen naar vormen van maatschappelijke zorg, huisartsenzorg of psychiatrische zorg. Als je om wat voor reden dan ook uit de hulpverlening wordt gezet, moet de instelling altijd aanbieden om verder te gaan met behandeling, eventueel in een andere setting.

## 9. PRAKTISCHE INFORMATIE

*Het kan zijn dat jouw gegevens bij anderen, bijvoorbeeld je huisarts of een andere hulpverlener, worden opgevraagd. Dat mag alleen als je hier nadrukkelijk en schriftelijk toestemming voor hebt gegeven! Bij afwijken van de hier beschreven richtlijnen moeten zowel jij als je behandelaar altijd goed aan elkaar uitleggen en motiveren waarom dat nodig is. Datzelfde geldt als van jouw individuele behandelplan wordt afgeweken.*

### Waar word je behandeld ?

Vind een behandelplek die **veilig** en **effectief** is en zo min mogelijk beperkingen heeft. Je hebt invloed op de keuze voor de plaats van behandeling door deze te bespreken met je behandelaar. Zaken die hierbij een rol spelen zijn:

1. In hoeverre heb je baat bij de behandeling ?
2. Ben je in staat om geen middelen te gebruiken ?
3. Kun je je aan de huisregels houden ?
4. In hoeverre heb je behoefte aan structuur en ondersteuning ?

Er is verschil tussen de verstrekking van methadon bij de verslavingsinstelling en het ophalen van bijvoorbeeld methadon bij een apotheek in de buurt. Je kunt je behandelaar vragen om rekening te houden met praktische bezwaren, bijvoorbeeld als je ver weg woont of overdag werkt. Medicijnen krijg je meestal pas mee naar huis als je voldoende stabiel bent.

### Op welke informatie heb je recht ?

Elke instelling moet duidelijke **huisregels** hebben. Hierin moeten de contactgegevens van de vertrouwenspersoon en cliëntenraad van de instelling vermeld staan. Ook belangrijk is dat de instelling duidelijk is over hoe en wanneer

hulpverleners (telefonisch) te bereiken zijn en welke rol de patiëntvertrouwenpersoon (PVP-er) heeft.

Er moet ook een **sanctiereglement** aanwezig zijn. Daarin staat bij welke overtredingen welke sancties worden toegepast, welke stappen worden gezet door het personeel en welke rechten de cliënt heeft. Telefoonnummers en emailadressen van de PVP-er staan hierbij vermeld. Huisregels en sanctieprotocol moeten duidelijk zichtbaar worden opgehangen.

Er hoort ook een **klachtenreglement** te zijn. Iedere medewerker van de instelling kan je hierover informeren. Houd er wel rekening mee dat de procedure vaak lang en moeizaam is.

In onderstaande tabel kun je alle belangrijke gegevens invullen voor jouw behandelaren

Naam	Telefoon	Bereikbaar
Patiënt vertrouwens persoon		
Cliëntenraad		
Contact persoon		

## Bijlage 1 METHADON

Het **voorschrijven** van methadon moet zeer zorgvuldig worden gedaan vanwege de kans op overdosisverschijnselen (ademhalingsproblemen). Bij de start wordt dan ook aangeraden om zo'n drie uur te wachten in de instelling, zodat je ademhaling in de gaten gehouden kan worden. Sommige gebruikers kiezen er voor om hun dagelijkse dosering in twee of drie keer tot zich te nemen. Over het algemeen wordt aangeraden om je dagelijkse dosis in één keer in te nemen. De beslissing hierover ligt bij de verslavingsarts.



FASE	DOEL	DOSERING
1	Tegengaan van onthoudingsverschijnselen	Bij (vermoeden van) weinig gebruik: starten met 20 mg Bij (vermoeden van) veel gebruik: starten met 40 mg
2	Verminderen van zucht of craving naar heroïne	Elke vijf dagen de dosering bijstellen
3	Vaststellen van een dosis waarbij de gebruiker zich lichamelijk en geestelijk prettig voelt	Voor de meeste gebruikers is de adequate dosering tussen 60 en 120 mg per dag Maximaal 20 mg per vijf dagen ophogen
4	Verminderen van het bijgebruik van andere middelen (naast heroïne)	Ophogen (of afbouwen) met maximaal 40 mg per vijf dagen

# BUPRENORFINE

FASE	DOEL	DOSERING EN OVERWEGINGEN
1	Tegengaan van onthoudingsverschijnselen	Begin dosis dag 1: 2 - 4 mg Aanvullende dosis naar behoefte: 2 - 4 mg Totaal tot 8 mg op de eerste dag Dag 2: <b>ophogen van de dosis in stappen</b> Van 2 - 8 mg tot maximaal 24 mg Dag 3 en verder: maximaal 32 mg
2	Verminderen van zucht of craving naar heroïne	<b>Vanaf 8 - 16 mg blijven onthoudingsverschijnselen langer weg</b>
3	Vaststellen van een dosis waarbij de gebruiker zich lichamelijk en geestelijk prettig voelt	<b>8 mg: minder bijgebruik</b> <b>16 - 32 mg: optimaal effect</b> (vergelijkbaar met 60 - 100 mg methadon)
4	Verminderen van het bijgebruik van andere middelen, naast heroïne	<b>8 mg: minder bijgebruik.</b> <b>16 - 32 mg: optimaal effect</b> (vergelijkbaar met 60 - 100 mg methadon)

**Buprenorfine** heeft vergelijkbare effecten als andere opiaten, zoals pijnstilling, euforie (de roes) en kleine pupillen. In tegenstelling tot methadon wordt buprenorfine na een korte periode zonder medicatie, totdat onthoudingsverschijnselen optreden, snel opgebouwd tot de optimale dosering. Bij een hogere dosering treedt een plafondeffect op: dan wordt de werking van het middel niet sterker (de werkingsduur wordt wel wat langer). Als je begint met buprenorfine, mag je geen andere opiaten gebruiken (dus ook geen methadon), omdat je anders ontwenningverschijnselen krijgt. Als je eenmaal buprenorfine gebruikt, hebben andere opiaten geen effect meer.

## MEDICINALE HEROÏNE

Een behandeling met **medicinale heroïne** gebeurt in principe altijd in combinatie met methadon. Dit is een bijzondere behandeling. Iemand komt hier alleen voor in aanmerking als is gebleken dat hij/zij:

- \* **In het afgelopen half jaar regelmatig aan een methadononderhoudsbehandeling heeft deelgenomen**
- \* **Tenminste een maand ononderbroken methadon heeft gehad (minimaal 50 mg methadon als je chineest en minimaal 60 mg als je shot)**
- \* **Eerdere behandelingen niet succesvol zijn gebleken**
- \* **Al minstens vijf jaar heroïneafhankelijk is**
- \* **Bijna dagelijks heroïne shot of chineest**
- \* **Lichamelijk, geestelijk en sociaal slecht functioneert**

Daarnaast moet je minstens 35 jaar zijn, de Nederlandse nationaliteit hebben of legaal in Nederland zijn, drie jaar geregistreerd zijn in de gemeente en bereid zijn om actief mee te werken aan de behandeling. Dat betekent: drie maal per week de behandellocatie bezoeken en schriftelijk toestemming verlenen. Als je uit een gemeente zonder heroïneverstrekking komt, kom je hier dus helaas niet voor in aanmerking. Momenteel zijn er in zestien gemeenten heroïneverstrekkingen. Als je eenmaal heroïne voorgeschreven krijgt, is het mogelijk om gedurende de behandeling over te gaan van injecteerbare heroïne naar rookbare heroïne (maar niet andersom).

## Bijlage 2 CRA

*In de CRA ligt de nadruk op het herwinnen van plezier in het leven zonder middelengebruik. Bijvoorbeeld: Hoe leg en onderhoud je sociale contacten; Verbetering van het zelfbeeld; Hulp bij het vinden van werk, opleiding, vrijetijdsbesteding; Urineonderzoek om terugval te voorkomen en therapietrouw te verbeteren. Het inschakelen van familie, vrienden en kennissen speelt bij al deze onderdelen een belangrijke rol.*

Een ander onderdeel van CRA is meestal ook een (van tevoren afgesproken) beloning, zoals tegoedbonnen, prijzen of voorrechten. De volgende onderdelen zouden bij jouw situatie kunnen passen.

- 1 **Functionele analyse.** Hier wordt je geleerd om aanleidingen, gedachten, gevoelens en omstandigheden te herkennen die ervoor zorgen dat je wilt gebruiken.
- 2 **Zelfcontrole.** Het doel hiervan is om nieuw gedrag te vinden dat de plaats van drugs- en alcoholgebruik kan innemen. De steun en actieve deelname van een partner, vrienden of familie is erg belangrijk.
- 3 **Contingency-management.** Op grond van objectieve gegevens, zoals de uitslag van een urineonderzoek, worden beloningen toegekend.
- 4 **De betrokkenheid** van een belangrijk iemand (zoals partner, ouder, vriend of werkgever) kan ondersteunen bij het innemen van je medicatie en om bepaald gedrag te veranderen. Het is cruciaal om een tijdstip te vinden waarop jullie beide altijd samen zijn. Ook kan deze persoon helpen met de behandeling, vervoer en huiswerk.
- 5 **Huisbezoeken** kunnen worden gedaan om zicht te krijgen op positieve activiteiten, en om steun te geven in de omgang met partner, kinderen en andere familieleden.
- 6 **Arbeidsreïntegratie** wordt gebruikt om in beeld te krijgen wat de mogelijkheden zijn voor werk of een zinvolle dagbesteding.
- 7 **De sociale club** biedt de praktische kans om nieuwe sociale vaardigheden te ontwikkelen en uit te oefenen in een drugs- of alcoholvrije omgeving.
- 8 **Sociale en vrijetijdsbesteding.** Hier wordt aandacht besteed aan het vergroten van plezierige activiteiten, dus om een goede daginvulling te maken, als alternatief voor middelengebruik.

- 9 **Ontspanningstechnieken** worden ingezet om negatieve gedachten of de drang om te gebruiken te vervangen door andere gedachten en ontspanning.
- 10 **Middelen weigeren.** Wie het moeilijk vindt om nee te zeggen, kan worden getraind in het weigeren van middelen, zodat je sneller en effectiever kan reageren als alcohol of drugs worden aangeboden.
- 11 **Problemen oplossen.** Gaat om het snel leren herkennen van een moeilijke situatie, zodat die effectiever kan worden opgelost.
- 12 **Motiverende gesprekken.** Met motiverende technieken wordt gekeken in welke fase van verandering je zit, om daarop aan te sluiten met de gespreksvoering.
- 13 **Korte periode van abstinentie.** Er wordt afgesproken om een (korte) periode niet te gebruiken. Die periode moet wel haalbaar zijn, maar tegelijkertijd ook niet te makkelijk, zodat het een uitdaging wordt.
- 14 **Communicatietraining.** Deze training kan gebruikt worden om de communicatie met familieleden te verbeteren, zodat je sneller conflicten op kan lossen en voorkomt dat negatieve gevoelens zich opstapelen.
- 15 **Partner-, familie- en gezinstherapie.** Communicatietraining, maar dan gericht op het verbeteren van de relatie en draagt bij aan het idee dat middelengebruik moeilijk samen gaat met de relatie.
- 16 **Cognitieve gedragstherapie** is erop gericht om negatieve gedachten te herkennen en te leren hoe je hiermee om kunt gaan.
- 17 **Verminderen van infectieziekten** wordt gebruikt om het gedrag te verminderen waarvan de kans groot is dat je tuberculose, hepatitis B of C oploopt.

Gebaseerd op Roozen (2006) De Community Reinforcement Approach (CRA). Operante leerprincipes, sociale-systeembenadering en gedragsfarmacologie. Verslaving, 2 (2006)

# COLOFON

## Auteur

Joost J. Breeksema (Mainline)

## Redactie

Chris Loth (NISPA)

Geurt van de Glind (Trimbos-instituut)

Elske Wits (IVO)

## Feedback

Theo van Dam

Maarten Loonen (MDHG)

Dhr. Dahlberg (MDHG)

Leon Knoops (Mainline)

Guido van Diepen (Mainline)

Wim van den Brink (AIAR)

## Vormgeving

Leon Knoops

## Organisatie

Mainline

Nispa

Trimbos-instituut

## Financiering / opdrachtgever

NVvP en CCBH

## Downloaden

[mainline.nl](http://mainline.nl)

[ggzrichtlijnen.nl](http://ggzrichtlijnen.nl)

[nisp.nl](http://nisp.nl)

[ivo.nl](http://ivo.nl)

[ggznederland.nl](http://ggznederland.nl)



