

RIOB

Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling

Herziene versie

Resultaten Scoren, 2012

dr. Chris Loth, ir. Elske Wits, prof. dr. Cor de Jong & prof. dr. Dike van de Mheen

RIOB

Richtlijn Opiatonderhoudsbehandeling

Herziene versie

Resultaten Scoren, 2012

In opdracht van het Ministerie van VWS

dr. Chris Loth (NISPA)

ir. Elske Wits (IVO)

prof. dr. Cor de Jong (NISPA)

prof. dr. Dike van de Mheen (IVO)

Naar dit rapport kan als volgt worden verwezen:

Loth, C., Wits, E., Jong, C. de, & Mheen, D. van de (2012)

Richtlijn Opiatonderhoudsbehandeling (RIOB). Herziene versie. Amersfoort: Resultaten Scoren.

© 2012 Nijmegen Institute Scientist Practitioners in Addiction (NISPA) en IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving.

Copyright: NISPA, Nijmegen en IVO, Rotterdam

Alle rechten voorbehouden, niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt worden, in enige vorm op of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, of enige andere wijze, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voorwoord

In 2006 werd de huidige RIOB landelijk geïntroduceerd met daarbij een plan van aanpak voor een brede implementatie in het land. Belangrijk onderdeel van het implementatietraject dat tot in 2010 heeft plaats gevonden was de uitwisseling van kennis en ervaring in de ‘RIOB leergroep’, waarin vertegenwoordigers (verpleegkundigen, artsen en managers) van de deelnemende instellingen deelnamen. De opkomst bij deze bijeenkomsten was hoog en het belang van de RIOB werd breed gedeeld. In deze leergroep werd duidelijk dat sinds het verschijnen van de RIOB zich ontwikkelingen hebben voorgedaan die in een nieuwe versie van de RIOB zouden moeten worden verwerkt. De onderzoeksinstituten NISPA en IVO hebben daarom de richtlijn aangepast aan de huidige inzichten, mogelijk gemaakt door het Ministerie van VWS en Resultaten Scoren.

Tegelijk met de herziening van de RIOB is de Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving ontwikkeld (Van den Brink, van de Glind & Schippers, 2012). De teksten van beide richtlijnen zijn op elkaar afgestemd en waar nodig is een verwijzing in de tekst opgenomen. De MDR Opiaatverslaving geeft een overzicht van het wetenschappelijke bewijs voor de behandeling van opiaatverslaving. De RIOB geeft aan hoe de vertaalslag kan worden gemaakt naar de dagelijkse behandelpraktijk. Daarvoor is het patiëntenperspectief geïnventariseerd en naast het perspectief van de professional en de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek beschreven in de richtlijn.

De richtlijn is veelomvattend opgezet. De richtlijn beschrijft het gehele hulpverleningsproces van diagnostiek tot uitvoer van diverse interventies. De behandeling van opiaatverslaving bestaat naast een medicatietraject uit een begeleidingstraject op maat. In de richtlijn is beschreven hoe beide trajecten kunnen worden ingevuld. Er is uitgebreid aandacht voor de werkwijze, de setting en teamsamenstelling. Regelgeving en andere instellingsoverstijgende zaken passeren ook de revue. De auteurs hebben zich bij de herziening van de RIOB mede gebaseerd op resultaten van brede consultatierondes, georganiseerd bij een zeer groot deel van de Nederlandse verslavingsinstellingen. Ook is het commentaar verwerkt van de Vereniging voor Verslavingsgeneeskundigen Nederland (VVGn) en de vakcommissie GGz Verpleegkunde van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). We menen wederom dat daarmee een interessant en belangwekkend document is ontstaan dat breed toepasbaar is in het werkveld.

Namens Resultaten Scoren,

R. Rutten, Voorzitter van de Raad van Bestuur Tactus verslavingszorg

Dankwoord

Aan deze herziene versie van de Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling werkten velen mee. Onze grote dank gaat uit naar allen die een bijdrage hebben geleverd.

Aan het patiëntenperspectief hebben de volgende personen bijgedragen:

- Ineke Baas (namens Mainline)
- Joost Brantas
- Theo van Dam
- Marko de Haan
- Gert de Haan (namens het Zwarte Gat)
- Sanne van Galen (namens Mainline)
- Gaby Oberle
- Jos Oude Bos
- Sabeth Sandmann
- Victor dos Santos
- Jeannot Schmidt
- Fred Verster
- Lammert van der Woude

Aan het geneeskundige en verpleegkundige perspectief hebben de volgende personen bijgedragen:

- Jolanda Beekhuis, post HBO GGz verpleegkundige Tactus verslavingszorg
- Monique Bongaerts, verslavingsarts Mondriaan
- Melissa Diaz, arts Soa Aids Nederland
- Jeanet van Essen, nurse practitioner Tactus verslavingszorg en lid van het landelijke Netwerk Verpleegkundig Specialisten in de Verslavingszorg
- Femke Fletter, specialistisch verpleegkundige infectieziektebestrijding Tactus verslavingszorg en lid van het landelijke netwerk infectieziektebestrijding.
- Babs Garcia, physician assistant Centrum Maliebaan
- Rob ter Haar, verslavingsarts Tactus verslavingszorg
- Norbert van Hemel, hoogleraar hartritmestoornissen aan de Universiteit Utrecht en voormalig cardioloog St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein.
- Gera Helling, verslavingsarts Centrum Maliebaan
- Rob Jamin, arts voor verslavingsziekten, op persoonlijke titel
- Kathelijne van der Horst, nurse practitioner Tactus verslavingszorg en voorzitter van het landelijke Netwerk Verpleegkundig Specialisten in de Verslavingszorg
- Mirjam Voskamp, verslavingsarts Brijder verslavingszorg en bestuurslid van de Vereniging voor VerslavingsGeneeskunde Nederland (VVGn)

Daarnaast hebben de volgende vertegenwoordigers van verslavingszorginstellingen deelgenomen aan de bijeenkomst van de Leergroep RIOB in oktober 2011 of hebben op andere wijze bijgedragen aan de herziening van de RIOB:

- Brijder verslavingszorg: Mirjam Voskamp
 - Centrum Maliebaan: Marian Veldhuis en Gera Helling
 - Emergis verslavingszorg: Gonda Coppoolse en Renate Schubert
 - GGD Amsterdam: Erik van Polen en Karien de Ridder
 - IrisZorg: Marloe Willemsen
 - Mondriaan: Annet Villerius en Monique Bongaerts
 - Novadic-Kentron Netwerk voor Verslavingszorg: Corine Govers
 - TACTUS verslavingszorg: Kathelijne v.d. Horst
 - Vincent van Gogh voor geestelijke gezondheidszorg : Jannie Knol
 - Verslavingszorg Noord Nederland: Attie Vermeulen en Klaas Timmer
 - Rob Jamin, op persoonlijke titel, voorheen werkzaam bij Bouman GGZ
-
- GGZ Nederland: Tineke Stikker
 - Ministerie van VWS: Jan Annard

Inhoud

1. Verantwoorde opiaatonderhoudsbehandeling	9
1.1 Inleiding en leeswijzer	9
1.2 Aard en omvang van opiaatverslaving in Nederland	10
1.3 De behandeling van opiaatverslaving	11
1.4 Implementatie en evaluatie van de behandeling volgens de RIOB	12
Literatuur	14
2. De patiënt in de opiaatonderhoudsbehandeling	15
2.1 Inleiding	15
2.2 Het perspectief van de patiënt	15
2.3 Bejegening	18
2.4 De behandelrelatie	19
2.5 Herstel van leven	21
2.6 Patiëntprofielen	22
2.7 Allochtone, illegale patiënten en vluchtelingen met een verslavingsprobleem	22
2.8 Vrouwen, fertiliteit en kinderen	23
2.9 Verstandelijke beperkingen; LVB problematiek	24
2.10 Palliatieve zorg	25
Literatuur	26
Bijlagen bij hoofdstuk 2	30
Bijlage 1: Samenvatting ‘Samen Beslissen’	31
Bijlage 2: Patiëntprofielen in de opiaatonderhoudsbehandeling	36
3. Veel voorkomende somatische en psychische aandoeningen bij een chronische opiaatverslaving	37
3.1 Inleiding	37
3.2 Longziekten	37
3.3 Hart- en vaatziekten	38
3.4 Infectieziekten	40
3.5 Maligniteiten	42
3.6 Psychiatrische comorbiditeit	42
3.7 Metabool syndroom	43
3.8 Ondervoeding	45
Literatuur	46
Bijlagen bij hoofdstuk 3	48
Bijlage 1: MMSE/MOCA	48

4. Multidisciplinaire diagnostiek: somatiek, psychiatrie en psychosociaal functioneren	58
4.1 Inleiding	58
4.2 Diagnostiek	58
4.3 Procedure	59
4.4 Verpleegkundig onderzoek	60
4.5 Geneeskundig onderzoek	61
4.6 Indicatiestelling en de multidisciplinaire patiëntenbespreking	66
Literatuur	68
Bijlagen bij hoofdstuk 4	69
Bijlage 1a: Verpleegkundig onderzoek	70
Bijlage 2: OCDS en OCDUS	78
Bijlage 3: OOS, SOS en VAS craving schalen	80
5. Organisatie van de opiaatonderhoudsbehandeling	84
5.1 Inleiding	84
5.2 De inrichting en organisatie van de opiaatonderhoudsbehandeling	85
5.3 De psychosociale begeleiding in de opiaatonderhoudsbehandeling	87
5.4 Het multidisciplinaire team in de opiaatonderhoudsbehandeling	89
5.5 Deskundigheidsbevordering	93
5.6 ROM	94
Literatuur	98
Bijlagen bij hoofdstuk 5	100
Bijlage 1: Voorbeeld van bouwtekeningen voor een adequate poliklinische voorziening in de ambulante verslavingszorg	101
Bijlage 2: Bouwkundige uitwerking	104
Bijlage 3: Inhoudelijke verdieping diverse begeleidingsstrategieën	108
Bijlage 4: Toelichting bij keuze ROM instrumenten voor de opiaatonderhoudsbehandeling	112
6. Opiaatonderhoudsmedicatie	117
6.1 Inleiding	117
6.2 Doelen van de behandeling en keuze van de medicatie	117
6.3 Methadon	118
6.4 Buprenorfine	122
6.5 Heroïne (diacetylmorfine)	125
6.6 Overstappen op een ander opiaat	130
6.7 Heroïne, methadon en buprenorfine en de invloed op het rijgedrag	131
6.8 Urineonderzoek	133
6.9 Het verstrekken van de medicatie	136
6.10 Monitoring van de effecten tijdens behandeling	141
6.11 Behandeling en medicatiebeleid bij co-morbide psychische problematiek	142
6.12 Behandeling en medicatie bij co-morbide middelenproblematiek naast opiaatverslaving	146

6.13	Geneeskundige behandeling bij speciale doelgroepen	148
6.14	Bijzondere regelingen	151
	Literatuur	153
	Bijlagen bij hoofdstuk 6	158
	Bijlage 1: Interacties methadon/buprenorfine	159
	Bijlage 2: Doseringenschema's bij gemiste dosering heroïne	162
	Bijlage 3: Medicijnen vallend onder de Opiumwet	164
	Bijlage 4: Organisatie uitgifte medicatie elders	178
	Bijlage 5: Vakantieverstrekking	181
	Bijlage 6: Tussentijdse onderbreking	187
	Bijlage 7: Alcoholbeleid	189
	Bijlage 8: Arrestanten	195

1. Verantwoorde opiaatonderhoudsbehandeling

1.1 Inleiding en leeswijzer

De Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB) is in 2005 vanuit het onderzoeksinstituut NISPA door Tactus verslavingszorg en Novadic-Kentron ontwikkeld (Loth, Oliemeulen, & de Jong, 2006). In de daaropvolgende jaren is de RIOB in zoveel mogelijk instellingen geïntroduceerd en geïmplementeerd. Deze invoering werd projectmatig ondersteund door de onderzoeksinstituten NISPA en IVO. Door middel van twee visitatierondes binnen de negen deelnemende instellingen (van in totaal twaalf instellingen voor verslavingszorg) is een stand van zaken opgemaakt over de mate van implementatie van de RIOB werkwijze. Uitwisseling van kennis, ervaring en ideeën in een landelijke leergroep heeft in de periode 2007 – 2010 input gegeven voor aanvulling en aanscherping van de RIOB (Wits, Loth, Van de Mheen & De Jong, 2008; Loth, Risselada, Wits, De Jong, & Van de Mheen, 2010).

In 2011 is er met een subsidie van het Ministerie van VWS en via de Stichting (voorheen Stuurgroep) Resultaten Scoren, kenniscentrum voor de verslavingszorg, groen licht gekomen om de RIOB te actualiseren. De RIOB is ontwikkeld volgens het Masterprotocol (Jansen & Snoek, 2007) van Resultaten Scoren. Dit betekent dat een concept richtlijn in de dagelijkse praktijk is uitgetoetst, geëvalueerd en vervolgens bijgesteld. Ook houdt het werken volgens het Masterprotocol in dat voor het opstellen van de richtlijn gebruik is gemaakt van drie kennisbronnen:

1. wetenschappelijke literatuur (*evidence based*)
2. praktijkkennis: er wordt rekening gehouden met de belasting, kennis en vaardigheden van de medewerkers die de behandeling uitvoeren (*practice based*)
3. ervaringskennis/cliëntenperspectief (*preference based*)

Voor het actualiseren van de richtlijn is eveneens van deze drie kennisbronnen gebruik gemaakt. De geactualiseerde RIOB is in een aantal rondes tot stand gekomen. In de eerste ronde is de - in de loop der jaren via de leergroepsbijeenkomsten opgedane - nieuwe praktijkkennis in de tekst verwerkt. Vervolgens is de RIOB aangevuld met nieuwe wetenschappelijke kennis, zoveel mogelijk gebruik makend van de diverse multidisciplinaire richtlijnen, waaronder de Multidisciplinaire Richtlijn Behandeling van Opiaatverslaving (Van den Brink, van de Glind & Schippers, 2012). Ook is de handleiding van de Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH) voor de verstrekking van heroïne (CCBH, 2010) gebruikt. Waar hiaten werden geconstateerd zijn enkele malen aanvullende literatuursearches uitgevoerd. Tijdens de tweede ronde kwam het perspectief van de patiënt aan bod. De teksten zijn aan een aantal patiënten voorgelegd en tijdens een focusgroepsbijeenkomst in september 2011 zijn de vastgestelde knelpunten nader bediscussieerd. De uitkomsten van deze discussie zijn wederom in de teksten verwerkt. Daarna is de tekst in een derde ronde voorgelegd aan alle instellingen voor verslavingszorg om de inhoud verder te optimaliseren. In oktober 2011 is deze praktijkkennis ingebracht in een bijeenkomst met vertegenwoordigers van deze instellingen.

De vierde, laatste ronde was het oordeel van de diverse beroepsverenigingen: het Platvorm van 1^{ste} Geneeskundigen in de Verslavingszorg, de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde in Nederland (VVG) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN, vakcommissie GGz verpleegkunde).

Zoals gezegd is de RIOB gebaseerd op drie kennisbronnen. De informatie uit de drie kennisbronnen is in de tekst afzonderlijk van elkaar weergegeven indien dat noodzakelijk bleek vanwege uiteenlopende standpunten.

Leeswijzer

De Richtlijn Opiatonderhoudsbehandeling bestaat uit 6 hoofdstukken. Dit inleidende hoofdstuk beschrijft de achtergrond van de richtlijn. Na een korte epidemiologische schets worden de doelen van de behandeling beschreven en wordt toegelicht hoe de RIOB in de dagelijkse praktijk gebruikt kan worden. In hoofdstuk 2 staat de patiënt en het patiëntenperspectief centraal. Hoofdstuk 3 gaat in op veel voorkomende somatische en psychische aandoeningen die op kunnen treden bij opiaatverslaving. Een voorstel tot een adequate gegevensverzameling en opbouw van een behandelplan volgt in hoofdstuk 4. Hoofdstuk 5 beschrijft de zorgorganisatie en de beschrijving van de verschillende begeleidingsvormen. De RIOB sluit af met hoofdstuk 6 waarin de medicamenteuze behandeling staat beschreven.

1.2 Aard en omvang van opiaatverslaving in Nederland

Volgens de Nationale Drug Monitor (Van Laar, Cruts, Van Ooyen-Houben, Meijer, Brunt, Croes, & Ketelaars, 2011) zijn er ruim 17.000 problematische gebruikers van opiaten in ons land. Het aantal probleemgebruikers van opiaten is in de afgelopen tien jaar gedaald. Zes op de tien van de probleemgebruikers is sociaal gemarginaliseerd en heeft problemen op het gebied van psychische gezondheid, criminaliteit, overlastgevend gedrag en de woonsituatie. De rest van de groep gebruikers is redelijk sociaal geïntegreerd, mede dankzij een stabiele dosering methadon. Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem, LADIS (Ouweland, Wisselink, Kuijpers, & van Delden, 2011) geeft inzicht in de hulpvragen van opiaatverslaafde patiënten in ons land. In het LADIS waren in 2010 bijna 12.500 personen geregistreerd met opiaatproblematiek; een aandeel van 16% in de verslavingszorg. Na een jarenlange afname van het aantal hulpvragers met opiaatproblematiek is het aantal in 2009 en 2010 gestabiliseerd: de aanwas van nieuwe gebruikers is laag en de uitstroom ook. Twee derde van de patiënten die hulp heeft gevraagd heeft eveneens problemen met het gebruik van andere middelen. De secundaire problematiek bestaat voornamelijk uit cocaïne en andere opiaten. In totaal injecteren 6 op de 100 gebruikers in de hulpverlening drugs; de rest van hen rookt de opiaten. Van de totale groep opiaatverslaafden in de hulpverlening is ongeveer 80% man. De opiaathulpvragers worden steeds ouder en het aandeel 55+ neemt zowel in aantal als in aandeel nog steeds toe. De gemiddelde leeftijd is 45 jaar en 14% is ouder dan 55 jaar. Een procent is onder de 25 jaar oud. Deze trend behoeft de komende jaren aandacht in de hulpverlening aan opiaatafhankelijke patiënten. Patiënten spreken nadrukkelijk de wens uit om de toename van de gemiddelde leeftijd van de verslaafde patiënt in de hulpverlening als aandachtspunt mee te nemen in de zorg en begeleiding. In de toekomst zal de gemiddelde leeftijd alleen maar toenemen en daar zullen de voorzieningen op moeten worden afgestemd. Daarnaast is er een toename te zien van Oost-Europese gebruikers waarvan de meesten kampen met ernstige psychiatrische problematiek. Ook het aantal ongedocumenteerde verslaafden (illegaal, of zonder geldig identiteitsbewijs) neemt toe, net als het aantal zwerfjongeren met een opiaatverslaving (meestal naast het gebruik van allerlei andere middelen) en het aantal Marokkaanse, Chinese en Portugese gebruikers met problemen (Van Laar et al., 2011).

1.3 De behandeling van opiaatverslaving

Opiaatverslaving is een chronische aandoening, met een destructieve leefstijl en met in de meeste gevallen diverse periodes van behandeling en terugval. Stabiele abstinentie blijkt voor veel patiënten moeilijk haalbaar. Over het algemeen is een verslavingsbehandeling gericht op drie belangrijke onderwerpen: functies van het gebruik in kaart brengen (patiënten voegen hieraan toe: wat gebruikt iemand, waarom gebruikt iemand en welke effecten heeft dit in iemands leven?), het ontwikkelen van alternatieven voor het gebruik en het uitvoeren van terugvalpreventie (patiënten vinden dat dit inclusief de nazorg betekent). Echter, de mate van motivatie van de patiënt en zijn of haar vermogen om te kunnen veranderen bepalen in belangrijke mate het succes van deze drie speerpunten. Hoe chronischer de problemen zijn, hoe meer het vermogen om te veranderen wordt aangetast en hoe moeilijker het wordt om gemotiveerd te blijven. Derhalve is het van essentieel belang dat de onderliggende comorbiditeit naast de functies van het gebruik wordt gediagnosticeerd.

De behandeling van opiaatverslaafde patiënten slaagt alleen met continuïteit in de behandelrelatie, met een vaste hulpverlener die de hulp en begeleiding coördineert en het contact met de patiënt in stand houdt. Volgens patiënten is het wederzijds vertrouwen een belangrijke voorwaarde hierin.

Doelstellingen van de opiaatonderhoudsbehandeling zijn conform de in ontwikkeling zijnde

Multidisciplinaire Richtlijn Behandeling van Opiaatverslaving:

- Crisisinterventie bij overdosering; behandeling gericht op het directe overleven door middel van reanimatie en vervolgenterventies.
- Stabilisatie;
Stabilisatie kent drie varianten:
 1. Stabilisatie door vermindering of stoppen met het gebruik van illegale opiaten door middel van het vervangen van illegale opiaten door therapeutisch effectieve doseringen methadon of buprenorfine, met als indirect doel verbetering van het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren en daarmee verbetering van de kwaliteit van leven.
 2. Stabilisatie door stoppen met het gebruik van illegale opiaten middels het aanbieden van heroïne op medisch voorschrift aan chronische verslaafden die onvoldoende baat hadden bij een adequate onderhoudsbehandeling met methadon of buprenorfine.
 3. Stabilisatie door vermindering van het gebruik van illegale opiaten middels het voorschrijven van gemiddeld lage doseringen methadon of buprenorfine en het realiseren van continuïteit van zorg, in de vorm van contact met de patiënt. Lage doseringen methadon of buprenorfine vormen daarbij een middel om in contact te blijven met de verslaafde om zodoende behandeling en zorg gericht op schadebeperking aan te kunnen bieden en de mogelijkheid open te houden om op termijn tot een gerichte behandeling van de verslaving te komen.

Behandeling vindt overal in Nederland via het biopsychosociale behandelingsmodel plaats. Volgens De Jong (2006) betekent dat:

- Herstel en vermindering van de symptomatische stress (remedicatie) door het voorschrijven van de juiste medicijnen en het behandelen van de bijkomende somatische en psychiatrische problemen (patiënten benadrukken hierbij dat dit inhoudt: geneesmiddelen voor alle aandoeningen, niet alleen die voor de verslavingsproblematiek);

- Verbetering van het functioneren op diverse levensgebieden (rehabilitatie) door in de begeleiding uit te gaan van dat wat de patiënt wil en aan kan en van daaruit te motiveren tot verandering (volgens patiënten houdt dit ook in; het leren budgetteren en het aanleren van sociale vaardigheden);
- Verbetering van het subjectieve welbevinden (remoralisatie) door het bieden van hoop;
- Vergroting van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt (recovery) door toe te werken naar acceptatie van de beperkingen en anderzijds de mogelijkheden te vergroten van de patiënt zelf (herstel van het leven).

Voortvloeiend uit dit biopsychosociale behandelingsmodel heeft de opiaatonderhoudsbehandeling drie belangrijke en onlosmakelijke kerntaken:

1. Het adequaat diagnosticeren van de problemen op alle levensgebieden: somatisch, psychiatrische en psychosociaal, en het in kaart brengen van het herstelvermogen van de verslaafde patiënt;
2. Het inzetten van een geneeskundige behandeling waaronder in ieder geval een medicatiebeleid voor de opiaatverslaving, inclusief het monitoren van de effecten hiervan;
3. Het opstarten van een op de problematiek en het vermogen van de patiënt afgestemde begeleiding in trajectvorm met regelmatige contacten waarin evidence based interventies zijn ondergebracht, inclusief het organiseren van brood, bed en badfuncties.

Het team dat deze kerntaken uitvoert bestaat uit verschillende disciplines en de geboden zorg en begeleiding is onderdeel van een integraal zorgaanbod van de instelling. Het kan niet zo zijn dat de medische zorg (inclusief de medicatieverstrekking) los staat van de psychosociale interventies. Het team is verantwoordelijk voor alle functies van de behandeling die gebaseerd is op professionele, geïntegreerde zorg.

Sinds een aantal jaren is een verpleegkundig competentie niveau toegevoegd aan de verpleegkundige teams in de verslavingszorg in het algemeen en in de opiaatonderhoudsbehandeling in het bijzonder, namelijk de MANP (Master of Advanced Nursing Practice) - ook wel nurse practitioner of verpleegkundig specialist genoemd. Deze verpleegkundige heeft een opleiding op master niveau afgerond en is geregistreerd in het BIG register als artikel 14 beroepsuitoefening. De verpleegkundig specialist heeft taken en verantwoordelijkheden in het geneeskundige domein, geneeskundige diagnostiek en behandeling, en onder bepaalde voorwaarden taken en verantwoordelijkheden als hoofdbehandelaar naast de GZ-psycholoog en verslavingsarts. Het past niet in deze richtlijn om taken en verantwoordelijkheden die vanuit het verpleegkundige beroepsdomein overlap geven met taken van verslavingsartsen, psychiaters en psychologen gedetailleerd te omschrijven. Dat is de taak van iedere instelling met behulp van een professioneel statuut. De drie belangrijkste beroepsorganisaties; V&VN afdeling GGZ Verpleegkunde/Genootschap Verslavingsverpleegkunde, de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGn) en het Platform 1ste Geneeskundigen in de Verslavingszorg zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor consensusdocumenten die deze taakafbakening in de diverse instellingen voor verslavingszorg stuurt.

1.4 Implementatie en evaluatie van de behandeling volgens de RIOB

De behandeling die in deze richtlijn beschreven staat is richtinggevend voor de zorg aan heroïne verslaafde patiënten in iedere instelling. Dit houdt in dat de richtlijn zoveel als mogelijk is ingepast in het aanbod dat een instelling voor verslavingszorg aanbiedt, zoals de bestaande co-morbideïteitsbehandelingen, de bemoeizorg- en/of casemanagement begeleiding en de 'voordeur' van de instelling. Oftewel, de vertaalslag van deze RIOB naar de 'couleur locale'.

Zodra de werkwijze voldoende is ingepast in de zorgorganisatie kan de evaluatie van de zorg in het kader van de kwaliteitsprocessen (bijvoorbeeld HKZ certificering) actief worden gepland en uitgevoerd. In het landelijke implementatieproject van de RIOB is hier de afgelopen twee jaren veel aandacht naar uitgegaan. In hoofdstuk 5 worden de resultaten hiervan verder uitgewerkt. Voor gedetailleerde informatie wordt verwezen naar hoofdstuk 4 van het eindverslag van de landelijke implementatie van de RIOB (Loth et al., 2011).

In 2005 constateerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) dat de zorg voor de aan illegale opiaten verslaafde patiënten in de ambulante verslavingszorg niet op orde was. In 2006 kwam de eerste versie van de RIOB uit, waarin de minimaal te leveren zorg in de opiaatonderhoudsbehandeling werd beschreven. De RIOB werd één van de veldnormen van diezelfde Inspectie, die in 2010 wederom een toezichtsbezoek aflegde in de instellingen voor verslavingszorg. Zowel uit de IGZ-ronde als uit de eerder genoemde visitatierondes bleek dat de hulpverlening in de dagelijkse praktijk was verbeterd, maar nog niet voldoende. Tijdens de herziening van de RIOB bleek in een bijeenkomst met professionals dat zij op basis van de huidige financiering de zorg slechts moeizaam en gedeeltelijk kunnen verbeteren. Er was echter ook overeenstemming over het aanhouden van de belangrijkste normen in de RIOB als uitgangspunt voor de behandeling, ook al is het voor instellingen moeilijk om daaraan te kunnen voldoen. De invoering van de RIOB kan als groeimodel worden gezien, om stap voor stap de zorg verder te ontwikkelen en verbeteren.

Om aan de eisen van de IGZ te voldoen moeten instellingen bij het afwijken van de richtlijn (ook op individueel niveau) altijd goed motiveren waarom dit nodig is, en hoe alsnog verantwoorde zorg kan worden geboden.

Literatuur

De Jong, C. A.J. (2006) *Chronisch verslaafd: De Therapeut, de patiënt en de ziekte. Inaugurele rede door prof. dr. C.A. de Jong*. Nijmegen: NISPA.

Jansen, H., & Snoek, A. (2007). *Masterprotocol Resultaten Scoren. Handleiding voor de ontwikkeling van protocollen en kennisdocumenten voor de verslavingszorg*. Amersfoort/Rotterdam: Resultaten Scoren/IVO.

Loth, C.A., Oliemeulen, E.A.P., & Jong, C.A.J. de (2006) *Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB)*. Resultaten Scoren. Amersfoort: GGZ Nederland.

Loth, C., Risselada, A., Wits, E., Jong, C. de, & Mheen, D. van de (2010) *RIOB Landelijke implementatie van de tweede fase van de ondersteuning bij het implementatieproces*. Resultaten Scoren. Amersfoort: GGZ Nederland.

SIVZ (2011) *LADIS*. Houten: SIVZ.

Van den Brink, W., Van de Glind, G., & Schippers, G. (2012) *Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving*. Utrecht: Ned. Ver. v. Psychiatrie/CCBH/Trimbos-instituut. www.ggzrichtlijnen.nl.

Van Laar, M.W., Cruts, A.A.N., Ooyen-Houben, M.M.J. van, Meijer, R.F., Brunt, T., Croes, E.A., 7 Ketelaars, A.P.M. (2011) *Nationale Drug Monitor 2010*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Wits, E., Loth, C., Mheen, D. van de, & Jong, C. de (2008) *RIOB. Ondersteuning landelijke implementatie Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling*. Rotterdam/Nijmegen: IVO/NISPA.

2. De patiënt in de opiaatonderhoudsbehandeling

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden het patiëntperspectief en belangrijke uitgangspunten binnen de behandelrelatie beschreven. Vervolgens worden patiëntprofielen beschreven die behulpzaam kunnen zijn bij het bepalen van een hulpaanbod. In de laatste paragrafen worden aparte patiëntengroepen besproken die specifieke aandacht van de hulpverleners vragen, namelijk allochtonen, vrouwen, patiënten met een verstandelijke beperking en terminale patiënten.

2.2 Het perspectief van de patiënt

Patiënten zijn betrokken geweest bij het opstellen van deze geactualiseerde versie. Via Mainline, het MDHG (Belangenvereniging voor Druggebruikers) en Het Zwarte Gat zijn patiënten bereid gevonden om kritisch mee te lezen en om in een groepsbijeenkomst nadere toelichting te geven. De aandachtspunten die hieruit naar voren zijn gekomen zijn deels gebruikt om het patiëntenperspectief in dit hoofdstuk verder uit te werken, en deels om de tekst in de verschillende andere hoofdstukken aan te vullen. In deze paragraaf worden enkele thema's besproken die door patiënten naar voren zijn gebracht.

Cliënt of patiënt?

Als in een instelling aan patiënten wordt gevraagd hoe zij aangesproken willen worden, als patiënt of cliënt, reageren zij als volgt:

'Het is slimmer om patiënt te zeggen. Strategisch gezien dan, dan krijg je meer voor elkaar. Maar eigenlijk voel ik me geen patiënt en heb ik liever cliënt.'

'Ik heb liever cliënt, dat toont meer de keuzevrijheid van de persoon. Als je patiënt zegt is het erg hulpbehoevend en is de behandeling als het ware verplicht, terwijl we toch vrije keuze hebben.'

'Ik stem voor cliënt, we doen het toch onszelf aan.'

'Cliënt, omdat we dit toch uit vrije keuze doen. Patiënt klinkt zo zielig, alsof je medelijden met ons moet hebben.'

'Ik heb niet het gevoel dat ik bij patiënten thuis hoor. In feite zijn we wel patiënt, ja, maar het klinkt alsof je medelijden met ons moet hebben en dat moet niet. Dat is onzin, uiteindelijk hebben we zelf deze keuze gemaakt.'

'Patiënt klinkt alsof je een dwangbehandeling kan toepassen.'

'Ik kies voor patiënt, omdat ik inderdaad chronisch ziek ben. En methadon is toch een medicijn, voor mij, om goed te kunnen functioneren zeg maar. Zonder kan ik niet.'

Uit bovenstaande blijkt dat de doelgroep de voorkeur geeft aan 'cliënt'. Toch zullen we in deze richtlijn het woord patiënt gebruiken. Hierbij wordt de 'state-of-the-art' visie gevolgd van de verslavingszorg op verslaafden. Deze houdt in dat zij een chronisch psychiatrische aandoening hebben en – in een behandelsetting - zodoende als patiënt beschouwd moeten worden. Op de volgende pagina een reactie van een patiënte die hierover iets meer zegt:

‘Persoonlijk heb ik geen voorkeur voor het een nog het ander. Patiënt lijkt mij logisch, komt uit het Latijnse patiëntia (zie: patiëntia vincit omnia) en staat voor HEEL VEEL GEDULD, dat is een vereiste voor een patiënt terwijl een cliënt nogal ongeduldig kan zijn.’

Angst om mening te geven

Patiënten geven regelmatig aan dat zij terughoudend zijn in het geven van hun (al dan niet kritische) mening en in het aangeven van hun wensen, omdat zij bang zijn om daarvoor gestraft te worden. Met name in de vorm van veranderingen in hun medicatie-ophaalschema.

Gebrek aan zinvolle daginvulling

De patiënten die deelnamen aan de verbetering van de RIOB maakten zich zorgen om met name de chronisch verslaafde (oudere) patiënt die zorg nodig heeft en zich regelmatig laat zien in opvangvoorzieningen zoals dagcentra en gebruikersruimtes. Zij slapen in het slaaphuis, gebruiken hun drugs in de gebruikersruimte en vervelen zich in de huiskamer, maar er zijn weinig activiteiten die tot een zinvol bestaan leiden. Patiënten stellen dat zij een leegheid zien (o.a. daadwerkelijke afwezigheid van personeel), en dat de chronisch verslaafde oudere patiënten een (hoge) mate van apathie laten zien. Als gevolg van de toename van de gemiddelde leeftijd van patiënten, worden patiënten bovendien steeds minder mobiel. Over het algemeen zien patiënten dat vele van hen uitgesloten zijn en blijven uit de maatschappij. *‘Men heeft zorg nodig, maar het gebeurt niet en men wordt als een kleuter behandeld’. Of: ‘Ik ben 58 jaar oud en soms voel ik me behandeld als een klein kind. Een andere keer krijg ik het idee dat de verstrekking mij als licht dement beschouwd.’*

Openingstijden en bereikbaarheid

Voor de patiënten is de toegang tot het programma in de ambulante voorziening een knelpunt. Er is voornamelijk een wens tot ruimere openingstijden zodat het ophalen van de medicatie gemakkelijker wordt en beter ingepast kan worden in andere verplichtingen die men heeft. Een opmerking die patiënten regelmatig maken is dat de hulpverleners in de ambulante verslavingszorg niet altijd even goed bereikbaar zijn.

Communicatie en inspraak van patiënten in hun behandeling

Patiënten hebben behoefte aan duidelijke informatie over de opiaatvervangende behandeling, de bedoeling ervan, de mogelijke resultaten, de verschillende trajecten en de start en bijstelling van een behandeling. Zij willen regelmatig stilstaan bij hoe het ervoor staat met henzelf, welk traject ze ingaan, hoe het behandelplan eruit ziet en de behaalde resultaten. Zij zouden uitvoeriger geïnformeerd moeten worden, in begrijpelijke taal, over andere behandelingen dan alleen die met methadon (zoals heroïneverstrekking, buprenorfine en naltrexon) en over (bij)werkingen en andere eventuele gevolgen van het gebruik van de diverse opiaatvervangende middelen. Patiënten ervaren een minimale inbreng in de keuze voor het middel, de vorm van het middel en de manier waarop het middel wordt verstrekt. Deze inbreng zouden ze wel graag willen, omdat sommige patiënten bijvoorbeeld onprettige ontwenningssverschijnselen van methadon hebben, die als heftiger worden ervaren dan ontwenningssverschijnselen van heroïne. Ook bijwerkingen van methadon, zoals pijn in de gewrichten, moeheid en concentratie - en potentieproblemen komen voor. Een aantal patiënten geeft bovendien aan dat er altijd een behoefte aan een roes blijft bestaan en dat heroïne dan beter dempt, met name na het gebruik van een cocaïne base (Witteveen & Van Santen, 2011).

Een patiënte zegt hierover:

‘..dat er ook gezegd moet worden dat er soms geen andere mogelijkheid is en dat de motivatie ook van binnenuit moet komen en niet altijd bij anderen geklaagd moet worden’.

Ook willen patiënten graag van te voren voldoende geïnformeerd worden als er gewijzigd wordt van leverancier van hun medicatie, in ieder geval als dit consequenties heeft voor de verschijningsvorm van de medicatie. Patiënten vinden dat goed moet worden uitgezocht waar eventuele ontwenningverschijnselen vandaan komen, met name in relatie tot (mogelijke veranderingen in) de kwaliteit en verschijningsvorm van de medicatie.

Patiënten ervaren grote verschillen in de mate waarin zij hun behandeling kunnen beïnvloeden. Ze vinden dat zij inspraak zouden moeten hebben, vooral bij zaken als het verlagen van een dosering. In de communicatie op de methadonpost gaat volgens patiënten veel fout, doordat teamleden elkaar snel afwisselen, boodschappen op papiertjes aan elkaar doorgeven en gegevens niet in de computer invoeren of niet bijstellen als er iets is veranderd. De patiënten spreken de wens uit voor één vaste begeleider die alle andere hulpverleners en hun activiteiten coördineert. Men ervaart zichzelf niet als competent genoeg om de weg naar de verschillende hulpverleners en instanties te vinden. Ze willen ook graag een begeleider die ze buiten de verstrekkingstijden om kunnen spreken zodat de privacy gewaarborgd is.

Patiënten vertellen ook dat zij het onderhandelen met de hulpverlener zien als elkaar leren kennen en ze vertellen dat ze ervan leren. Ze houden goed in de gaten welke mening de hulpverlener heeft en hoe deze grenzen stelt. Een van de aspecten van verslavingsgedrag is echter dat men deze grenzen uitprobeert; dit maakt onderdeel uit van het kennismaken. Als patiënten zich veilig genoeg voelen in een begeleidingsrelatie zeggen zij beter in staat te zijn om hun verslavingsgedrag aan de kant te zetten en zich echt kwetsbaar op te stellen.

Klachten

Patiënten hebben er behoefte aan om bij hun eventuele klachten bijgestaan te worden door hulpverleners die de gang van zaken rondom klachtenprocedures kennen. Daarnaast willen zij graag, in begrijpelijke taal opgestelde, schriftelijke antwoorden/reacties naar aanleiding van het indienen van klachten. Deze aandachtspunten kwamen ook al aan het licht in het inventariserende onderzoek van Van der Gouwe & Cornelissen (2004). Uit dit onderzoek bleek dat patiënten te weinig kennis hebben over de instellingsgebonden klachtenprocedures.

Methodiek

Om het perspectief van de patiënt op de (oorzaken en het ontstaan van de) opiaatverslaving, op de behandeling en op de verwachtingen goed te inventariseren is het aan te raden om de ‘verklarende modellen’ van Oliemeulen (2007) te gebruiken. Daarnaast is het aan te raden om voor het samenbrengen van dit patiëntenperspectief en het perspectief van de hulpverlener de module ‘Samen Beslissen’ (Joosten, de Weert, Sensky, van der Staak & de Jong, 2008; Joosten, de Jong, de Weert-Oene, Sensky & van der Staak, 2009; Joosten, 2009) te gebruiken. Joosten (2009) heeft bewezen dat het toepassen van de module ‘Samen Beslissen’ een verhoging van de autonomiebeleving bij de patiënt geeft. Beide modellen worden in 2011 uitgetest en daarna onder gebracht in diverse Resultaten Scoren richtlijnen (zie bijlage 1).

2.3 Bejegening

Patiënten willen graag een zakelijke transactie ingebed in een persoonlijk contact waarin hij/zij respectvol wordt bejegend. Een contact waarin een helpende hand wordt geboden als men een dosering heeft gemist en waarin men niet wordt gestraft. Grenzen stellen vindt men daarin ook gewenst, maar het gaat vaak om de benadering van de hulpverlener daarbij. Patiënten gaven aan behandeld te willen worden als gewoon mens en niet als een leugenaar (Anstice, Strike, & Brands, 2009). Met name bij de verstrekking/dosering onder toezicht (DOT) vinden patiënten een persoonlijke benadering belangrijk. Uit een Canadees onderzoek naar het patiëntenperspectief in de methadonuitgifte blijkt dat de patiënten DOT aan de ene kant gênant en vernederend vinden om te ondergaan (volgens patiënten is er te weinig privacy zodat de intiemere onderwerpen in gesprekken geen kans krijgen), maar aan de andere kant zijn zij van mening dat het noodzakelijk is om compliance te verkrijgen (Anstice, Strike & Brands, 2009). Patiënten noemen als voordeel van verstrekking via de apotheek dat dit minder tot stigmatisering leidt bij patiënten die al langer gebruiken en stabiel zijn.

Mensen die gehinderd worden door een ziekte of handicap worden kwetsbaar, doordat zij afhankelijk worden van anderen of omdat er op een bepaalde manier naar hen wordt gekeken en over hen wordt geoordeeld (Grypdonck, 1997 en 2007; Van Heijst, 2005; Manenschijn, 1999). Vooral dit laatste aspect speelt mensen met een chronische verslaving parten (Chenitz & Krumenaker, 1987; Chenitz, 1989). Een negatief zelfbeeld treedt vaak op bij verslavingsproblemen in combinatie met diverse psychiatrische problemen (Knapen, van Gogh, Carpentier, Verbrugge & De Jong, 2007; Carpentier, van Gogh, Knapen, Buitelaar & de Jong, 2011). Eén van de patiënten die betrokken was bij de herziening van de RIOB verwoordde het als volgt:

‘Volgens mij zijn verslaafden al kwetsbaarder en hebben ze een negatiever zelfbeeld dan andere mensen, al voordat ze verslaafd worden, de kwetsbare instelling werkt verslaving in de hand, niet alleen bij drugs maar ook bij andere verslavingen zoals alcohol en tranquillizers.’

De Jong, Kissane, Geessink & Van der Velden (2008) beschreven dat opiaatverslaafde patiënten bovendien veel last hebben van stress die voortkomt uit hun dagelijkse bestaan. Ook leiden zij vaak aan gevoelens van hopeloosheid en moedeloosheid. Hulpverleners dienen rekening te houden met deze, vaak ernstige, demoralisatie bij hun patiënten. Daarnaast dient de verslavingsbehandeling zich niet alleen te richten op de functies van het gebruik in het leven van de verslaafde patiënt, maar ook op de betekenis van het gebruik in het leven en hoe het de kwaliteit van leven beïnvloedt. Immers, een chronische verslaving is sterk verweven met alle belangrijke levensgebieden. De verslaving bepaalt voor een groot deel de identiteit, de geschiedenis, de toekomst en de dagelijkse verschijning van patiënten. Patiënten voegen hieraan toe:

‘Als hiervoor in gesprekken aandacht is kan de betekenis van het gebruik goed bekeken en eventueel als normaal gespreksonderwerp ingezet worden, zodat het gebruik steeds minder belangrijk gaat worden. Werkt natuurlijk niet bij iedereen maar is zeker de moeite van het proberen waard.’

Een deel van de groep chronisch opiaatverslaafden geeft overlast door (op straat te) dealen en te gebruiken. Deze groep heeft bijna altijd een sociale handicap en vertoont vaak onhandig gedrag dat ook nog eens wordt versterkt door verslavingsgedrag: het ontkennen van het eigen onacceptabele gedrag, liegen over het gebruik en anderen de schuld geven. Iedere hulpverlener in de verslavingszorg heeft te maken met dit verslavingsgedrag (Verbrugge & de Jong, 1999). Morele veroordeling hiervan door de hulpverlener kan uitmonden in een confrontatie, en zorgt ervoor dat patiënten in gesprekken de hulpverlener bijna dwingen tot het nemen van snelle beslissingen. Patiënten leggen de verantwoordelijkheid van deze beslissingen vervolgens bij de hulpverlener en weten de hulpverleners perfect tegen elkaar uit te spelen (Forrest, 2001; Meuser, 2003). Hulpverleners moeten zich bewust zijn van en leren omgaan met een interactie waarin machtsverschillen een rol spelen. Daarnaast hebben zij een actieve rol in het de patiënt hiermee leren omgaan. Een professionele benadering van chronisch verslaafde patiënten aan de uitgiftebalie en in de behandelkamer vergt een ombuiging van een confronterende benadering naar een accepterende houding. Bij een aanzienlijk deel van de verslaafde populatie is het veranderen van gedrag moeilijk en in sommige gevallen zelfs bijna onmogelijk. Psychiatrische problematiek en onvoldoende verstandelijke vermogens vergen bij deze doelgroep een aanpak waarin meer rekening wordt gehouden met het beperkte vermogen van de patiënt om te veranderen. Vaak is dit een benadering waarin gedragsverandering niet de eerste invalshoek is, dat komt meestal pas aan de orde wanneer de patiënt in enige mate is gestabiliseerd. Stabilisatie in het leven van de verslaafde patiënt ontstaat vaak alleen door het aanbrengen van een externe grenzstellende structuur met behulp van de familie/het sociale netwerk, thuiszorg, woonbegeleiding of door overname van het financiële beheer. Daarnaast moet er een voortdurende zoektocht naar de bottle necks in het leven plaatsvinden om het draagkracht-draaglast evenwicht niet al te zeer te verstoren (Wolf et al., 2002; Loth & Slee, 2010). Het zoeken en vinden van veiligheid in het leven van alledag is een belangrijke voorwaarde om een goede kwaliteit van leven te vinden (Najavits, 2010).

Naast kennis over psychiatrie, middelen(gebruik) en infectieziektepreventie moeten verpleegkundigen en artsen in de verslavingszorg kennis en kunde hebben van agressiereguleringsstechnieken, eenduidige manieren van grenzen stellen aan verslavingsgedrag en motiverende gespreksvoering in de dagelijkse praktijk (Miller & Rollnick, 2005). Vooral motiverende gespreksvoering is bewezen effectief in de ambulante verslavingszorg, zowel gedurende de contacten aan de medicatie uitgiftebalie als in de begeleidingscontacten daarnaast (Saunders, Wilkinson & Philips, 1995).

2.4 De behandelrelatie

De begeleiding en het medicatiebeleid worden vastgesteld op basis van de zorgvragen die de patiënt aangeeft en de zorgbehoefte die door de hulpverlener wordt vastgesteld. Levenservaringen, ideeën over de mogelijke hulp en de mate van persoonlijk inzicht bepalen bij patiënten de verwachting ten aanzien van de behandeling. Bij de hulpverlener is dit veelal het eigen idee van behulpzaam willen zijn en de wil om de groei en ontwikkeling van de patiënt te vergroten. Deze verwachtingen kunnen daardoor uiteenlopen. Vooral in de Amerikaanse literatuur (Bell, 2000; Lilly, Quirk, Rhodes & Stimson, 2000) is terug te vinden dat opiaatvervangende behandeling een medische en een sociale component heeft. Die sociale component heeft vooral te maken met de interactie tussen hulpverlener en patiënt. Voor patiënten is de start van een goede behandelrelatie dat ook hun perspectief aandacht krijgt, en dat zij bijvoorbeeld de doseringen, soort medicijn en de begeleiding kunnen bespreken met de behandelaar. Patiënten lopen hierbij vaak tegen grenzen aan. Zo stellen de geraadpleegde patiënten dat de

hulpverlening in de verslavingszorg vaak vanuit alleen een hulpverleners- en wetenschappelijk perspectief wordt bepaald. Dit heeft bijvoorbeeld als consequentie dat het bijgebruik van illegale middelen zoveel mogelijk wordt teruggedrongen. Echter, een aantal verslaafde patiënten wil dit bijgebruik, indien dit mogelijk is, voortzetten. De verslavingsarts zal in samenspraak met de andere leden van het multidisciplinaire behandelteam moeten bepalen hoe de behandeling kan worden afgestemd op de hulpvraag van de patiënt.

Er is vaak ontevredenheid over de dosering. Sommige patiënten willen een hogere dosering, anderen willen juist liever afbouwen en een aantal patiënten wil meer dwang en doelen richting abstinentie. Daarnaast is er ontevredenheid over de eenmalige inname van de totale dagelijkse dosis; een kleine groep patiënten wil graag verspreid over de dag innemen. Dit geldt met name voor patiënten die al langere tijd medicatie gebruiken en zo beter in kunnen spelen op bijgebruik van middelen en het voorkomen van een overdosis. Bovendien vinden patiënten dat er te weinig tijd en aandacht wordt besteed aan het uitzoeken van de optimale dosering voor de individuele patiënt (Van de Linde, 2009). Ook zouden ze de dosering zo nodig naar de behoefte van het moment willen aanpassen. Uit onderzoek van Witteveen & Van Santen (2011) blijkt dat de meeste gebruikers heroïne prefereren boven methadon, en wanneer heroïne niet direct voorhanden is de behoefte aan methadon onvoorspelbaar en onregelmatig toeneemt. Daar sluit de praktijk van de ambulante medicatiepoli, waarbij er een vaste dosis methadon wordt verstrekt, niet bij aan. De patiënten hebben op dit punt last van te strenge regels (Go, Dykeman, Santos, & Muxlow, 2011; Witteveen & Van Santen, 2011).

Patiënten vinden daarnaast dat zij te weinig worden gehoord in de verschillende keuzes en de mogelijkheden die zij hebben om te komen. Men ervaart het vaker in de week komen ook als betuttelend en vernederend. Helemaal omdat men ervaart dat het meerdere keren komen ophalen van de medicatie (vaak wordt dan aangegeven dat de hulpverlener de patiënt vaker wil zien om zo een goed beeld te krijgen van de patiënt) niet betekent dat de hulpverlener meer contact met hen heeft. Een van de patiënten zei hierover:

‘Vaak is er geen tijd en zien ze me nauwelijks staan. Aan de balie wordt me nooit iets gevraagd, men heeft geen belangstelling voor me. En is er iets aan de hand dan vraagt men niet door naar mijn beleving, naar mijn ervaringen. En al helemaal niet naar de redenen waarom ik niet kan komen, waarom ik niet ben geweest. Dat wordt dan voor me ingevuld.’

Patiënten willen bovendien graag gehoord worden over alle ervaringen die zij hebben met hun verslavingsprobleem. Het betekent een verhoging van hun autonomie als zij ervaringen in kunnen brengen. Hulpverleners vinden deze onderhandeling echter vaak een verstoring van de begeleiding. Voor patiënten die een negatief zelfbeeld hebben, onmachtsgevoelens kennen en goed zijn in het maskeren van demotivatie door kritiek te hebben op hulpverleners, betekent dit dat zij in een spanningsveld terecht komen. Aan de ene kant zijn zij bang om de methadon kwijt te raken en aan de andere kant zijn zij juist bang om hun motivatie te verliezen (Bell, 2000; Lilly, Quirk, Rhodes & Stimson, 2000).

2.5 Herstel van leven

Het faciliteren van persoonlijke herstelprocessen en het verbeteren van het leefmilieu van patiënten zijn de belangrijkste thema's in de professionele benadering. Vakbekwaam managen van verslavingsproblematiek houdt in dat de patiënt wordt aangesproken op het gezonde deel, op de kracht. De patiënt serieus nemen betekent dat de hulpverlener de ander actief moet benaderen (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005).

In 2009 stelt het tijdschrift *Mainline* (Van de Linde, 2009) dat patiënten over het algemeen vinden dat zij een begeleidingstraject missen naast de verstrekking van methadon. De behandeling, begeleiding en zorg die geboden wordt bij deze problematiek vraagt om interventies die gericht zijn op herstel. De cliëntenraden in de verslavingszorg (verenigd in Kennisnetwerk Het Zwarte Gat) hebben met elkaar laten zien dat zij dit concept omarmen in het Handvest van Maastricht. Zij schrijven: 'Herstel is een individueel proces dat verslaafde mensen aangaan om weer controle te krijgen over het bereiken van realistische concrete doelen en zingeving in hun eigen leven' (Het Zwarte Gat, 2010, blz. 1). Maar zij zeggen daarover nog iets belangrijks: 'Bij maatschappelijk herstel is tevens inzet nodig van andere instellingen op alle in aanmerking komende levensgebieden zoals wonen, werk en welzijn. De verslavingszorg biedt niet alle zorg, begeleiding en ondersteuning zelf' (Het Zwarte Gat, 2010, blz. 1; De Haan & Oude Bos, 2011). Het Zwarte Gat beschrijft daarnaast dat de ervaringskennis daarin een zeer belangrijke rol speelt, naast de wetenschap en de ervaring van de professionals. De zorg en begeleiding dienen zich te richten op een actieve acceptatie van problemen en beperkingen en een geleidelijke identiteitsovergang van patiënt naar burgerschap. Het Zwarte Gat brengt hiermee herstel als emancipatoir cliëntenperspectief - herstel moet leiden tot emancipatie - duidelijk naar voren. De hulpverleners die vanuit dit perspectief willen werken moeten het vermogen en de wil hebben om, op basis van evidence based interventies en het bestaande zorg- en begeleidingsproces binnen de instelling, individuele trajecten te organiseren voor patiënten. Maar de professional moet de patiënt ook als expert willen zien en zo willen benaderen.

Vanuit het hulpverlenerperspectief (het medisch-wetenschappelijke paradigma) stelt GGZ Nederland (2009) dat de GGZ zich dient te richten op de verbetering van kwaliteit van leven door herstel als leidend principe van de zorg te hanteren en door en een adequate bejegening van de patiënt. Herstel is dan het hoofddoel van de hulpverlening, die zoveel mogelijk op evidence based richtlijnen gebaseerd dient te zijn (GGZ Nederland, 2009). De professionele bejegening moet dan uitgaan van het zelfbeschikkingsrecht en gericht zijn op gelijkwaardigheid en herstelmogelijkheden op een bescheiden en niet overheersende manier. Uitgangspunten hierbij zijn:

- Het bieden van contact;
- Het aansluiten bij de situatie van de ander, zijn/haar wensen, mogelijkheden en zorgbehoeften;
- Het niet te hard gaan maar langzaam en persoonlijk;
- Het herstelproces staat centraal in een brede context van het volledige leven van de patiënt.

De hulpverlener moet zich kunnen richten op het verlichten van lijden en het bevorderen van de kwaliteit van leven. Men moet kunnen stilstaan bij de langzame processen van het leven en de betekenis van bijzondere momenten voor de patiënt. Heel belangrijk hierin is het opbrengen van geduld om de patiënt zijn eigen verhaal te laten vertellen en de zoektocht naar de kracht van de patiënt.

Er wordt vanuit de hulpverlener en de patiënt gesproken over herstel en er is overeenstemming over de professionele attitude die hierbij hoort. Deze professionele attitude houdt in dat de hulpverlener het lijden van de patiënt verdraagt, daarin de grenzen bewaakt en bepaalt wanneer er moet worden ingegrepen, bijvoorbeeld in het kader van de Wet BOPZ wanneer de grenzen van de veiligheid worden

overschreden. Het afwenden van gevaar gaat dan voor de vrije keuze van de patiënt. Daarnaast is het een attitude die eisen stelt en reflectieve leermomenten nodig heeft om zich te ontwikkelen. Niet alleen in de opleiding, maar zeker ook in de praktijk van alledag.

2.6 Patiëntprofielen

Een profiel is een karakterschets of een beschrijving van bepaalde eigenschappen, vaardigheden en kennis waaraan een groep patiënten voldoet. Een belangrijk kenmerk is bijvoorbeeld de mate van integratie in de maatschappij. De voor de RIOB ontwikkelde patiëntprofielen (zie bijlage 2) zijn voortgekomen uit onderzoek van Lempens et al. (2001) naar de straatgroep van Utrechtse druggebruikers rondom Hoog Catharijne in Utrecht. De drie hoofdprofielen zijn:

1. Scene mijders;
2. Scene bezoekers;
3. Scene bewoners.

De profielen hebben face-value; verdere empirische onderbouwing is noodzakelijk. De profielen zijn in de praktijk wel goed bruikbaar gebleken; uit de visitatierondes is naar voren gekomen dat het merendeel van de verslavingszorginstellingen de profielen toepast. Vergelijkbaar met zorgzwaarteprofielen bieden deze profielen een handvat voor de organisatie en invulling van de zorg en begeleiding. Per profiel kunnen onder meer de vereiste samenstelling (verschillende functieomschrijvingen) en fte's (aantal uren werkzaam) verpleegkundigen, artsen en andere hulpverleners in een team worden bepaald. Op basis van de gegevens op alle levensgebieden die bij een individuele patiënt worden verzameld door een screening/intake, is het mogelijk om een patiënt in te delen in één van de drie profielen. In de dagelijkse praktijk moet de hulpverlener altijd een vertaalslag naar de 'echte' patiënt maken. Indien een switch tussen de theorie en de praktijk niet goed wordt gemaakt ontstaat het gevaar van starheid en 'hokjes denken'. Een profiel is altijd een hulpmiddel, dus geen verplichting en nooit een doel op zich.

2.7 Allochtone, illegale patiënten en vluchtelingen met een verslavingsprobleem

Allochtonen, asielzoekers, vluchtelingen en mensen die illegaal in Nederland verblijven verdienen extra aandacht. De laatste jaren komen er steeds meer verslaafde mensen uit Oost-Europa naar Nederland; vaak leiden zij een zwervend bestaan (Van Laar et al., 2010). De hulpverlening aan allochtone patiënten in de GGZ schiet nog tekort (Van Dijk et al., 2000; Smits & Van 't Land, 2008; Hilderink, Smits, Van 't Land & Nuijen, 2010). Zijn ze wel eenmaal in zorg gekomen, dan zien we een hoge uitval ('drop-out') in beide behandelvormen (Tjaden, 2004). Mogelijke verklaringen voor ondergebruik van de zorg zijn de onbekendheid van veel allochtonen met deze hulpverlening of het ongunstige beeld dat aanwezig is. Bij een deel van de allochtonen speelt een taalbarrière een rol. Daarnaast geven sommige allochtonen aan moeite te hebben zich bloot te geven, zich schamen en bang zijn dat alles wat zij zeggen zal worden doorverteld. Ook de slechte ervaringen van 'peers' en het onvermogen of de moeite met het formuleren van de hulpvraag worden genoemd. Ook in de verslavingszorginstellingen zelf kunnen verklaringen worden gevonden. Het gebrek aan aansluiting tussen de ('witte') hulpverlening en allochtone cliënten is daar één van (Tjaden, 2004). Patiënten vulden dit aan door erop te wijzen dat allochtone verslaafde patiënten hun mening niet goed durven te geven, omdat zij extra angstig zijn. Een factor die van invloed is op de drop-out in de GGZ is o.a. dat het aanbod in de GGZ onvoldoende is afgestemd op de zorgvraag binnen etnische minderheden. Bepaalde etnische groepen benaderen een probleem vanuit een niet-psychologisch verklaringsmodel, bijvoorbeeld een sociaal verklaringsmodel. Hierdoor is de aansluiting met de GGZ niet altijd optimaal, want in de GGZ worden vaak psychologische verklaringsmodellen

gebruikt (Kamperman, 2005; Oliemeulen, 2007; Fernando, 2005; Palmer & Ward, 2007).

De investeringen die de laatste jaren gedaan zijn in de GGZ hebben geresulteerd in een verbeterde toegankelijkheid van de GGZ voor verschillende groepen migranten. Vooral Turkse en Marokkaanse Nederlanders slagen er steeds beter in de weg naar de GGZ te vinden (Dieperink, Van Dijk & De Vries, 2007). Desondanks zijn veel groepen in verhouding minder vertegenwoordigd in de tweedelijns GGZ, met name Surinaamse en Antilliaanse mannen en vrouwen, Marokkaanse vrouwen, allochtone jongeren tot 17 jaar, en allochtone ouderen vanaf 64 jaar (Smits & Van 't Land, 2008).

Om de bedoelde groepen allochtonen goed van dienst te kunnen zijn, moet de hulpverlener zich op de eerste plaats enkele algemene vaardigheden eigen maken. Hiervoor verwijzen wij naar het boek van Wolfers & Van der Kwaak (2003). Naast het ontwikkelen van vaardigheden door de -veelal autochtone- hulpverleners, kan ook het in dienst nemen van allochtone hulpverleners positief werken. De patiëntengroep herkent zich hierdoor meer in de instelling en de allochtone hulpverleners kunnen hun collega's informeren over gebruiken en gewoonten. Allochtone patiënten begrijpen het taalgebruik van de hulpverleners regelmatig niet; een probleem dat volgens patiënten overigens ook voor veel autochtone patiënten geldt. Eén van de mogelijkheden om de verbale communicatie te verbeteren is het werken met een tolk (www.tvcn.nl).

2.8 Vrouwen, fertiliteit en kinderen

In deze richtlijn worden vrouwen als speciale doelgroep besproken. Zij vormen een groep van ongeveer 3.400 personen binnen de groep opiaatverslaafden (Thuijls et al., 2000). Daarna noemen we enkele aandachtspunten voor hulpverlening aan zwangere vrouwen en vrouwen met kleine kinderen. Medicamenteuze aspecten komen aan de orde in hoofdstuk 4.

Prostitutie en drugsverslaving

Het is een misverstand dat alle verslaafde vrouwen op een gegeven moment als prostituee gaan werken om het geld voor de middelen te kunnen verdienen. Ervaringen van werkers leren ons dat sommige vrouwen goed in staat zijn zich te handhaven en zeker hun 'mannelijke' weten te staan in de scene. Patiënten benadrukken dat er echter ook een groep vrouwen is die wel slachtoffer zijn en worden misbruikt; zij worden uitgebuit door dealers en prostituanten. Patiënten benoemden dat als volgt: een aantal vrouwen heeft een 'vreemd' en vertekend beeld van mannen, gebaseerd op hun verleden van meestal gewelddadige onderdrukking en misbruik.

Thuijls et al. (2000) schrijven dat ongeveer 75 tot 80% van de drugsverslaafde vrouwen zichzelf prostitueren om geld te kunnen verdienen voor de 'dope'. Dat betekent dat we in Nederland te maken hebben met zo'n 2.550 verslaafde prostituees. Patiënten vinden dat prostitutie door zowel de mannen als de vrouwen als iets schaamtevolts gezien. Het is belangrijk dat hiervoor begrip is en dat hier rekening mee wordt gehouden in de manier waarop vragen worden gesteld. Daarnaast is het belangrijk dat er aandacht is voor welke hulpverlener bij welke patiënt het best de intiemere vragen kan stellen. De aandacht moet tijdens een intake/triage en tijdens de behandeling/begeleiding, naast verslavingsproblematiek ook uitgaan naar deze voor prostituees belangrijke onderwerpen.

De wereld van de prostitutie is een sterk gedifferentieerde markt die voorziet in uiteenlopende seksuele vragen. Noorda (2005) stelt dat drugsverslaafde straatprostituees niet altijd om hulp vragen, ook al hebben zij deze hulp wel nodig. Er zijn momenten dat deze vrouwen onbereikbaar zijn voor de

hulpverlening omdat zij veel gebruiken, haastig leven en bijna schuw zijn in contacten met anderen. Specifieke klachten die voortkomen uit het werken als prostituee zijn lichamelijke klachten zoals hoofdpijn, eetproblemen, hyperventilatie en klachten die voortkomen uit SOA's (Altink, 1991; Baker et al., 2004; Spear, 2004). Emotionele klachten zijn spanningen, zenuwachtigheid, depressiviteit, agressiviteit, wantrouwen, schuld en angst. Hoe langer men als prostituee werkt en hoe vaker men geweld meemaakt hoe erger de lichamelijke en psychische klachten worden. Geweld zoals gedwongen prostitutie en verkrachtingen komt vaak voor. Daarnaast spelen problemen op het gebied van de intieme relatie met partners. De werkomstandigheden en arbeidsverhoudingen brengen ook problemen met zich mee, want er zijn geen uniforme regels over hygiëne en een veilige werksfeer en geen uniforme normen die de gezagsverhoudingen vast leggen. De dwang van exploitanten en pooiers is groot en ongelimiteerd aanwezig. Veel verslaafde vrouwen prostitueren zich in een subscene waarop weinig tot geen zicht is. Wanneer zij zich hierover uitlaten rijst een beeld op van volkomen onderworpen zijn, ernstige geestelijke en lichamelijke mishandeling, vernederingen en excessieve perversiteiten.

Het is vooral de maatschappelijke stigmatisering van mannen en vrouwen die als sekswerker hun brood verdienen die voor een dubbelleven zorgt. Het isolement wordt ernstig vergroot doordat zij gedwongen worden hun werk los te koppelen van het verdere leven dat zij leiden. Dit zorgt ervoor dat sekswerkers een marginale positie innemen in de maatschappij, in de hulpverleningswereld, en ook in de verslavingszorg. Drugsverslaafden hebben vanwege hun verslaving en levenswijze bovendien al een negatief stigma dat door het werken als prostituee alleen maar wordt verstrekt. De feitelijke onmacht is groot en de onmiddellijke steun in hun directe omgeving is vaak gering. Hebben reguliere sekswerkers al te maken met stigmatisering, leiden van een dubbelleven en marginalisering, verslaafden die zich prostitueren raken door hun autonomieverlies veelal in ernstig traumatiserende situaties en/of netwerken verzeild.

Zwangere vrouwen en vrouwen met kleine kinderen in de opiaatvervangende behandeling

De aandacht die vrouwen verdienen in de opiaatvervangende behandeling dient in ieder geval gericht te zijn op:

- Medische begeleiding bij zwangerschap zoals veranderend medicatiebeleid tijdens de zwangerschap (zie hiervoor hoofdstuk 4), gezondheidsproblemen die voortkomen uit het werken in de prostitutie;
- Medische begeleiding/ondersteuning en advisering rondom anticonceptie voor vrouwen in de fertile leeftijd;
- Aandacht voor de ontwikkeling van het ongeboren kind en de mogelijkheden van de aanstaande ouders (moeder) om voor het kind te kunnen zorgen; zie hiervoor de instellingsprotocollen KVO (Kinderen van Verslaafde Ouders), instellingsdocumenten over de contacten met AMK en jeugdzorg en bestaande opvoedingsondersteunende interventies voor hulpverleners in de verslavingszorg;
- De organisatie van het ophalen van de medicatie: afstemmen van de ophaaltijden met de school- en vakantietijden van de kinderen, afstemmen op de onregelmatige werktijden van prostituees;
- Seksespecifieke begeleiding die onder andere gericht is op de leefomstandigheden en persoonlijke mogelijkheden die vrouwen hebben, zoals een ondersteunend netwerk.

2.9 Verstandelijke beperkingen; LVB problematiek

Mensen met een verstandelijke beperking, met name de patiënt met een licht verstandelijke beperking (LVB), lopen door hun beperking een verhoogd risico op problematisch gebruik wanneer zij eenmaal kennis hebben gemaakt met middelen (McGillycuddy, 2006). Zij zijn minder in staat om 'nee' te zeggen tegen gebruik en minder in staat om maat te houden. Daarnaast gebruiken zij om niet sociaal

buitengesloten te worden, en om psychische klachten te onderdrukken. Het middelengebruik veroorzaakt vervolgens een hogere prevalentie van co-morbide problemen als epilepsie, psychiatrische aandoeningen, cerebrale beschadiging en het gebruik van (psycho-) farmaca (McGillycuddy, 2006).

Aan de ene kant wordt het middelengebruik binnen de Verstandelijk Gehandicapten sector niet voldoende erkend en herkend, en aan de andere kant wordt in de verslavingszorg hun LVB onvoldoende herkend en in behandeltrajecten meegenomen (Geus, Kiewik-de Vries, van der Nagel & Sieben, 2009). Bij mensen met een LVB en verslavingsproblematiek worden de problemen die zij ervaren vaak ten onrechte niet toegeschreven aan het gebruik van middelen, maar aan hun handicap.

2.10 Palliatieve zorg

De doelgroep van de opiaatonderhoudsbehandeling is de laatste decennia gemiddeld steeds ouder geworden, en ook zieker. Een aantal van hen komt in de laatste fase van het leven en behoeven specifieke zorg en aandacht. Palliatieve zorg heeft bij verslaafde patiënten specifieke aandacht (Thijs, ter Huurne & de Heer, 2007). Tijdens deze laatste levensfase is het voor de patiënt belangrijk om het regelmatige gebruik van illegale middelen zo aangenaam mogelijk te maken en de behandeling en begeleiding hoeft niet per se meer gericht te zijn op afbouw van middelengebruik. Met name in het kader van de pijnbestrijding is aandacht nodig voor de interacties van de diverse medicijnen met de illegale drugs. In het rapport van Thijs et al. (2007) wordt hier nader op ingegaan. Het is daarom aan te raden dit rapport in de instelling te gebruiken.

Literatuur

- Bell, J. (2000) Quality Improvement for Methadone Maintenance Treatment. *Substance Use & Misuse*, Vol. 35, No. 12-14, 1735-1756.
- Burgers, I. (2005) *Haagse harddruggebruikers, aard, omvang en trends in 1999-2002*. *Epidemiologisch Bulletin*, 40, 4-10.
- Carpentier, P.J., Gogh, M. van, Knapen, M., Buitelaar, J.K. & Jong, C.A.J. de (2011) Influence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder on Opioid Dependency Severity and Psychiatric Co-morbidity in Chronic Methadone-Maintained Patients. *Addiction Research*, 17,10-20.
- Chenitz, C.W. (1989) Managing Vulnerability, Nursing Treatment for Heroin Addicts. *Image; Journal of Nursing Scholarship*, 21 (4), 210-214.
- Chenitz, C.W. & Krumenaker, C. (1987) The Nurse in a Methadone Maintenance Clinic. *Journal of Psychosocial Nursing*, 25 (11), 13-17.
- De Haan, G. & Oude Bos, J. *Veerkrachtig, weerbaar en zelfsturend* (2011) Kennisnetwerk Het Zwarte Gat. Dalfsen: Het ZwarteGat (www.hetzwartegat.nl)
- Dieperink, C., Van Dijk, R. & De Vries, S. (2007). *Allochtonen in de GGZ 1990-2004: groei en diversiteit*. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 9(62): p 710-720.
- Dijk, R. van, Boedjarath, I., de Jong, J., May, R. & Wesenbeek, R. (2000). *Interculturele geestelijke gezondheidszorg in de XXIe eeuw : een manifest*. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 55(2): p. 134-144.
- Fernando, S. (2005). Multicultural mental health services: projects for minority ethnic communities in England. *Transcultural Psychiatry*, 42, 17.
- Forrest, G.G. (2001) *Countertransference in Chemical Dependency Counselling*. London: Haworth Press.
- GGZ Nederland (2009) *Naar Herstel en Gelijkwaardig Burgerschap. Visie op (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Amersfoort: GGZ Nederland. (www.ggznederland.nl).
- Geus, R., Kiewik-de Vries, M., Nagel, J. Van der & Sieben, G. (2009) in: Rutten, R., Loth, C.A. & Hulshoff, A. *Verslaving. Handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Go, F., Dykeman, M., Santos, J. & Muxlow, J. (2011) Supporting clients on methadone maintenance treatment: a systematic review of nurse's role. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 17-27.
- Grypdonck, M. H. (1997) *Het Leven Boven De Ziekte Uittillen. De opdracht van de Verpleegkunde en de Verplegingswetenschap voor chronisch zieken*. Utrecht: Inaugurale Rede Universiteit Utrecht.

Grypdonck, M. (2007) *Kwetsbaarheid en autonomie in de context van palliatieve zorg*. Een lezing. www.issoria.e-sites.nl.

Hilderink, I., Smits, C., Van 't Land, H. & Nuijen, J. (2010). *Integrale multidisciplinaire zorg voor psychische problemen bij etnische minderheden: kenmerken en effecten van in het buitenland ontwikkelde interventies. Trendrapportage 2010. Deel 3: Kwaliteit en effectiviteit*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Jong, C.A.J., Kissane, D.W., Geessink, R.J. & Velden, D. van der (2008) Demoralization in Opioid Dependent Patients: A Comparative Study with Cancer Patients and Community Subjects. *The Open Addiction Journal*, 1, 7-9.

Joosten, E.A.G., Weert, G.H. de, Sensky, T. & Staak, C.P.F. van der, Jong, C.A.J. de (2008) Effect of shared decision-making on therapeutic alliance in addiction health care. *Patient Preference and Adherence*, 2, 277-285.

Joosten, E.A.G., Jong, C.A.J. de, Weert-Oene, G.H. de, Sensky, T. & Staak, C.P.F. van der (2009) Shared Decision-Making Reduces Drug Use and Psychiatric Severity in Substance-Dependent Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 245-253.

Joosten, E.A.G. (2009) *Let's Decide Together. Shared Decision-Making in Addiction Health Care*. Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen.

Kamperman, A. M. (2005). *Deconstructing ethnic differences in mental health of Surinamese, Moroccan and Turkish migrants in the Netherlands*. Vrije Universiteit, Amsterdam.

Knapen, L.J.M., Gogh, M. van, Carpentier, P., Verbrugge C.A.G., & Jong, C.A.J. de (2007) *Niet bij Methadon alleen. Een klinisch epidemiologisch onderzoek naar psychiatrische co-morbiditeit en co-morbide verslaving bij opiaatafhankelijke patiënten in een ambulante methadonbehandeling*. Nijmegen: Novadic-Kentron, Reinier van Arkel Groep en het NISPA.

Lempens, A., Wildschut, J., Knibbe, R. & Van de Mheen, D. (2001). *Straatgroep Utrechtse Druggebruikers rondom Hoog Catharijne*. Rotterdam: IVO.

Lilly, R., Quirk, A., Rhodes, T., & Stimson, T. (2000) Sociality in Methadone Treatment: understanding methadone treatment and service delivery as a social process. *Drugs: education, prevention and policy*, 7, 2, 163-178.

Loth, C.A., Slee, Y. (2010). *Professionele verpleegkundige zorg bij verslavingsproblemen*. In: Rutten, R., Loth, C.A. & Hulshoff, A. *Verslaving, Handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.

McGillycuddy, N.B. (2006) A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation & Developmental disabilities research reviews*, 12, 41-47.

Meuser, T.M. Progress in Dual Diagnosis Treatment (2003) In: Barnes, K.H. *Integrated Treatment of Dual Disorders, A Guide to Effective Practice*. New York: Guilford Press.

Miller, R.M. & Rollnick, S. (2005) *Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Ouderkerk aan de IJssel: Ekklesia.

Najavits, L.M. (2010) *Seeking Safety. Handboek behandeling trauma en verslaving*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Nobel-Kozinska, N., Broecke, J. van den & Jong, C. de (2009) Diagnostiek en behandeling van verslaving bij verstandelijk gehandicapte patiënten. In: Jong, C. A.J.de, Haan, H.A. de & Wetering, B. van de (2009) *Verslavingsgeneeskunde. Neurofarmacologie, psychiatrie en somatiek*. Assen: Van Gorcum.

Oliemeulen, (2007) E.A.P. *Ongehoord. Aansluitingsproblemen bij de behandeling van psychotische patiënten uit verschillende etnische groepen*. Proefschrift. Apeldoorn: Maklu.

Ouwehand, A.W., Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., Delden, E.B. van, & Mol, A (2011) . *IVS/LADIS 2010*. Houten: SIVZ

Palmer, D. & Ward, K. (2007). 'Lost': listening to the voices and mental health needs of forced migrants in London. *Med Confl Surviv*, 23(3), 198-212.

Saunders, B., Wilkinson, C. & Philips, M. (1995) The Impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction*, 90, 415-424.

Smits, C. & Van 't Land, H. (2008). *Allochtonen: psychische aandoeningen, zorggebruik en toegang. Trendrapportage GGZ 2008. Deel 2: Toegang en Zorggebruik. Basisanalyse*. Utrecht: Trimbos-Instituut.

Thijs, A., Huurne, C. ter & Heer, J. de (2007) *Palliatieve zorg aan verslaafden*. Deventer: Tactus verslavingszorg/Agora.

Thuijls, M.T.V., Zeegers, M.H.P., & Goderie, M.J.H. (2000) *Straatprostitutie en harddrugverslaving. Handboek verslaving*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Tjaden, B.R. (2004) *De Invloed van Etniciteit, Waarden en Normen en Behandelvisie op de Klinische Behandeling van Verslaafden: een prospectief onderzoek in drie instellingen voor verslavingszorg*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Van den Brink, W., Van de Glind, G., & Schippers, G. (2012) *Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving*. Utrecht: Ned. Ver. v. Psychiatrie/CCBH/Trimbos-instituut. www.ggzrichtlijnen.nl.

Van den Brink, W., Hendriks, V., Blanken, P., Koeter, M.W.J., Zwieter, B.J. van & Ree, J.M. van (2003) Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomized controlled trials. *BMJ*, 327, 310-316.

Van der Gouwe, D. & Cornelissen, H. (2004) *Druggebruikers over methadon*. Resultaten Scoren, Amersfoort: GGZ Nederland.

Van der Linde, I. van der (2009) Middel erger dan de kwaal? *Mainline*, 4, 4-5.

Van Heijst, A. (2005) *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Uitgeverij Klement.

Van Laar, M.W., Cruts, A.A.N., Ooyen-Houben, M.M.J. van, Meijer, R.F., Brunt, T., Croes, E.A., Ketelaars, A.P.M (2010) *Nationale Drug Monitor*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Verbrugge, C. & Jong, C.A.J. de (1999) Drugsvrij onder narcose. De therapeutische relatie tussen de verpleegkundige en de opiaatafhankelijke patiënt. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1999-5 479-489.

Witteveen, E. & Santen, G. van (2011) Belemmeringen voor methadonbehandeling in Amsterdam. Reflecties ter verbetering van het bereik. *Verslaving. Tijdschrift over verslavingsproblematiek*, 7, 1, 54-72.

Wolf, J., Mensink, C., Lubbe, P. van der & Planije, M. (2002) *Casemanagement voor langdurig verslaafden*. Utrecht: Resultaten Scoren, GGZ Nederland.

Wolfers, I., & Kwaak, M. van der (2003) *Gezondheidszorg en Cultuur*. Amsterdam VU Uitgeverij.

Zwarte Gat, het (2009) *Handvest Maastricht Raamovereenkomst* (www.hetzwartegat.nl).

Bijlagen bij hoofdstuk 2

Bijlage 1: Samenvatting ‘Samen beslissen’

Bijlage 2: Patiëntprofielen in de methadonuitgifte in Nederland

Samenvatting protocol ‘Samen Beslissen’

In nauwe samenwerking tussen cliëntenraad, wetenschappelijke commissies, cliënten en hulpverleners is binnen NISPA (Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction) de gespreksmodule Samen Beslissen tot stand gekomen. Samen Beslissen is een gestandaardiseerde methode om te komen tot een verantwoorde behandelingsovereenkomst, die op systematische wijze wordt geëvalueerd (Joosten, 2009). De behandelingsovereenkomst is gebaseerd op de overeenstemming tussen de individuele cliënt en de individuele hulpverlener over doelen voor en verwachtingen over de behandeling. Doordat bij aanvang van de behandeling systematisch aandacht wordt besteed aan de reële behoefte van de cliënt, kan de zorg doelmatig, vraaggericht, cliëntgericht afgestemd worden. Aan het einde van de behandeling wordt samen met de cliënt besproken welke doelen wel en welke niet gehaald zijn en wat daaraan heeft bijgedragen. De gebruikte procedure schenkt aandacht aan het aspect van onderhandelen over onderdelen van het behandelproces zoals dit beschreven staat in de wet over behandelingsovereenkomsten (WGBO). De methode van Samen Beslissen heeft bovendien invloed op: De cliënt, die meer bewust wordt van waar hij/zij werkelijk naar zoekt in een behandeling, en de mogelijkheid krijgt zijn/haar wensen duidelijk aan te geven. De hulpverlener, die meer bewust wordt van mogelijke verschillen in de doelen en verwachtingen van de cliënt en de (on)mogelijkheden van het behandel aanbod.

In de Engelse literatuur staan de aspecten waar Samen Beslissen zich op richt bekend als Shared Decision-Making (SDM). Hoewel er vooral literatuur te vinden is over toepassing en ontwikkeling van dit begrip in de lichamelijke gezondheidszorg zijn er een aantal principes die toepasbaar zijn in de geestelijke gezondheidszorg. Net zoals in de lichamelijke zorg wordt er in de geestelijke gezondheidszorg een toenemende nadruk gelegd op de zelfstandigheid van de cliënt en het actief betrekken van de cliënt bij beslissingen over zijn behandeling. De hulpverlener is niet langer de autoritaire persoon ‘die weet wat goed voor je is’. De therapeutische relatie tussen cliënt en hulpverlener is gelijkwaardiger geworden. Robinson & Thomson (2001) stellen dat zorg pas dan adequaat genoemd kan worden als de voorkeuren en de waarden van de cliënt in het proces van beslissingen maken zijn betrokken.

In een systematische literatuurstudie over SDM blijkt dat deze methodiek in het bijzonder geschikt is bij het nemen van langdurige beslissingen, voornamelijk bij chronische aandoeningen, en bovendien moet plaatsvinden binnen meerdere sessie binnen de behandeling (Joosten et al., 2008). Patiënten met chronische aandoeningen (bijvoorbeeld mensen met schizofrenie, suikerziekte, astma) moeten hun levensstijl en gewoontes veranderen om hun gezondheidstoestand te verbeteren. Montori, Gafni & Charles (2006) geven aan dat behandelingskeuzes in de chronische zorg, in tegenstelling tot acute zorg, een actievere cliëntrol vereist bij het nemen van beslissingen en ook de mogelijkheid heeft tot het uitgebreid herzien en veranderen van deze beslissingen. Bij acute zorg gaat meestal om minimale cliënt participatie en urgente situaties waarbij beslissingen vaak onomkeerbaar zijn.

Wetenschappelijk onderzoek

Binnen instellingen van het kenniscentrum NISPA heeft een succesvol onderzoek plaatsgevonden naar de effectiviteit van de interventie Samen Beslissen (Shared Decision-Making Intervention). De interventie bestaat uit een gestructureerde procedure van 5 sessies om te komen tot een

behandelingsovereenkomst. Hulpverleners van drie verslavingszorg instellingen in Nederland werden aselect toegewezen aan Samen Beslissen of de standaard procedure om tot een behandelingsovereenkomst te komen.

In totaal werden 220 cliënten met verslavingsproblematiek die intramurale behandeling kregen aselect toegewezen aan de Samen Beslissen interventie (n=111) en de standaard procedure (n=109). Samen Beslissen blijkt niet alleen een effectieve manier om een behandelingsovereenkomst te sluiten in de verslavingszorg, maar leidt ook tot vermindering van psychische klachten en de ernst van het druggebruik (Joosten et al., 2009). Het gezamenlijk opstellen van een behandelplan doet een beroep op de inbreng van beide partijen. De cliënt wordt daardoor assertiever en hulpverleners vinden dat ze beter werk leveren (Joosten et al., in press). Hulpverleners ervaren daarnaast een betere therapeutische relatie met hun cliënten (Joosten et al., 2008).

Bovendien is binnen dit onderzoek gekeken naar de behandelingsdoelen van zowel cliënt als hulpverlener. Cliënten in de Samen Beslissen groep benoemen de behandeldoelen Activiteiten overdag en Alcohol als belangrijkste. Hulpverleners gaven Psychische klachten, Activiteiten overdag, Alcohol en Drugs als belangrijkste doelen aan. Significante verschillen tussen cliënten en hulpverleners werden gevonden met betrekking tot lichamelijke gezondheid (cliënt > hulpverlener) en Psychische klachten (hulpverlener > cliënt). Aan het begin van de behandeling bleken cliënten die de interventie voltooiden minder overeenkomst te hebben met hun hulpverleners, maar gedurende de behandeling werd de overeenkomst steeds groter. Resultaten van deze studie tonen aan dat Samen Beslissen leidt tot meer eensgezindheid tussen cliënt en hulpverlener over de behandelingsdoelen (Joosten et al., 2011).

De conclusie van het proefschrift is dat Samen Beslissen een effectieve manier is om te komen tot en het evalueren van een behandelingsovereenkomst in de verslavingszorg. Dit onderzoek heeft geleid tot een evidence-based interventie en voorziet in een nieuw instrument waarbij cliënten en hulpverleners kunnen aangeven welke doelen ze belangrijk vinden voor de behandeling.

Gespreksmodule Samen Beslissen

De methode van Samen Beslissen maakt gebruik van een vragenlijst en kaartjes waarop 24 behandelingsdoelen staan beschreven. Deze behandelingsdoelen zijn gebaseerd op de Camberwell Assessment of Needs (McCrone et al., 2000; Phelan et al., 1995; Varo et al., 2002) waarbij twee doelen zijn toegevoegd: Gokken en Justitie/Politie. De vragenlijst bevat 24 levensgebieden waar mogelijk problemen kunnen zijn (bijvoorbeeld lichamelijke gezondheid, psychische klachten, sociale contacten, activiteiten overdag). De vragenlijst wordt gebruikt in twee varianten: een voor de cliënt en een voor de hulpverlener. De probleemgebieden zijn geformuleerd als doelen (actief geformuleerd als “ik wil gaan werken aan ...”) waarbij de cliënt kan aangeven of hij/zij *beslist*, *eventueel of beslist niet* wil werken aan deze doelen tijdens de behandeling. De hulpverlener doet exact hetzelfde en geeft per doel aan of de cliënt hieraan zou moeten werken tijdens de behandeling. Het invullen van de vragenlijst wordt gevolgd door het rangorderen van de doelen met behulp van de Q-sort kaarten (Cronbach, 1990). Deze kaarten beschrijven de 24 behandelingsdoelen zoals beschreven in de vragenlijst en ingedeeld in de bovengenoemde categorieën. Vervolgens wordt een rangordening gemaakt in belangrijkheid voor de categorieën beslist en eventueel. Patiënten kunnen aan de hand hiervan de behandelingsdoelen bediscussiëren om vervolgens te komen tot een gezamenlijk opgestelde behandelingsovereenkomst. De manier waarop de discussies en evaluaties met cliënt en hulpverlener uitgevoerd worden, lijkt op de methode waarop cliënten in verslavingszorginstellingen over het algemeen gestimuleerd worden hun behandelplan op te stellen en hun motivatie om te veranderen te verhogen (Rollnick & Miller,

1995; Miller & Rollnick, 2002). Binnen Samen Beslissen wordt gebruik gemaakt van elementen van motivationele gespreksvoering (MI – motivational interviewing). Hierbij wordt op een gestructureerde manier gebruik gemaakt van MI door middel van een protocol voor het verkennen en vergelijken van behandelingsdoelen welke uiteindelijk uitmondt in een overeenstemming over behandelingsdoelen.

Samen Beslissen is opgebouwd uit de volgende 5 sessies:

In de **eerste twee** gesprekken wordt uitgelegd wat de bedoeling is van de methode Samen Beslissen. Deze gesprekken vinden plaats in de eerste weken van de behandeling. Het gaat erom dat de doelen die de patiënt en de hulpverlener in de behandeling willen bereiken in kaart worden gebracht en besproken. Die bespreking moet leiden tot overeenstemming over de behandelingsovereenkomst. Deze overeenkomst dient vanzelfsprekend ook geëvalueerd te worden, liefst tijdens en in ieder geval aan het einde van de behandeling. Daartoe vullen zowel de patiënt als de hulpverlener afzonderlijk van elkaar een vragenlijst in over doelen en verwachtingen aangaande de behandeling. De resultaten van het invullen dienen om samen te kunnen spreken over doelen en verwachtingen, maar zijn ook geschikt om later te gebruiken voor de evaluatie. Tijdens het tweede gesprek worden de resultaten besproken en zijn de eventuele verschillen onderwerp van gesprek. Gestreefd wordt naar een dusdanige overeenstemming dat die uitmondt in de behandelingsovereenkomst.

Het **derde** gesprek van de gespreksmodule wordt gevoerd als de behandeling een tijd loopt. Tijdens dit gesprek worden de doelen en verwachtingen geëvalueerd en eventueel bijgesteld samen met de hulpverlener. Dit gebeurt ook weer aan de hand van door beide ingevulde vragenlijsten die weer voor bespreking worden voorbereid door de hulpverlener.

Het **vierde** gesprek bestaat uit een evaluatie aan het einde van de behandeling. Hierbij wordt gekeken of de vastgestelde doelen behaald zijn en of de verwachtingen uitgekomen zijn. Tevens wordt gekeken naar mogelijke redenen voor wel of niet behalen van de doelen of uitkomen van de verwachtingen. Tot slot worden er doelen opgesteld voor de eerste drie maanden na de behandeling.

Een **laatste** gesprek zal ongeveer drie maanden na de behandeling plaatsvinden. Hiervoor zal een follow-up sessie gehouden worden. Tijdens dit gesprek wordt gekeken in hoeverre de doelen behaald zijn die opgesteld zijn aan het einde van de behandeling. In het geval van vroegtijdige beëindiging valt het derde gesprek samen met het vierde gesprek en het moment van vertrek. De gehele module kan gezien worden als een minimale interventie als onderdeel van een complexer behandelingsaanbod.

Implementatie Samen Beslissen

Momenteel wordt met een subsidie van ZonMW/RS een implementatie van de module breed in de verslavingszorg uitgevoerd. Daarin hoort b.v. een web-based versie van Samen Beslissen. Voor meer informatie hierover kan contact worden opgenomen met het NISPA (www.nispa.nl).

Literatuur bij bijlage Samen Beslissen

Cronbach, L.J. (1990). *Essentials of Psychological Testing*. New York: Harper & Row.

Joosten E.A.G., DeFuentes-Merillas L., De Weert- Van Oene G.H., Sensky T. & Van der Staak C.P.F., De Jong C.A.J. (2008). Systematic review of the effects of shared decision making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy & Psychosomatics* 77(4): 219-226.

Joosten E.A.G., De Weert G.H., Sensky T., Van der Staak C.P.F. & De Jong C.A.J. (2008). Effect of shared decision-making on therapeutic alliance in addiction health care. *Patient Preference and Adherence*, 2: 277-285.

Joosten, E.A.G. (2009). *Let's decide together. Shared decision-making in addiction health care*. Proefschrift. Veghel: BEK Grafische Producties.

Joosten E.A.G., De Jong C.A.J., De Weert-Van Oene G.H., Sensky T. & Van der Staak C.P.F. (2009). Shared decision-making reduces drug use and psychiatric severity in substance-dependent patients. *Psychotherapy & Psychosomatics* 78: 245-253.

Joosten E.A.G., De Weert-Van Oene G.H., Sensky T., Van der Staak C.P.F. & De Jong C.A.J. (2011). Treatment goals in addiction healthcare: the perspectives of patients and clinicians. *The International Journal of Social Psychiatry* 57: 263-76.

Joosten E.A.G., De Jong C.A.J., De Weert – Van Oene G.H., Sensky T. & Van der Staak C.P.F. (In press). Shared decision-making increases autonomy in substance-dependent patients. *Substance Use and Misuse*.

McCrone, P., Leese, M., Thornicroft, G., Schene, A.H., Knudsen, H.C., Vazquea-Barquero, J.L., Lasalvia, A., Padfield, S., White, I.R. & Griffiths, G. (2000). Reliability of the Camberwell Assessment of Need-European Version. Epsilon study 6. European psychiatric services: inputs linked to outcome domains and needs. *British Journal of Psychiatry* 39, 34-40.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing, preparing people for change*, 2nd edition. New York: The Guilford Press.

Monitori, V.M., Gafni, A. & Charles, C. (2006). A shared treatment decision-making approach between patients with chronic conditions and their clinicians: the case of diabetes. *Health Expectations* 9: 25-36

Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., Strathdee, G., Loftus, L., McCrone, P. & Hayward, P. (1995). The camberwell assessment of need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 167: 589-595.

Robinson A. & Thomson R. (2001). Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools. *Quality in Health Care* 10 issue 1 (suppl): 34-38

Rollnick, S. & Miller, W.R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 23: 325-334.

Varo, C.R., Torres Gonzalez, F., Luna del Castillo, J., Jimenez Estevez, J., Martinez Montes, G. (2002). Reliability of the Spanish version of the camberwell assessment of needs. *Actas Espanolas de Psiquiatria* 30: 99-104.

Patiëntprofielen in de opiaatonderhoudsbehandeling

Profiel	Kenmerken verslaving	Kenmerken hulpverlening
<i>Scene mijder</i>	<ul style="list-style-type: none"> Komt alleen om drugs te kopen en om methadon af te halen bij reguliere instelling, Relatief laag gebruik drugs of geen gebruik van illegale middelen, probeert regelmatig af te kicken en/of te minderen, Goede gezondheidstoestand, Scoort laag op overlastindicatoren zoals criminaliteit (geweld en bedreiging), openbare orde (annexatie openbare ruimte) en audiovisueel (verloedering en onaangepast en hinderlijk gedrag), Heeft contact met familie en niet-gebruikende vrienden, Heeft eigen woonruimte. 	<p>Doel hulpverlening moet zijn: patiënt buiten de scene houden met minimale contacten met hulpverlening. In toekomst een apotheekverstrekking voor de medicatie, bij instelling eens per week opening polikliniek.</p> <p>Begeleiding indien gewenst op re-integratie en actief gericht op ontgiften/clean worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> in niet-gebruikende omgeving, in sociale netwerken, in onderwijs, in gezondheidszorg. <p>Door medicatieverstrekking minimaal twee maal per jaar contact met de verslavingsarts en (verpleegkundig) eerste hulpverlener.</p>
<i>Scene bezoeker</i>	<ul style="list-style-type: none"> Komt om te kopen en te gebruiken in het openbaar en methadon af te halen (bij reguliere instelling), Heeft redelijke controle over het gebruik, Heeft wel een eigen woning maar onderhoudt sociale contacten in de scene, Laag heroïne- en hoog cocaïnegebruik, Heeft meestal de opleiding niet afgemaakt, Geen tot weinig dagvulling behalve scoren van de dope, Heeft inkomen/uitkering, soms met uitkeringsbeheer met kleine extra verdiensten, Heeft openstaande boetes/overlast aanwezig. 	<p>Doel hulpverlening moet zijn: patiënt zo min mogelijk in de drugscene laten blijven.</p> <p>Reguliere contacten via de medicatieverstrekking en intensieve hulpverlening: drang om vicieuze cirkel te doorbreken.</p> <p>Medicatieverstrekking drie maal per week of via de eerste hulpverlener op locatie/thuissituatie met als doelen; controle krijgen en houden over het gebruik, mogelijkheden ontwikkelen om zich te kunnen distantiëren van de scene, stimuleren tot een dagvulling en terugvalpreventie.</p>
<i>Scene bewoner</i>	<ul style="list-style-type: none"> Gebruikt dagelijks veel en van alles: koopt en gebruikt in de scene (is afhankelijk van de scene), methadon op de zwarte markt, Heeft lichamelijke klachten; uitputting en ondergewicht, Heeft psychische klachten; trauma's in eerder leven, Vaak sprake van algehele verwaarlozing (gebit, lichamelijke zorg en zelfverzorging) en geen vermogen om hier iets aan te doen, Geen of weinig contacten met familie en niet gebruikende vrienden, Weinig contacten met de hulpverlening, Vaak geen werk of geen intentie om werk te zoeken, Woont en leeft in de scene, heeft alle contacten daar en vaak geen woonruimte, Verwerft inkomen in de scene, heeft geen uitkering en is niet verzekerd. 	<p>Doel van de hulpverlening moet zijn: beperking van de overlast en hulp bij acute en chronische psychische, somatische en sociale problemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bemoezorg die is ingebed in de basiszorgvoorzieningen zoals medicatiepoli, dagcentrum, nachtopvang en gebruikruimte. Met een actieve benadering waarbij de hulpverlener zich niet richt op de eigen verantwoordelijkheid van de verslaafde patiënt maar zich richt op het insluiten in de hulpverlening en zo de gevolgen van gedrag probeert te verduidelijken, Medicatieverstrekking dagelijks op locatie via de poli of door outreachende hulp; <ul style="list-style-type: none"> – outreachende intensieve praktische hulp inclusief medicatieverstrekking, – zorg op maat – groepsgericht begeleid wonen, gezonde sociale contacten en regelmatig leven – werkprojecten, structuur in dagelijkse leven – nachtopvang

3. Veel voorkomende somatische en psychische aandoeningen bij een chronische opiaatverslaving

3.1 Inleiding

Een chronische opiaatverslaving heeft een grote impact op diverse organen en/of orgaansystemen, vanwege de specifieke effecten van het betreffende middel en vanwege de gevolgen van de destructieve leefstijl die verslaving met zich mee kan brengen. Ook hebben veel patiënten een ongezonde leefstijl (on gezond voedingspatroon, te weinig beweging en een onregelgd slaap/waakpatroon) waardoor diverse gezondheidproblemen ontstaan. De afgelopen jaren neemt bijvoorbeeld het aantal patiënten met overgewicht snel toe (Noorlander, 2008). Dit hoofdstuk bevat informatie over veel voorkomende somatische en psychische aandoeningen die van belang is om een adequate medische gegevensverzameling bij nieuwe patiënten te starten. Na het starten van de behandeling gaat de gegevensverzameling door, via het monitoren van de gezondheidstoestand van de patiënt op de momenten dat deze de medicatie komt halen (kortdurende contacten) en tijdens de begeleidingsgesprekken (langer durende contacten).

3.2 Longziekten

Bij opiaatverslaving is het voorkomen van (chronische) longziekten meer regel dan uitzondering. Denk hierbij aan chronische bronchitis, het frequenter voorkomen van longinfecties als ook het ontstaan van granulomateuze infecties als gevolg van onzuiverheden in de geïnhaleerde heroïne. Opiaten kunnen een allergische reactie veroorzaken. Dit kan zowel een huidreactie geven alsook astmatische reacties. Dit is met name bekend bij heroïne. Het voorkomen van een dergelijke reactie is niet gerelateerd aan de wijze waarop het middel is gebruikt (roken/snuiven/injecteren) en hoeft ook niet gerelateerd te zijn aan een eerste maal gebruik of de hoogte van de dosering. Bacteriële longontsteking komt relatief vaak voor bij drugsgebruikers (opiaten en andere drugs). Dit komt mede doordat zij vaak minder diep doorademen en opiaten de hoestreflex dempen. Daarnaast worden pijngevoelens minder heftig beleefd door de werking van de heroïne, zodat pijnklachten door een longontsteking niet tijdig worden opgemerkt. De longontsteking kan ook een eerste symptoom van HIV zijn.

In deze paragraaf zullen we nader ingaan op nicotineverslaving, COPD en TBC.

Nicotineverslaving

Het roken van sigaretten vergroot de kans op longziekten, maar ook hart- en vaatziekten (zie 3.3) en diverse vormen van kanker. In Nederland is nicotineverslaving een van de grootste co-morbide verslavingen naast opiaatverslaving, meestal via het roken van sigaretten. 98% van de opiaatverslaafde patiënten rookt tabak (CBO, 2009). Nicotineverslaving gaat vaak samen met andere verslavingen, mede omdat de genetische aanleg daarvoor al aanwezig is. Er zijn aanwijzingen dat abstinente patiënten die doorgaan met roken sneller terugvallen in het gebruik van verslavende middelen. Nicotine lijkt een 'portiersfunctie' te hebben voor andere verslavingen. De neurobiologische overeenkomsten versterken elkaar (CBO, 2009). De stof nicotine geeft negatieve symptomen bij schizofrenie, zoals verlies van initiatief en vervlakking emoties afnemen, maar daar staat tegenover dat nicotine ook rechtstreeks klachten veroorzaakt zoals stressverschijnselen en depressieve klachten. Daarnaast heeft de stof een slecht effect op de kwaliteit van de slaap. Heroïne- en methadongebruik lijken ook behoefte aan nicotine te veroorzaken (CBO, 2009; van der Stel, 2006).

COPD

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) komt onder opiaatverslaafde patiënten tienmaal vaker voor dan in een gangbare huisartsenpraktijk (Voskamp, Lameris, van den Brink & de Haan, 2009). COPD wordt met name veroorzaakt door het roken van sigaretten, maar ook door het roken van gecontamineerde heroïne en het roken van cannabis. Het vroegtijdig herkennen is belangrijk en voorkomt problemen (Voskamp, Lameris, van den Brink & de Haan, 2009). COPD is een aandoening die wordt gekarakteriseerd door een niet volledig omkeerbare luchtwegobstructie die in het algemeen progressief is. Het wordt veroorzaakt door een abnormale ontstekingsreactie van de longen op schadelijke deeltjes of gassen; een chronisch ontstekingsproces in de centrale en perifere luchtwegen, het longparenchym en de longbloedvaten. De ernst van COPD wordt mede bepaald door de ernst van de kortademigheid en van andere klachten (hoesten, slijm opgeven), de ernst en frequentie van acute verergeringen van de klachten (productief hoesten en/of kortademigheid), de beperkingen van het inspanningsvermogen, de kwaliteit van leven en de aanwezigheid van comorbiditeit (NHG, 2011).

Extra aandacht en verder onderzoek zijn nodig als de volgende klachten optreden:

- hoesten: productieve (ochtend)hoest, chronisch hoesten (> 3 maanden);
- piepende ademhaling;
- kortademigheid;
- problemen met het opgeven van slijm;
- ongewenst gewichtsverlies of spierkrachtverlies.

Voor de verdere diagnostiek, behandeling en afstemming van de zorg verwijzen wij naar de NHG standaard COPD uit 2011. Samenwerking met de plaatselijke longpolikliniek (afstemming taken verslavingsarts en longspecialist) is belangrijk, zeker voor de kwaliteit van zorg bij de zorgmijdende patiënten.

COPD en heroïnegebruik

Het roken van heroïne en andere drugs is problematisch bij COPD; heroïne onderdrukt het ademhalingscentrum in de hersenen en door het inhaleren, maar ook door het snuiven ervan kan een astma aanval uitgelokt worden met soms dodelijke gevolgen. Bovendien is de invloed van contaminaties van de heroïne op de ademhaling zeer gevaarlijk bij mensen met astma en COPD. Het overgrote deel van de aan heroïne verslaafde patiënten rookt de heroïne. Een groot deel van de patiënten rapporteert ernstige kortademigheid; de longfunctie is bij deze patiënten slecht (Voskamp et al., 2009). Te lang te weinig zuurstof in kunnen ademen veroorzaakt klachten zoals diffusie stoornis (gaswisselingsstoornis), infecties, bloedarmoede en verzwakte ademhalingsspieren (Noorlander, 2008).

TBC

Tuberculose komt onder drugsgebruikers relatief vaak voor. TBC kan leiden tot infecties van het skelet (Hoogenboezem, Baas, De Gree & Vossenbergh, 2008; Noorlander, 2008). Een terugkerende halfjaarlijkse screening op TBC wordt aanbevolen.

3.3 Hart- en vaatziekten

Injecteren van illegale drugs kan leiden tot het ontstaan van onder andere ontstekingsprocessen. Deze kunnen een aderontsteking (flebitis), oedeem en trombose veroorzaken op de injectieplaats, maar kunnen bijvoorbeeld ook ontsteking van de hartkleppen (endocarditis). Het roken van tabak veroorzaakt eveneens hart- en vaatziekten. Volgens de Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving (herziene versie in 2009) verhoogt het roken aanzienlijk de kans op:

- vaatvernauwing en een verminderde circulatie in de coronaire vaten,
- atherosclerose in de abdominale aorta en occlusieve aandoeningen in de vertakkingen,
- myocardinfarct,
- plotselinge hartstilstand,
- beroerte,
- ziekte aan het perifere vaatstelsel,
- abdominale verwijdingen van de aorta.

De kans op deze aandoeningen neemt toe met het aantal sigaretten per dag, de mate van inhaleren en het aantal jaren dat er wordt gerookt. Gezien de hoge prevalentie van het roken van tabak onder opiaatverslaafden (98%) is het risico op hart- en vaatziekten hoog.

Opiaatvervangende medicatie in combinatie met andere medicatie en een QTc-tijd verlenging

Volgens de MDR Opiaatverslaving (Van den Brink, Van de Glind & Schippers, 2012) is het verschil in mortaliteit bij methadongebruik tussen chronische drugsverslaafde en andere patiënten waarschijnlijk toe te schrijven aan de indicatie en de daarmee gepaarde gaande leefwijze: verslaving versus pijn. Methadon heeft de unieke eigenschap vergeleken met de meeste andere opiaten dat de QTc-tijd wordt verlengd. Het Lange QT syndroom betreft een aandoening waarbij, zoals de naam al doet vermoeden, de QT tijd op het ECG verlengd is. Dit kan aangeboren zijn, maar ook verworven. Bij een verlengde QT tijd is de repolarisatie vertraagd. Dat wil zeggen dat de hartcellen langer nodig hebben om zich klaar te maken voor de volgende slag. Als er een nieuwe hartslag komt, terwijl nog niet alle hartcellen daar klaar voor zijn, kunnen ernstige ritmestoornissen ontstaan, zoals Torsades de Pointes en ventrikelfibrilleren (zie voor meer informatie: www.torsade.org). Deze hartritmestoornis kan optreden omdat het rechtsdraaiend methadon zich bindt aan hERG kalium kanalen in het hart, waardoor de repolarisatie wordt vertraagd, leidend tot verlenging van de QTc tijd. Dit effect van methadon is, in tegenstelling tot de ademdepressie, niet onderhevig aan de ontwikkeling van tolerantie voor methadon. Met name bij hoge doseringen methadon (100 mg/dag) is het risico voor een verlengde QTc tijd verhoogd. Bij veel methadonpatiënten met Torsades de Pointes is er naast een behandeling met methadon ook sprake van behandeling met QTc verlengende medicijnen voor cardiale symptomen of een gedocumenteerde cardiale afwijking en/of van psychiatrisch pathologie. Informeer iedere patiënt die start met methadon over de risico's van hartritmestoornissen.

Een goede screening op deze risicofactoren voor Torsades de Pointes is gerechtvaardigd omdat a) nicotine- en cocaïnemisbruik veel voorkomt, wat leidt tot een verhoogd risico op hart- en vaatziekten (HVZ) en omdat b) methadongebruik vaak aanleiding geeft tot een verlengd QTc-interval. Dit zou het risico op deze fatale ritmestoornissen kunnen verminderen, zonder de uitvoerbaarheid van een methadonbehandeling in gevaar te brengen. Een voor de dagelijkse praktijk goede screening op risicofactoren houdt in (Van den Brink, Van de Glind & Schippers, 2012; Soair, Boonstra, & Ten Holt, 2012):

1. Vraag de patiënt bij wie voor het eerst een behandeling met methadon overwogen wordt of hij/zij bekend is met een hartziekte, hartritmestoornissen of wegrakingen (een kortdurend bewustzijnverlies), die verdacht zijn voor een hartafwijking;
2. Wees attent op mogelijke interacties met andere geneesmiddelen die QTc kunnen verlengen of de farmacokinetiek van methadon kunnen wijzigen (zie hiervoor www.qtdrugs.org);
3. Maak een familieanamnese voor plotselinge dood, flauwvallen (ten gevolge van Lang QT Syndroom, LQTS) en andere cardiale problematiek;

4. Extra lichamelijk onderzoek: RR, pols, hartuis, oedeem (let op brachiecardie en hypotensie);
5. Laboratoriumonderzoek; leverfuncties, elektrolyten (met name K⁺), glucose.

Herhaal het onderzoek met name bij patiënten wanneer deze in omstandigheden komen die de QTc tijd kunnen verlengen, zoals psychiatrische medicatie of wanneer de patiënt klaagt over wegrakingen of insulten.

Indien er sprake is van risicofactoren dient allereerst de patiënt hierover te worden geïnformeerd en te worden voorgelicht over de behandelopties (vervanging van de methadon door buprenorfine). Vooraf aan de behandeling moet een ECG worden gemaakt, gevolgd door een controle na een maand na de start van de behandeling en daarna ieder jaar (Soair, Boonstra, & Ten Holt, 2012).

Voor het al of niet maken en opvolgen van een ECG gelden de volgende adviezen:

Tabel 3.1

Aan het begin van een methadonbehandeling	
Bij een uitgang-ECG met een: <ul style="list-style-type: none"> • 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 uitgang-ECG met een: <ul style="list-style-type: none"> • 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
Bij patiënten die al langer methadon gebruiken en bij wie nooit aanwijzingen voor het bestaan van cardiale problemen zijn gevonden	Er hoeft geen ECG gemaakt te worden, behalve als de dosering verhoogd wordt tot boven 100mg/dag of wanneer er sprake is van toevoeging van medicament(en) waarvan bekend is dat het kan leiden tot verhoging van de QTc. Overwogen kan dan worden over te stappen naar buprenorfine

Zie voor meer informatie o.a. over de diverse soorten medicijnen en QTc tijd verlenging: www.torsade.org.

3.4 Infectieziekten

Heroïnegebruik en/of gebruik van andere drugs verhoogt niet alleen de kans op longinfecties (zie § 3.2) maar ook de kans op andere infecties. Dit komt door (Hoogenboezem, et al. 2008):

- de werking van heroïne: heroïnegebruik veroorzaakt mogelijk - middels een effect op de lymfocytenwerking - een verminderde afweer en daardoor een afname van immuniteit. Het steeds vaker voorkomen van infecties met streptokokken, stafylokokken en Gram-negatieve bacteriën bevestigt dit vermoeden;
- het onveilige gebruik van drugs: intraveneus drugsgebruik kan leiden tot infecties van skelet en gewrichten door met name de streptokokken en stafylokokken. Uit onderzoek blijkt dat straatheroïne veelal sporen van bacteriën bevat (sporen van de Clostridium Tetani en de Botulinum), ook na verhitte van de heroïne;
- het risicovolle gedrag dat voortkomt uit het gebruik van drugs.

Huid

Infectie van de huid en weke delen treden meestal op door het niet steriel injecteren door bijvoorbeeld het delen van onderdelen van de injectiespuit. Cellulitis, abscessen, gasgangreen, gangreen van Fournier (peracute gangreneuze bacteriële cellulitis van het scrotum) en thromboflebitis worden veel gezien. Ook infecties met de Stafylococcus Aureus komen vaker voor, waarvan de MRSA-variant die meticillineresistent is gevaarlijk is. Wondbotulisme veroorzaakt door de anaerobe bacterie Clostridium Botulium komt steeds vaker voor door met name subcutane injecties.

Gebit

Cariës en parodontitis komen veel voor doordat de drugs zelf het tandglazuur aantasten, dat de natuurlijke speekselvloed vermindert en de patiënten veelal een slechte mondhygiëne toepassen. Cariës en parodontitis leiden tot problemen in de algehele conditie, vanwege de continue aanwezigheid van een infectiebron en door het slechte eetpatroon. Patiënten spreken de wens uit om deze informatie in een patiëntenfolder om te zetten om patiënten hierover beter voor te lichten.

Influenza

Gezondheidswinst is te behalen door het vaccineren tegen influenza. Patiënten van 60 jaar en ouder, patiënten met longaandoeningen, hart- en vaatziekten of diabetes mellitus komen via de Stichting Nationale Griep Preventie (SNPG) in aanmerking voor een grieprik. Ook de chronisch verslaafde lijkt een grotere gevoeligheid voor influenza te hebben en komt daarom in aanmerking voor de jaarlijkse griepvaccinatie.

BOA/SOA

HIV en hepatitis B en C zijn de meest voorkomende virale bloedoverdraagbare (BOA) en seksueel overdraagbare (SOA) infecties (Sundhedsstyrelsen, 2008; World Health Organization, 2009; Meader, Li, Des Jarlais & Pilling, 2010). Vaccinatie tegen hepatitis B wordt aanbevolen. Ook een systematische screening op humaan immunodeficiëntievirus (HIV), hepatitis B-virus (HBV), hepatitis C-virus (HCV) gevolgd door behandeling, levert gezondheidswinst op. Deze infecties kunnen zich zowel voordoen door het gebruik van besmette naalden, dan wel door onveilig seksueel contact. Screening op het voorkomen van overige SOA (waaronder syfilis, gonorrhoe en chlamydia) dient aangeboden te worden aan de verslaafde patiënten die een actueel risico op deze aandoeningen lopen vanwege bijvoorbeeld het werken als prostituee en andere omstandigheden die tot onveilige seksuele contacten kunnen leiden. SOA's komen regelmatig asymptomatisch voor en systematische screening is daarom belangrijk. Dit voorkomt verdere verspreiding en levert gezondheidswinst voor de patiënt zelf. Voorlichting geven blijft belangrijk, evenals het doorverwijzen naar de plaatselijke GGD of SOA kliniek voor screening en zo nodig behandeling.

Lever

Jaarlijks worden tussen de 600-700 nieuwe patiënten met HCV gemeld, waarvan ruim de helft van de patiënten intraveneus drugs gebruikt. Twintig procent van hen geneest zonder interventies, 80% blijft chronisch geïnfecteerd (Buddingh-Knol, Wijdeveld & de Haan, 2009). Buddingh-Knol et al. (2009) rapporteren de volgende somatische symptomen; ascites, perifere oedemen, jeuk en algemene malaise. Zij wijzen echter ook op de bijkomende neuropsychiatrische verschijnselen die in eerste instantie leiden tot cognitieve achteruitgang; stoornissen in aandacht, concentratie en psychomotore snelheid. Maar ook

toenemende slaperigheid of juist slapeloosheid treden op. In een later stadium zien we dan stoornissen in het geheugen, verwardheid en soms verandering in persoonlijkheid (bijvoorbeeld agressie). De beslissing om te gaan behandelen wordt door de MDL arts/internist mede bepaald door de co-morbide psychiatrie en de ernst van de verslavingsproblematiek. Contra-indicaties voor de behandeling zijn: overmatig alcoholgebruik, dakloosheid, slechte therapietrouw en depressie. Het co-morbide alcoholgebruik veroorzaakt een slechtere therapietrouw en een verslechterende functie van de lever. Tot nu toe blijkt de helft van de behandelingen tot genezing te leiden, en in de rest van de gevallen ontstaat een chronische hepatitis die in 10-20% van de gevallen leidt tot en levercirrose (Buddingh-Knol et al, 2009). Voor meer details over de behandeling van HVC verwijzen wij naar de Richtlijn Behandeling van Chronische Hepatitis C Virusinfectie van Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen.

3.5 Maligniteiten

Met name door het gebruik van alcohol, gebruik van nicotine en de ongezonde leefstijl komen maligniteiten (kanker) veel voor onder deze patiëntengroep. Primaire leverkanker heeft meestal een chronische leverziekte (chronische hepatitis B of C, alcoholische hepatitis (hepatitis door langdurig alcoholgebruik) als oorzaak en hangt samen met het hebben van levercirrose: in meer dan 80% van de gevallen van primaire leverkanker heeft die persoon ook levercirrose.

Kanker wordt in de dagelijkse praktijk vaak laat herkend, met name door de gebrekkige behandelrelatie die veel patiënten hebben. Regelmatige behandelcontacten met artsen en verpleegkundigen die hiervoor aandacht hebben zouden hier verbetering in kunnen brengen.

3.6 Psychiatrische comorbiditeit

Co-morbide psychiatrische stoornissen dan wel cognitieve beperkingen komen regelmatig voor bij opiaatafhankelijke patiënten. Meer dan 80% van de heroïneverslaafde patiënten heeft te maken met co-morbide psychiatrische stoornissen (Knapen, van Gogh, Carpentier, Verbrugge & de Jong, 2007; CBO, 2009; WHO, 2009; Van den Brink, van de Glind, & Schippers, 2012). Er is sprake van:

- stemmingsstoornissen: recidiverende depressies, bipolaire stoornissen en dysthyme stoornissen;
- angststoornissen: fobieën, gegeneraliseerde angststoornissen, obsessief-compulsieve stoornissen, paniekstoornis en PTSS;
- persoonlijkheidsproblematiek;
- ADHD;
- psychotische stoornissen en/of episodes.

Persoonlijkheidsstoornissen, vooral van het cluster B: antisociale, borderline en narcistische persoonlijkheidsstoornissen, komen vaak voor bij heroïneverslaafde patiënten (bij 50% van de patiënten in een methadonprogramma: Knapen, van Gogh, Carpentier, Verbrugge & de Jong, 2007; CBO, 2009; WHO, 2009; Van den Brink, van de Glind, & Schippers, 2012). Daarbij moet wel worden opgemerkt dat de differentiaal diagnose van verslavingsgedrag moeilijk is en dat verslavingsgedrag vaak als antisociale persoonlijkheidsstoornis wordt gediagnosticeerd. Dat doet geen recht aan de patiënt (Noorlander, 2008). Bij een chronische opiaatverslaving is het middelengebruik een risicofactor voor de psychische problematiek en andersom (Rutten, 2008; Van den Brink, van de Glind, & Schippers, 2012).

Cognitieve problemen

Bij een vermoeden van cognitieve problematiek (een aangeboren licht verstandelijke beperking en/of verworven cognitieve problematiek) wordt aangeraden om de MMSE (Minimal Mental State Examination:

www.trimbosinstituut/mmse) of the MOCA (Montreal Cognitive Assessment: www.mocatest.org) af te nemen (zie bijlage 1). Bij een positieve uitslag moet goede diagnostiek worden uitgezet met behulp van cognitieve testen. Bij een gebleken licht verstandelijke beperking is het aan te raden een samenwerking te bewerkstelligen met de Verstandelijk Gehandicapten Zorgsector.

Justitiabelen

In de richtlijn Medicamenteuze Zorg aan Gedetineerde Verslaafden (DJI & CBO, 2008) staat vermeld dat de prevalentie van verslavingsproblematiek onder gedetineerden ongeveer 50% bedraagt. Vijftig procent van deze groep heeft daarnaast ook co-morbide psychiatrische problematiek. De verwervingscriminaliteit wordt in Nederland voor een belangrijk deel veroorzaakt door een kleine groep veelplegers, die – al hoewel hun aandeel daalt - vooral uit harddruggebruikers bestaat (DJI & CBO, 2008). Het betreft hier patiënten die ook vaak bekend zijn in de verslavingszorg. Goede overdracht en communicatie met de medische diensten van de diverse DJI instellingen is van groot belang voor de continuïteit van de behandeling. Voor de verdere inhoud van de behandeling tijdens detentie verwijzen wij naar de hierboven genoemde richtlijn. Patiënten die in aanraking komen met de politie en vast komen te zitten in politiecellen vragen om een goede voortzetting van de behandeling, met name van de medicamenteuze behandeling. Goede communicatie en afstemming met de medewerkers van de cellengangen en met de artsen en psychiaters van de GGD is van belang. Instellingsgebonden protocollen zijn hierbij noodzakelijk. Zie hiervoor hoofdstuk 6.

3.7 Metabool syndroom

Bij het voorschrijven van psychofarmaca is het monitoren van de somatische toestand noodzakelijk vanwege de bijwerkingen van die medicatie, die ingrijpend kunnen zijn voor de gezondheidstoestand van de patiënt. Een van de risico's is het ontstaan van het metabool syndroom: een combinatie van hoge bloeddruk, suikerziekte, verhoogd cholesterol en overgewicht. Bij de zogeheten atypische antipsychotica is een verhoogd risico op het optreden van het metabool syndroom. Atypische antipsychotica zijn middelen die in de hersenen het effect van natuurlijk voorkomende stoffen dopamine en serotonine verminderen. Deze middelen worden gebruikt bij de behandeling van psychoses en bij de behandeling van een acute manische bui. Voorbeelden zijn olanzapine, quetiapine en risperidon. Bij voorschrijven zijn een uitgebreide anamnese en indicatie voor vervolgonderzoek van belang. Verpleegkundigen en artsen moeten alert zijn op plotselinge gewichtstoename bij patiënten die daarnaast roken, ongezond eten en te weinig bewegen (Van der Kellen, 2011; Souverijn, 2011). Bij lithium zijn de marges klein en dus het risico op ernstige gezondheidsproblemen zo groot, dat het een vraag is of dit middel veilig toepasbaar is in de verslavingspsychiatrie. Verder vereisen carbamazepine, valproïnezuur, lamotrigine, clozapine speciale aandacht. Er is sprake van het metabool syndroom bij een combinatie van drie of meer van de volgende kenmerken (International Diabetes Federation):

Tabel 3.2

Centrale obesitas en twee van de volgende criteria	
Triglyceride	≥ 1,7 mmol/L
HDL	man < 1,03 mmol/L vrouw < 1,29 mmol/L
Bloeddruk	systolisch ≥ 130 mm Hg diastolisch ≥ 85 mm Hg
glucose (nuchter)	≥ 5,6 mmol/L of: bekend met DMII

Tabel 3.3

Criteria centrale obesitas		
BMI > 30 kg/m ² of buikomvang volgens onderstaande		
Afkomst	Geslacht	cm
Europide Subsahara Afrikaans Oostelijke Middellandse Zee en Midden Oosten	Man	≥ 94
	Vrouw	≥ 80
Zuid-Aziatisch Chinees Japans Centraal- en Zuid-Amerikaans	Man	≥ 90
	Vrouw	≥ 80

De literatuur geeft aan dat de prevalentie van het syndroom bij patiënten met schizofrenie hoog is (40%). In de ambulante verslavingszorg komen veel patiënten met dit ziektebeeld in combinatie met een chronische verslaving voor. Vroegtijdige opsporing is van belang om de cardiovasculaire risicofactoren en diabetes mellitus snel te kunnen behandelen. Het screenen op het syndroom en het monitoren valt onder de eindverantwoordelijkheid van de verslavingsarts en/of specialist met een vertaling in de dagelijkse praktijk door een verpleegkundig specialist. Screening vindt plaats als nulmeting en follow-up na drie, zes en twaalf maanden op (Souverijn, 2011):

- Somatische en familiale anamnese met betrekking tot hart- en vaatziekten en diabetes mellitus;
- Bepaling van:
 - Bloeddruk, pols, lengte en gewicht;
 - BMI en buikomvang;
 - Labwaarden; totaal cholesterol, HDL, LDL, nuchtere triglyceriden, nuchtere glucose, HbA_{1c}, kalium en kreatinine.

Behandeling van het metabool syndroom is gericht op het terugdringen van het overgewicht, meer bewegen en stoppen met roken. Medicamenteus beleid is gericht op gewichtsreductie, ondersteuning bij het stoppen met roken, bestrijding van hypertensie, vetspectrumstoornissen, diabetes mellitus en hart- en vaatziekten.

3.8 Ondervoeding

De oorzaken van ondervoeding bij langdurig gebruik van opiaten zijn de volgende (Noorlander, 2008):

- obstipatie door het heroïnegebruik, wat leidt tot een onderdrukking van het hongergevoel;
- een ongezonde levensstijl en zelfverwaarlozing;
- tandtechnische en andere mondproblematiek door heroïnegebruik, die kan leiden tot slechte eetgewoontes.

Daarnaast kan er sprake zijn van een verhoogde energiebehoefte voor herstel. Verschijnselen die kunnen optreden bij ondervoeding zijn: de afbraak van eigen lichaamsweefsel (spierstijfheid bij opstaan is een belangrijk signaal), vermagering, duizeligheid, een bleke, koude huid die dun en droog aanvoelt of juist klam (angst), uitstekende botten (bij zeer ver gevorderd stadium van ondervoeding), droog en uitvallend haar en aantasting van alle orgaanfuncties. Ondervoeding kan zorgen dat de gezondheid in een negatieve spiraal terecht komt. Door een daling van de weerstand is de kans op complicaties, zoals decubitus en infecties, groter. Ook heeft het lichaam meer moeite met herstellen. Hierdoor neemt de kwaliteit van leven verder af. Volwassenen zijn volgens de LESA (Mensink, 2010) ondervoed bij een BMI minder dan 18,5 of bij onbedoeld gewichtsverlies van meer dan 5% in de afgelopen 4 weken of meer dan 10% in het afgelopen half jaar. De behandeling bestaat uit een voedingsbehandelplan opgesteld door een diëtiste, eventueel aangevuld met vitamine- en mineralen-suppletie (in ieder geval vit. B1). De rol van verslavingsarts en –verpleegkundige is het monitoren van de voedselinname en het lichaamsgewicht. Door een langere periode van slechte voeding kan bij het hervatten van een normaal eetpatroon het *refeeding syndrome* ontstaan. Na ernstige ondervoeding kan niet klakkeloos worden gestart met het toedienen van eiwitten en/of koolhydraten. De op gang komende synthese van glycogeen, vetten en eiwitten vereist fosfaten, magnesium en kalium, en wanneer die voorraden uitgeput zijn kan dit leiden tot hartritmestoornissen en acute dood. Om dit *refeeding syndrome* te vermijden is van meet af aan expertise en straffe monitoring (observatie patiënt en laboratoriumwaarden) vereist. Dit kan worden uitgevoerd door de verslavingsarts in samenwerking met de verpleegkundig specialist en met de diëtist. Als deze voorwaarden ontbreken of de toestand van de patiënt is slecht, dan is op indicatie en na overleg met een medisch specialist een opname in een algemeen ziekenhuis geïndiceerd.

Literatuur

- Buddingh-Knol, C., Wijdeveld, T. & Haan de, H. (2009). Neuropsychiatrische symptomen van hepatitis C. In: Jong de, C.A.J., Haan de, H. & Wetering van de, B. *Verslavingsgeneeskunde. Neurofarmacologie, psychiatrie en somatiek*. Assen: Van Gorcum.
- Carpentier, P.J., Krabbe, P., Gogh, M. van, Knapen, L., Buitelaar, J.K. & Jong, C.A.J. de (2009). Psychiatric Co-morbidity Reduces Quality of Live in Chronic Methadone Maintained Patiënts. *The American Journal of Addictions*, 18, 470-480.
- Carpentier, P.J., Gogh, M. van, Knapen, M., Buitelaar, J.K. & Jong, C.A.J. de (2011). Influence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder on Opioid Dependency Severity and Psychiatric Co-morbidity in Chronic Methadone-Maintained Patiënts. *Addiction Research*, 17,10-20.
- CBO (2004). *Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving, herziening 2009*. Utrecht: CBO.
- CCBH (2010). *Handboek Behandeling met heroïne op Medisch Voorschrift. Veldnomen*. Utrecht: CCBH.
- DJI, & CBO (2008). *Richtlijn Medicamenteuze Zorg aan Gedetineerde Verslaafden*. Den Haag: DJI.
- Hoogenboezem, G., Baas, I., Gree, A. de & Vossenbergh, P. (2008). *Heroïnegebruikers en infectieziekten. Risicogedrag en gezondheid onder gemarginaliseerde heroïnegebruikers in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- International Diabetes Federation (IDF) (2006). *The IDF worldwide definition of the Metabolic Syndrome*. Brussel: IDF Communication.
- Mensink, P.A.J.S. (2010). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Ondervoeding, *Huisarts & Wetenschap*, 53/7, 57-60.
- Meader, N., Li, R., Des Jarlais, D.C. & Pilling, S. (2010). *Psychosocial interventions for reducing injection and sexual behavior for preventing HIV in drug users (Review)*: www.thecochranelibrary.com.
- Najavits, L.M. (2010). Seeking Safety. Handboek behandeling trauma en verslaving. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- NHG (2011). *NHG standaard M26 COPD herziene versie*. www.nhg.nl.
- Noorlander, E. (2008). Opiaten. In: Kerssemakers, R., Meerten van, R., Noorlander, E. & Vervaeke, H. *Drugs en Alcohol. Gebruik, misbruik en verslaving*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Soair, M., Boonstra, M., & Holt, W. ten (2012). Methadon en plotselingen hartdood. *Verslaving. Tijdschrift over verslavingsproblematiek*, 8/1, 44-53.

Souverein, A. (2011). Die pillen maken me dik en dat roep ik al jaren. Bijwerkingen van antipsychotica. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 2, 58-61.

Sundhedsstyrelsen (2008). Guidance no. 42 on medical treatment of drug abusers in substitution treatment for opioid dependence. Copenhagen: National Board of Health.

Todts, S. (2003). Somatische aspecten van illegaal druggebruik. In: Buisman, W., Casselman, J., Noolander, E., Schippers, G. & Zwart de, W. *Handboek Verslaving*. Houten: Bohn Stafeu Van Loghum.

Trimbos-instituut (2011). *Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van den Brink, W., Glind, G. van de, & Schippers, G. (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving*. Utrecht: Ned. Ver. v. Psychiatrie/CCBH/Trimbos-instituut. www.ggzrichtlijnen.nl.

Van der Kellen, D. (2011). Verpleegkundige monitoring bij gebruik van antipsychotica (VMGA). De ontwikkeling van een meetinstrument voor het monitoren van bijwerkingen en complicaties bij patiënten die antipsychotica gebruiken. *Praxis Geestelijke Gezondheidszorg Verpleegkundig Specialist*. Utrecht: GGZ VS.

Van der Vorst, L. & Haan de, H. (2009). De Behandeling van PTSS en verslaving: een uitdagende combinatie. In: Jong de, C.A.J., Haan de, H.A., Wetering van de, B.J.M., *Verslavingsgeneeskunde. Neurofarmacologie, psychiatrie en somatiek*. Assen: Van Gorcum.

Voskamp, M., Lameris, J., Brink van den, W. & Haan de, H. (2009). Pulmonaal lijden bij opiaatverslaafden: vroegtijdig herkennen voorkomt veel problemen! In: Jong de, C.A.J., Haan de, H.A., Wetering van de, B.J.M., *Verslavingsgeneeskunde. Neurofarmacologie, psychiatrie en somatiek*. Assen: Van Gorcum.

World Health Organization (2009). Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid dependency. Geneva: Department of Mental Health and Addiction.

Bijlage 1: MMSE/MOCA

MMSE

Deze standaardisering is gebaseerd op de originele MMSE van Folstein et al. (1975). en de Standardised MMSE van Molley et al. (1991).

Algemene instructies

1. Zorg dat voor het starten van de afname de persoon tegenover u zit. Beoordeel of iemand u verstaat en begrijpt middels eenvoudige vragen zoals 'Wat is uw naam?' Zorg dat de persoon de beschikking heeft over eventuele gehoorapparaten en brillen.
2. Introduceer uzelf en probeer de persoon op zijn/haar gemak te stellen. Vraag toestemming om vragen te mogen stellen, zoals "Vindt u het goed dat ik u enige vragen over het geheugen stel?". Dit kan helpen om paniekreacties te voorkomen.
3. Stel iedere vraag maximaal 3 keer, tenzij anders aangegeven. Als de persoon geen antwoord geeft, scoor 0.
4. Als de persoon incorrecte antwoorden geeft, scoor 0. Geeft geen hints, stel de vraag nogmaals. Accepteer het antwoord, stel de vraag niet opnieuw, geef geen suggesties of fysieke duidingen zoals hoofd schudden, etc.
5. Benodigde hulpmiddelen zijn: een horloge, een pen, potlood/gum en papier. Een blaadje met hierop 'sluit uw ogen' in grote letters en de figuur is eveneens nodig.
6. Als iemand vraagt 'wat zegt u' geef geen uitleg of begin een gesprek, herhaal slechts dezelfde aanwijzing tot maximaal 3 keer.
7. Als de persoon u onderbreekt met b.v. de vraag 'Waar is dit voor', antwoordt met 'Ik zal het u uitleggen over enkele minuten als we klaar zijn. Kunnen we nu alstublieft doorgaan, we zijn bijna aan het eind'.

Afname - en scorings-instructies

- Vraag 1. Geef 10 seconden voor ieder antwoord. Alleen exacte jaar is goed. Gedurende de laatste week van het oude seizoen, of de eerste week van het nieuwe seizoen reken beide seizoenen goed. Reken zowel 1 maart als 21 maart goed voor het begin van de lente, enzovoorts. Op de eerste 2 dagen van een nieuwe maand en laatste 2 dagen van de vorige maand reken beide maanden goed. Accepteer 2 dagen ernaast m.b.t. datum. Alleen exacte weekday is goed.
- Vraag 2. Geef 10 seconden voor ieder antwoord. Accepteer alleen exact goede antwoorden. Indien de patiënt niet opgenomen is vraag dan in welke straat we zijn en in welke kamer we zijn, in plaats van de naam van het ziekenhuis en de afdeling.
- Vraag 3. Zeg de woorden langzaam met een interval van ongeveer 1 seconde. Geef 1 punt voor ieder goed antwoord bij eerste poging. Geef 20 seconden voor het antwoord. Als de persoon niet alle 3 voorwerpen genoemd heeft, herhaal ze tot de persoon ze heeft geleerd tot een maximum 5 van herhalingen.

Vraag 4. Schrijf de antwoorden van de persoon op. Als iemand is begonnen -onderbreek niet- laat hem/haar doorgaan tot 5 aftrekkingen zijn gemaakt. Als de persoon stopt voordat 5 aftrekkingen zijn gemaakt herhaal maximaal 3 maal de oorspronkelijke instructie 'blijf 7 aftrekken van wat er is overgebleven'.

Scoringsvoorbeelden:	93, 86, 79, 72, 65	5 punten (allen goed)
	93, 88, 81, 74, 67	4 punten (4 goed, 1 fout)
	92, 85, 78, 71, 64	4 punten (4 goed, 1 fout)
	93, 87, 80, 73, 64	3 punten (3 goed, 2 fout)
	92, 85, 78, 71, 63	3 punten (3 goed, 2 fout)
	93, 87, 80, 75, 67	2 punten (2 goed, 3 fout)
	93, 87, 81, 75, 69	1 punt (1 goed, 4 fout)

Als het rekenen niet lukt ga dan over tot het achteruit spellen van het woord "worst". Reken van deze 2 opdrachten de hoogste score.

Instructie; 'Wilt u het woord "worst" achterstevoren spellen?'. Geef 30 seconden de tijd hierbij.

Als de persoon het woord "worst" niet kan spellen, zelfs niet met hulp, scoor dan 0.

Scoringsvoorbeelden spelling:

ontbreken van 1 letter, b.v. tsrw, trow, tsow, tsro	score 4
ontbreken van 2 letters, b.v. tsr, sro, tsw	score 3
omkering van 2 letters, b.v. tsorw, trsow, tsrwo, tswor	score 3
ontbreken of omkeren van 3 letters, b.v. torsw , ts, ow	score 2
omkeren van 4 letters, b.v. trswo, strwo	score 1

Vraag 5. Scoor 1 punt voor ieder goed antwoord, ongeacht de volgorde. Neem 20 seconden voor het antwoord.

Vraag 6. Scoor 1 punt voor ieder goed antwoord.

Laat een horloge zien. Accepteer 'polshorloge' of 'horloge', maar niet 'klok' of 'tijd' o.i.d. Geef 10 seconden voor het antwoord.

Laat een pen zien. Accepteer alleen pen en niet bijvoorbeeld potlood. Geef 10 seconden voor het antwoord.

Vraag 7. Reken alleen het exacte antwoord goed.

Vraag 8. Geef papier met daarop 'sluit uw ogen'. Als persoon alleen leest en de ogen niet sluit, herhaal maximaal drie maal de zin 'Wilt u deze woorden lezen en dan doen wat er staat'. Geef 10 seconden, geef alleen 1 punt als de persoon de ogen sluit. De persoon hoeft niet hardop voor te lezen wat er staat.

Vraag 9. Neem een stuk papier, houdt het vast recht voor de persoon en zeg het volgende : 'Wilt u dit papiertje pakken met uw rechterhand, het dubbelvouwen en het op uw schoot leggen? Herhaal deze opdracht niet. Geef 30 seconden. Scoor 1 punt voor iedere correct uitgevoerde instructie.

Vraag 10. Geef 30 seconden. Scoor 1 punt als de zin een onderwerp en gezegde heeft en betekenis heeft. Negeer spellingsfouten.

Vraag 11. Leg de figuur, papier, pen of potlood en gum voor de persoon neer. Sta meerdere pogingen toe tot de patiënt klaar is en het papier terug geeft. Scoor 1 punt voor een correct getekend diagram. De persoon moet een vierhoek hebben getekend tussen twee vijfhoeken in. Maximaal toegestane tijd; 1 minuut.

Uit de NHG standaard:

Interpretatie. De score wordt beïnvloed door factoren als leeftijd en opleidingsniveau. Gemiddeld genomen correspondeert een MMSE-score van 18 punten of lager met ernstige cognitieve stoornissen. Een MMSE-score van 28 punten of hoger correspondeert met goed cognitief functioneren. Is er onvoldoende duidelijkheid over de aan- of afwezigheid van cognitieve stoornissen, dan verdient het aanbeveling de MMSE-score te volgen in de tijd. Het is niet de bedoeling aan de hand van de MMSE een absolute uitspraak te doen over het al of niet aanwezig zijn van de ziekte dementie. Het dagelijks functioneren moet immers ook in ogenschouw worden genomen.

Mini Mental State Examination

19 vragen, maximaal score 30 punten (=beste score).

Elk correct antwoord is 1 punt.

1. Oriëntatie in tijd en ruimte (10 vragen, maximaal 10 punten)

- | | |
|---|------------|
| • In welk jaar zijn we? | jaar |
| • In welk seizoen zijn we? | seizoen |
| • De hoeveelste zijn we vandaag? | datum |
| • Welke dag is het vandaag? | dag |
| • In welke maand zijn we? | maand |
| • In welk land leven we? | land |
| • In welke provincie zijn we? | provincie |
| • In welk(e) stad/dorp zijn we? | stad |
| • In welk hospitaal/centrum bent u? of Hoe is mijn naam | centrum |
| • Op welke verdieping bent u? | verdieping |

2. Inprentingsvermogen (3 woorden, maximaal 3 punten)

Lees de woorden voor, 1 woord per seconde. Laat ze daarna herhalen en noteer elk correct woord.

Als de respondent ze niet correct herhaalt, lees ze dan opnieuw voor en herhaal eventueel tot 6 keer toe. Tel hier echter géén punten voor.

Ik noem drie woorden. Als ik ze gezegd heb, herhaal je ze alledrie. Onthoud deze woorden goed, want ik ga ze je straks nog eens vragen.

- sigaar
- bloem
- deur

3. Aandacht

A. Wil je van het getal 100 zeven aftrekken? Van de uitkomst trek je dan telkens weer zeven af en zo verder tot ik 'stop' zeg.

(5 sommen, maximaal 5 punten) Elke juiste aftrekking levert 1 punt op.

- 93
- 86
- 79
- 72
- 65

B. Wil je het woord 'kamer' van achteren naar voren spellen?
(5 letters, maximaal 5 punten) Elke juiste letter levert 1 punt op.

- R
- E
- M
- A
- K

→ Vergelijk de scores van test A en test B. Neem enkel de test met de hoogste score.
Schrap de andere en tel die niet mee in de eindscore!

4. Geheugen (3 woorden, maximaal 3 punten)

Wat waren de drie woorden die je moest onthouden?

- sigaar
- bloem
- deur

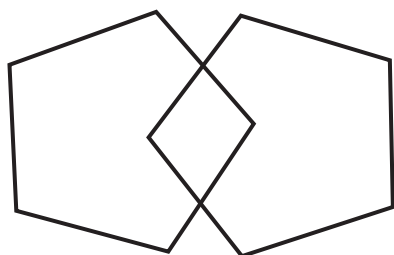
5. Taal (6 vragen, maximaal 8 punten)

- Wat is dit? *Wijs een horloge aan.* horloge
- Wat is dit? *Wijs een potlood aan.* potlood
- Wilt u de volgende zin herhalen: 'Geen als, en of maar'. correct
- Neem dit papier met de rechterhand,
vouw het in twee en leg het op uw schoot. neemt papier/vouwt papier/legt op schoot
- Lees wat op dit papier staat en doe wat gevraagd wordt. sluit ogen
Hou het papier omhoog, waarop staat 'Sluit uw ogen'
- Kan u voor mij een zin opschrijven? zin
*De zin moet een onderwerp en werkwoord bevatten en betekenis hebben.*zin

6. Constructieve vaardigheid (tekening, maximaal 1 punt)

Toon de twee vijfhoeken zonder dit papier om te draaien. Voor een correct antwoord moeten er tien hoeken zijn, waarvan er twee kruisen.

Kunt u deze figuur natekenen?



7. Totaalscore

Tel alle goede antwoorden op (let op bij test 3A en 3B) en noteer het totaal. Score:

Montreal Cognitive Assessment/MOCA

NB: Momenteel loopt er via het NISPA een onderzoek naar de toepasbaarheid van dit instrument binnen de verslavingszorg. Deelname aan dit project is inclusief een training hoe dit instrument toe te passen. Zie www.nispa.nl

Nederlandse versie

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

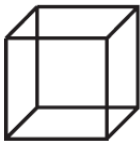
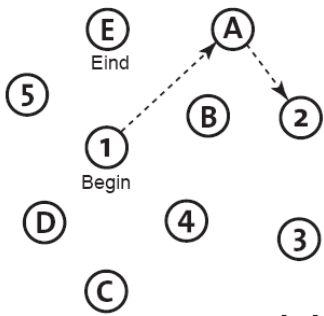
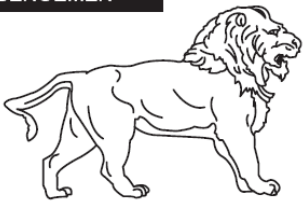
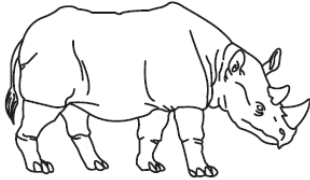
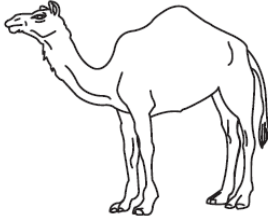
Geboortedatum:

Jaren opleiding:

Geslacht:

Naam:

Datum:

VISUOSPATIEEL/EXECUTIEF		 Kopieer de kubus <input type="checkbox"/>		Teken een klok (tien over elf) (3 punten) <input type="checkbox"/>		PUNTEN ___/5																		
 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																				
BENOEMEN																								
 <input type="checkbox"/>		 <input type="checkbox"/>		 <input type="checkbox"/>		___/3																		
GEHEUGEN																								
Lees de woorden op, proefpersoon moet ze nazeggen. Neem 2 maal af. Laat ze na 5 min. opnieuw opnoemen.		<table border="1"> <tr> <td></td> <td>GEZICHT</td> <td>FLUWEEL</td> <td>KERK</td> <td>MADELIEF</td> <td>ROOD</td> </tr> <tr> <td>1e afname</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2e afname</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		GEZICHT	FLUWEEL	KERK	MADELIEF	ROOD	1e afname						2e afname									Geen punten
	GEZICHT	FLUWEEL	KERK	MADELIEF	ROOD																			
1e afname																								
2e afname																								
AANDACHT																								
Lees de rij cijfers op (1 cijfer/sec). Proefpersoon moet ze in dezelfde volgorde nazeggen [] 2 1 8 5 4 Proefpersoon moet ze in omgekeerde volgorde nazeggen [] 7 4 2		<input type="checkbox"/>					___/2																	
Lees de rij letters op. De proefpersoon moet bij iedere letter A met zijn hand op de tafel tikken Geen punten bij ≥ 2 ft		<input type="checkbox"/> F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B					___/1																	
Serieel 7 aftrekken, beginnend bij 100 [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 of 5 goed: 3 pt 2 of 3 goed: 2 pt 1 goed: 1 pt 0 goed: 0 pt		<input type="checkbox"/>					___/3																	
TAAL																								
Zeg na: Ik weet alleen dat Jan vandaag geholpen zou worden. [] De kat verstopte zich altijd onder de bank als er honden in de kamer waren. []		<input type="checkbox"/>					___/2																	
Fluency: Noem binnen één minuut zo veel mogelijk woorden die beginnen met de letter D [] (N ≥ 11 woorden)		<input type="checkbox"/>					___/1																	
ABSTRACTIE																								
Overeenkomst tussen bijv. banaan en sinaasappel = fruit [] trein-fiets [] horloge-liniaal		<input type="checkbox"/>					___/2																	
UITGESTELDE RECALL																								
Woorden moeten herinnerd worden zonder cue		<table border="1"> <tr> <td>GEZICHT</td> <td>FLUWEEL</td> <td>KERK</td> <td>MADELIEF</td> <td>ROOD</td> </tr> <tr> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> </table>	GEZICHT	FLUWEEL	KERK	MADELIEF	ROOD	[]	[]	[]	[]	[]	Punten alleen voor recall zonder cue			___/5								
GEZICHT	FLUWEEL	KERK	MADELIEF	ROOD																				
[]	[]	[]	[]	[]																				
Optioneel Categoriecue Meerkeuzecue																								
ORIËNTATIE																								
<input type="checkbox"/> Datum [] Maand [] Jaar [] Dag [] Locatie [] Plaats		<input type="checkbox"/>					___/6																	
© Z.Nasreddine MD 2004, translated to Dutch by P.L.J. Dautzenberg and J.F.M. de Jonghe www.mocatest.org						TOTAAL ___/30 Tel er 1 pt bij op indien ≤ 12 jr opleiding																		

Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Afname- and Scoringinstructies

De Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is ontworpen als een beknopt screeningsinstrument voor lichte cognitieve stoornissen. Verschillende cognitieve domeinen worden beoordeeld: aandacht en concentratie, executieve functies, geheugen, taal, visuo-constructieve vaardigheden, conceptueel denken, rekenen en oriëntatie. Afname van de MoCA neemt ongeveer 10 minuten in beslag. Het maximum aantal te behalen punten is 30; een score van 26 punten of hoger wordt beschouwd als normaal.

1. **Alternerende Trail Making:**

Afname: De onderzoeker instrueert de proefpersoon: *"Teken een lijn, van een cijfer naar een letter en in oplopende volgorde. Begin hier [wijs naar (1)] en teken een lijn van 1 naar A, dan naar 2 en zo verder. Stop hier [wijs naar (E)]."*

Scoring: 1 punt wordt toegekend indien de proefpersoon het volgende patroon correct tekent: 1-A-2-B-3-C-4-D-5-E, zonder dat de lijnen elkaar kruisen. Een fout die de proefpersoon niet direct zelf verbetert krijgt een score 0.

2. **Visuo-constructieve vaardigheden (Kubus):**

Afname: De onderzoeker wijst naar de **kubus** en geeft de volgende instructie: *"Teken dit figuur zo nauwkeurig mogelijk na, in de ruimte hieronder"*.

Scoring: Er wordt 1 punt toegekend voor een correcte tekening.

- De tekening moet driedimensionaal zijn
- Alle lijnen zijn getekend
- Er is geen extra lijn toegevoegd
- De lijnen lopen relatief parallel en zijn van gelijke lengte (rechthoekige prisma's worden geaccepteerd).

Indien aan één van bovenstaande criteria niet wordt voldaan, is de score 0.

3. **Visuo-constructieve vaardigheden (Klok):**

Afname: Wijs naar de rechter bovenkant van het scoreformulier en geef de volgende instructie: *"Teken een klok. Plaats er alle cijfers in en zet de wijzers op 10 over 11"*.

Scoring: Er wordt één punt toegekend voor elk van de volgende 3 criteria:

- Omtrek (1 pt.): de omtrek van de klok moet een cirkel zijn. Hooguit een kleine afwijking is acceptabel (b.v., een kleine onvolkomenheid bij het sluiten van de cirkel);
- Cijfers (1 pt.): alle cijfers van de klok zijn aanwezig, zonder toevoeging van extra cijfers; de cijfers staan in de juiste volgorde en moeten ongeveer in de kwadranten van de klok geplaatst zijn; Romeinse cijfers zijn toegestaan; de cijfers mogen aan de buitenkant van de cirkel geplaatst worden;
- Wijzers (1 pt.): er moeten twee wijzers zijn die samen de correcte tijd aangeven; de uurwijzer moet duidelijk korter zijn dan de minutenwijzer; de wijzers moeten in de klok getekend worden en elkaar ongeveer in het midden van de cirkel kruisen.

Er wordt geen punt toegekend voor een element indien aan de bovenstaande criteria niet wordt voldaan.

4. **Benoemen:**

Afname: Wijs vanaf links ieder figuur aan en zeg: *“Hoe heet dit dier?”*.

Scoring: Voor elk van de volgende antwoorden wordt 1 punt gegeven: (1) leeuw, (2) neushoorn, (3) kameel of dromedaris.

5. **Geheugen:**

Afname: Onderzoeker leest een rij van 5 woorden voor met een snelheid van één woord per seconde, en geeft hierbij de volgende instructies: *“Dit is een geheugentest. Ik ga een rij woorden voorlezen die u moet onthouden, nu maar ook straks. Luister goed. Als ik klaar ben, vertelt u me alle woorden die u hebt onthouden. Het maakt niet uit in welke volgorde u ze opnoemt”*. Zet een kruisje in de aangegeven ruimte voor ieder woord dat de proefpersoon tijdens deze eerste aanbieding reproduceert. Wanneer de proefpersoon aangeeft dat hij/zij klaar is (alle woorden heeft herinnerd), of zich geen woorden meer weet te herinneren, lees dan de lijst met woorden een tweede keer voor met de volgende instructie: *“Ik ga dezelfde lijst een tweede keer voorlezen. Probeer zo veel mogelijk woorden te onthouden en vertel ze me, ook de woorden die u de eerste keer hebt opgenoemd.”* Zet een vinkje in de aangegeven ruimte voor ieder woord dat de proefpersoon zich herkent na de tweede aanbieding.

Vertel de proefpersoon aan het einde van de tweede aanbieding dat later nogmaals naar de woorden gevraagd zal worden, door te zeggen: *“Ik zal u aan het eind van deze test opnieuw vragen welke woorden u zich nog weet te herinneren.”*

Scoring: Er worden géén punten gegeven voor aanbiedingen één en twee.

6. **Aandacht:**

Cijferreeksen vooruit: **Afname:** Geef de volgende instructie: *“Ik ga een aantal cijfers opnoemen en als ik klaar ben, moet u ze in dezelfde volgorde nazeggen als ik ze heb gezegd”*. Lees de vijf-cijfer reeks met een snelheid van één cijfer per seconde.

Cijferreeksen achteruit: **Afname:** Geef de volgende instructie: *“Nu ga ik weer cijfers opnoemen, maar zodra ik klaar ben, moet u ze in omgekeerde volgorde nazeggen.”* Lees de drie-cijfer reeks met een snelheid van één cijfer per seconde.

Scoring: Er wordt 1 punt gegeven voor elke correct nagezegde reeks, (N.B.: het correcte antwoord voor cijferreeksen achteruit is 2-4-7).

Volgehouden aandacht: **Afname:** De onderzoeker leest de rij letters voor met een snelheid van één letter per seconde. Geef de volgende instructie: *“Ik ga u een reeks letters voorlezen. Iedere keer dat ik de letter A noem, tikt u eenmaal met uw hand op tafel. Wanneer ik een andere letter noem, tikt u niet met uw hand op tafel”*.

Scoring: Geef 1 punt bij nul of één fout (een fout is een tik bij de verkeerde letter of geen tik bij de letter A).

Seriële 7's: **Afname:** De onderzoeker geeft de volgende instructie: *“Wilt u van 100 zeven aftrekken en van wat overblijft weer zeven aftrekken en zo doorgaan tot ik stop zeg?”* Geef deze instructie zonedig tweemaal.

Scoring: Op dit item zijn maximaal 3 punten te behalen. Geef geen (0) punten indien geen enkele correct is, 1 punt voor één correcte aftreksom, 2 punten voor twee of drie correcte aftreksommen, en 3 punten indien vier of vijf aftreksommen juist zijn gemaakt. Tel iedere juiste aftrekking van 7, beginnend bij 100. Iedere aftreksom wordt individueel beoordeeld; dit houdt in dat, indien een proefpersoon met een foutief getal antwoordt, maar vervolgens correct doorgaat met hier 7 van af te trekken, er een punt voor iedere correcte som wordt gegeven. Een proefpersoon kan bijvoorbeeld antwoorden: “92 – 85 – 78 – 71 – 64” waarbij de “92” fout is, maar alle volgende getallen correct zijn afgetrokken. Dit is één fout en het item krijgt een score van 3.

7. Zinnen nazeggen:

Afname: De onderzoeker geeft de volgende instructies: “Ik ga u een zin voorlezen. Zeg deze na zodra ik klaar ben, precies zoals ik hem heb gezegd [pauze]: **Ik weet alleen dat Jan vandaag geholpen zou worden.**” Na het antwoord zegt u: “Nu ga ik u een andere zin voorlezen. Zeg deze na, precies zoals ik hem heb gezegd [pauze]: **De kat verstopte zich altijd onder de bank als er honden in de kamer waren.**”

Scoring: Ken 1 punt toe voor iedere correct herhaalde zin. De herhaling moet precies hetzelfde zijn. Wees alert voor omissies (b.v., “alleen”, “altijd” vergeten) en vervangingen/toevoegingen (b.v., “Jan is degene die vandaag heeft geholpen”; “verstopte” vervangen door “verstopt”, meervoud veranderen, etc.).

8. Verbale fluency:

Afname: De onderzoeker geeft de volgende instructie: “Noem zo veel mogelijk woorden als u kunt bedenken die beginnen met een bepaalde letter van het alfabet. Ik zal u de letters straks vertellen. U mag ieder woord noemen dat u wilt, behalve namen, cijfers, of woorden die met hetzelfde voorstukje (voorvoegsel) beginnen, zoals bijvoorbeeld lief, liefde, liefdevol. Na één minuut vraag ik u te stoppen. Bent u er klaar voor? [pauze] Noem zo veel mogelijk woorden als u kunt bedenken die beginnen met de letter **D**. [tel 60 sec af]. Stop.”

Scoring: Ken 1 punt toe indien de proefpersoon 11 woorden of meer kan opnoemen in 60 seconden. Noteer de antwoorden onderaan het blad, of in de kantlijn.

9. Abstractie:

Afname: De onderzoeker vraagt de proefpersoon uit te leggen wat ieder woordpaar gemeenschappelijk heeft. Begin met het voorbeeld: “Kunt u mij vertellen in welke opzicht een sinaasappel en een banaan aan elkaar gelijk zijn, wat is de overeenkomst tussen beide?”. Wanneer de proefpersoon een concreet antwoord geeft, zeg dan slechts één keer extra: “Weet u nog een andere overeenkomst?”. Indien de proefpersoon niet het correcte antwoord geeft (fruit), zeg dan, “Ja, en het is beide fruit.” Geef geen extra instructies of verduidelijking.

Na de oefenafname, zegt u: “In welk opzicht zijn een trein en een fiets aan elkaar gelijk?”. Nadat het antwoord gegevens is, stelt u een tweede vraag: “Vertel me nu in welk opzicht een liniaal en een horloge aan elkaar gelijk zijn”. Geef geen extra instructies of aanmoedigingen.

Scoring: Alleen de laatste twee itemparen worden gescoord. Geef 1 punt voor ieder correct beantwoord itempaar. Deze antwoorden worden goedgekeurd:

Trein-fiets = vervoermiddelen, manieren om te reizen, je kunt met beide tochten maken;

Liniaal-horloge = meetinstrumenten, worden gebruikt om te meten.

De volgende antwoorden worden **niet** goedgekeurd: Trein-fiets = zij hebben wielen; Liniaal-horloge = zij hebben cijfers.

10. Uitgestelde recall:

Afname: Onderzoeker geeft de volgende instructie: “*Ik heb u eerder een rij met woorden voorgelezen, en ik vroeg u ze te onthouden. Vertel me zo veel mogelijk woorden die u zich kunt herinneren.*” Zet een vinkje in de daarvoor bestemde ruimte (✓) voor ieder correct woord dat de proefpersoon zich spontaan, zonder aanwijzingen, heeft weten te herinneren.

Scoring: Ken 1 punt toe voor ieder woord dat spontaan wordt herinnerd zonder aanwijzingen.

Optioneel:

Na de uitgestelde spontane recall geeft u de proefpersoon voor ieder niet herinnerd woord een geheugensteuntje (‘cue’) door middel van de semantische cues, die beneden staan aangegeven. Zet een vinkje (✓) in het aangegeven gebied als de proefpersoon zich het woord dankzij de categorie- of de meerkeuzecue herinnert. Help de proefpersoon op deze manier met alle niet herinnerde woorden. Indien de proefpersoon zich niet alle woorden weet te herinneren na de categoriecue, laat hem/haar dan kiezen, waarbij u de volgende voorbeeldinstructie aanhoudt: “*Welke van de volgende woorden denkt u dat het was, NEUS, GEZICHT, of HAND?*”

Gebruik de volgende categorie- en/of meerkeuzecues voor ieder woord, indien van toepassing:

GEZICHT: categoriecue: lichaamsdeel meerkeuze: neus, gezicht, hand
FLUWEEL: categoriecue: soort textiel meerkeuze: spijkerstof, katoen, fluweel
KERK: categoriecue: soort gebouw meerkeuze: kerk, school, ziekenhuis
MADELIEF: categoriecue: soort bloem meerkeuze: roos, madelief, tulp
ROOD: categoriecue: een kleur meerkeuze: rood, blauw, groen

Scoring: Er worden geen punten toegekend voor woorden die door middel van een cue worden herinnerd. Een cue wordt alleen gebruikt voor klinische doeleinden en kan de beoordelaar van de test extra informatie geven over het type geheugenstoornis. Bij geheugenstoornissen die veroorzaakt worden door retrievalproblemen, kunnen cues de prestatie verbeteren. Bij geheugenstoornissen die veroorzaakt worden door een falende opslag, verbetert de prestatie niet met een cue.

11. Oriëntatie:

Afname: Onderzoeker geeft de volgende instructie: “*Vertel me de datum van vandaag*”. Indien de proefpersoon een onvolledig antwoord geeft, moedig hem dan aan door te zeggen: “*Vertel me het [jaar, maand, precieze datum, en dag van de week]*.” Zeg vervolgens: “*Vertel nu: hoe heet dit gebouw en in welke stad/plaats zijn we nu?*”

Scoring: Geef 1 punt voor ieder correct beantwoord item. De proefpersoon moet de exacte datum en het exacte gebouw noemen (naam van het ziekenhuis, kliniek, kantoor). Er worden geen punten toegekend als de proefpersoon er één dag naast zit wat betreft de dag van de week en de datum (dag van de maand).

TOTALE SCORE: Tel alle subtestscores die aan de rechterkant staan bij elkaar op. Tel er 1 punt bij op voor personen die 12 jaar of minder formele opleiding hebben gehad (*gerekend vanaf leeftijd 6 jaar*), zodat een maximum van 30 punten mogelijk is. Een uiteindelijke score van 26 of hoger wordt beschouwd als normaal.

De auteurs zijn mevr. M. van Dommele, Dr. P.J. Visser en mevr. drs. K. van de Berg bijzonder erkentelijk voor hun bijdrage aan het vertalen van de Nederlandse versie van de MoCA.

4. Multidisciplinaire diagnostiek: somatiek, psychiatrie en psychosociaal functioneren

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt uitgebreid stilgestaan bij de multidisciplinaire gegevensverzameling die nodig is om te komen tot juiste indicatiestelling, diagnostiek, zorgtoewijzing en een behandelplan. Dit hoofdstuk is als volgt ingedeeld: allereerst wordt een aantal algemene onderwerpen besproken die voor alle disciplines gelden die taken hebben in de diagnostiek en informatieverzameling. Vervolgens worden het verpleegkundige en het geneeskundige onderzoek besproken, met daarin opgenomen het laboratorium onderzoek en het urineonderzoek. Daarna volgt informatie over hoe er via een multidisciplinair overleg wordt gekomen tot een juiste zorgtoewijzing en behandelplan. Het hoofdstuk sluit af met de bespreking van ontwenning en craving; hoe dit goed in kaart te brengen en onderdeel te laten worden van de behandeling.

4.2 Diagnostiek

De MDR opiaatverslaving (Van den Brink, Van de Glind & Schippers, 2012) raadt aan om voor diagnostiek, indicatiestelling, monitoring en evaluatie een hiervoor ontwikkeld instrument te gebruiken. In ons land zijn, hoewel beide instrumenten nog niet helemaal valide en betrouwbaar zijn, hiervoor twee instrumenten te gebruiken: de Addiction Severity Index (ASI) (Hendriks, Kaplan, Van Limbeek, & Geerlings, 1989) en de MATE (Schippers, Broekman, & Buchholz, 2007). De MDR Opiaatverslaving geeft de voorkeur aan de MATE, omdat de acceptatie van het instrument breed en nog groeiende is (Van den Brink, Van de Glind & Schippers, 2012). Diagnostiek en probleeminventarisatie vinden plaats in de volle breedte, dus gericht op de lichamelijke toestand, de geestelijke toestand, de sociale aspecten en de maatschappelijke aspecten (inclusief mogelijkheden tot herstel/rehabilitatie). Artsen en verpleegkundigen vormen in deze eerste stap van de diagnostiek een belangrijk team.

Met de volgende stappen kan op adequate wijze een opiaatverslaving worden vastgesteld:

- een uitgebreide verslavingsanamnese door de verpleegkundige en de arts, inclusief in kaart brengen van het meest recente alcoholgebruik met in ieder geval een blaastest;
- het afnemen van een urinemonster waarbij getest wordt op in ieder geval heroïne, cocaïne, benzodiazepinen en methadon;
- het monitoren van het effect van de eerste dosering opiaatvervangende medicatie.

Na de medisch-diagnostische fase volgt een bredere multidisciplinaire gegevensverzameling, bijvoorbeeld via een maatschappelijk werker. Afhankelijk van de zorgorganisatie kan een verpleegkundige ook de volledige informatieverzameling en voorbereidende diagnostiek uitvoeren.

In de ambulante zorg voor chronische verslaafde patiënten zijn veel patiënten al bekend in de zorgverlening of heeft een bemoeizorger, casemanager of hulpverlener van een andere organisatie al veel informatie verzameld die na toestemming van de patiënt kan worden ingezien. Diagnostiek moet dan gezien worden als een continu proces, waarbij de 'niet pluis' gevoelens aanleiding zijn voor verder onderzoek. Verpleegkundigen en artsen zijn hierin de leidende disciplines. Patiënten die langdurig in zorg zijn, staan in het collectieve geheugen van de behandelaars gegrift, maar hun gegevens zijn in niet alle gevallen afdoende vastgelegd. De praktijk leert dat in ieder geval bij patiënten die langer dan drie jaar in zorg zijn opnieuw een gestructureerde intake moet worden uitgevoerd.

Het is bij chronische problematiek, die soms zeer ingewikkeld is, het beste om een gefaseerde diagnostiek te bedrijven, waarbij hypothesen gesteld worden en van daaruit doelen en acties gepland worden. Het is vanwege de ‘moeilijke patiënt’ en de hierbij naar voren komende in elkaar verweven problemen soms lastig om het geneeskundig en het verpleegkundig onderzoek op eenzelfde standaard wijze uit te voeren als elders in de algemene somatische dan wel psychiatrische zorg. Belemmerende factoren bij het doen van een onderzoek bij verslaafde patiënten zijn (Kinable & Verstuyf, 2010):

- Veranderingen in stemming en het bewustzijn;
- Veranderingen in articulatie;
- Verhoogde prikkelbaarheid bij een intoxicatie (acuut organisch psychosyndroom);
- Verwardheid en agitatie tijdens onthouding (acuut organisch psychosyndroom);
- Geheugenstoornissen (chronisch organisch psychosyndroom).

Van belang is een professionele houding, die actief, structurend en niet veroordelend van aard is (zie hoofdstuk 2). Daarbij moet rekening worden gehouden met het feit dat de meeste patiënten zich schamen voor hun gebruik van middelen en de neiging hebben hun gebruik te onderrapporteren (Loth & Slee, 2010; Kinable & Verstuyf, 2010).

4.3 Procedure

Instellingen voor verslavingszorg hebben een voordeurprocedure waarbij een intake, een triage en indicatiestelling plaatsvindt. Van daaruit vindt zorgtoewijzing plaats en start, indien dit is geïndiceerd, een verdiepende diagnostische fase naast een hulpverleningstraject.

Informatieverzameling

De informatie over patiënten wordt verzameld door:

- de verpleegkundige;
- de (verslavings-) arts/PA-er/NP-er.

Zij kunnen diagnostische vragen aan de patiënt zelf stellen (ook over eerdere behandelingen), en informatie opvragen bij derden. Een heteroanamnese moet onderdeel zijn van een goede diagnostiek. De dosering van de opiaatonderhoudsmedicatie kan alleen worden vastgesteld en uitgedeeld indien de patiënt zowel een verpleegkundige als een verslavingsarts heeft gesproken in een face to face gesprek. Met de komst van de NP-er (Nurse Practitioner) in de verslavingszorg (ook wel verpleegkundig specialist genoemd) is een herschikking te maken in taken van het medische team. Dit geldt eveneens voor de PA (Physician Assistent) die ook in enkele instellingen voor verslavingszorg haar intrede heeft gedaan. De NP-er/PA vervangt de verslavingsarts in het doen van somatisch/psychiatrisch onderzoek en het uitvoeren van de geneeskundige diagnostiek. NB: Indien de NP-er de 3 jarige GGZVS opleiding heeft afgerond of de NP GGz variant, is deze in staat om een psychiatrisch onderzoek uit te voeren. De verschillen in taken tussen NP-er en PA-er staan in hoofdstuk 6 verder beschreven. De NP-er/PA-er staat tussen de verpleegkundige en de verslavingsarts in, en heeft op het terrein van de geneeskundige diagnostiek verantwoording af te leggen aan de verslavingsarts en psychiater. Hierbij blijft de verslavingsarts en/of psychiater medisch eindverantwoordelijk in de behandeling van iedere patiënt.

De verpleegkundige anamnese, die in bijlage 3 is bijgevoegd, is een aanvulling op de gangbare voordeur-indicatiestelling. Elke instelling gebruikt bij de informatieverzameling verschillende instrumenten en volgt hierin verschillende processen. Deze voordeurprocedure wordt meestal door een apart team uitgevoerd. De hier beschreven procedures moeten in elke instelling afgestemd worden op de geldende procedures

rond intake, triage en indicatiestelling, zodat de RIOB werkwijze uitgevoerd kan worden. Beredeneerde afwijkingen zijn daarin geen bezwaar. Door informatie elders op te vragen wordt een vollediger beeld verkregen. Hiervoor is toestemming van de patiënt een vereiste en gebruikt de instelling een algemeen formulier. De visie van patiënten hierop is dat alleen de zuiver medische gegevens moeten worden uitgewisseld, en niet de mening van de hulpverlener over de patiënt. Zij maken op dit punt van gegevensuitwisseling een onderscheid tussen arts/verpleegkundige en andere professionals. De eersten kunnen en mogen wat hen betreft de informatie over hen opvragen, ervan uitgaande dat dit gebaseerd is op vertrouwen en respect.

De ‘voordeur’

Bij een zorgtoewijzing volgens de traditionele voordeurprocedure (met een voordeur op een andere locatie dan waar de uitgifte van medicatie plaatsvindt) hebben de verpleegkundigen die in de ambulante verslavingszorg werkzaam zijn niet altijd directe taken. De meeste opiaatverslaafde patiënten komen echter niet via deze voordeur in zorg. Voor hen is de traditionele manier van werken vaak te ingewikkeld en traag, terwijl snel handelen essentieel is. Steeds vaker zien we dan ook dat ‘de voordeur’ verplaatst is naar de behandelsetting waar meestal ook de uitgifte van medicatie plaatsvindt. Waar dit niet zo is wordt voorgesteld de bestaande voordeurprocedure te versnellen door hulpverleners van het behandelteam direct na aanmelding de informatieverzameling zelf ter hand te laten nemen. Daardoor hebben verpleegkundigen van het behandelteam steeds vaker wel een rol bij de indicatiestelling en diagnostiek.

Wachttijd

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) geeft geen indicatie wat betreft wachttijd vanaf de eerste contacten van de patiënt met de instelling (het inschrijven) tot aan de invulling van het begeleidingsplan (zowel de medicatie als de begeleidingsmodule). Op basis van kwaliteitseisen die zijn gebaseerd op professioneel inhoudelijke criteria kan echter worden gesteld dat er maximaal 6 weken de tijd kan worden genomen voor alle stappen in het diagnostische proces. De tijd die mag verstrijken tussen het gesprek met de verpleegkundige/de arts en de dag dat de eerste dosis opiaatvervangende medicatie wordt uitgereikt mag niet langer zijn dan maximaal 7 dagen.

4.4 Verpleegkundig onderzoek

Na kennismaking met de patiënt en na het geven van uitleg wordt door de verpleegkundige, met behulp van het in de instelling gebruikelijke instrument, gestart met de inventarisatie. Dit is de eerste stap om in kaart te brengen welke functies het gebruik heeft in het leven van de patiënt, wat de ernst van de verslaving is, hoe gemotiveerd de patiënt is om veranderingen aan te brengen en hoe het vermogen van de patiënt is om veranderingen aan te brengen en te laten beklijken. Het betreft algemene informatie over:

- Aanleiding voor komst (al dan niet ‘gestuurd’);
- Hulpvraag patiënt, ideeën en verwachtingen van patiënt over de aard van de problemen;
- Afkomst patiënt (bij migranten altijd vragen naar trauma’s als vervolging, oorlog, misbruik, verkrachting, gedwongen prostitutie).

De volgende punten worden via de MATE geïnventariseerd wanneer in een triage of intake deze gegevens nog onvoldoende zijn verzameld (Schippers, Broekman & Buchholz, 2007; GGZ Nederland, 2007):

- De algemene gegevens van de patiënt;
- Het middelengebruik;
- De mate van verslaving of misbruik van de belangrijkste probleemstof (o.a. door een urineonderzoek op het gebruik van heroïne, cocaïne, cannabis, benzodiazepinen);
- De functies van het gebruik;
- Behandelingshistorie binnen de verslaving;
- Huidige somatische en psychiatrische medicatie;
- Het psychisch functioneren;
- Het lichamelijk functioneren;
- Het seksueel functioneren (indien seksueel actief het seksueel risico verder uitvragen);
- De sociale situatie met betrekking tot:
 - contacten met politie dan wel justitie;
 - wonen, arbeid en financiën;
 - sociale steun en positie in het netwerk;
- Activiteiten en participatie en hulp en ondersteuning hierbij;
- Ervaren kwaliteit van leven.

Voor meer (verdiepende) informatie over de diverse onderwerpen, zie bijlage 1.

4.5 Geneeskundig onderzoek

Na kennismaking met de patiënt en uitleg over doelstelling van de geneeskundige intake, verzamelt de arts informatie over, en zet zijn specifieke deskundigheid in, op de volgende terreinen:

1. **Somatiek:** opiaatverslaafde patiënten hebben een verhoogd risico op een scala aan somatische stoornissen (zie ook hoofdstuk 3). De somatische gegevensverzameling is gerelateerd aan verslaving en eventuele aanvragen voor verdiepende diagnostiek. De gegevensverzameling is onderverdeeld in anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek. Zie hiervoor bijlage 6. In de somatische gegevensverzameling wordt een grensafbakening gerespecteerd binnen het eigen geneeskundige werkveld en het werkveld van de huisarts en medisch specialist. De functieanalyse van het gebruik van middelen dient te worden gerelateerd aan de somatische en psychiatrische toestand van de patiënt.
2. **Medicatie en de doseringen:** om beslissingen te kunnen nemen over opiaatonderhoudsmedicatie en psychofarmaca bespreekt de arts tijdens de geneeskundige intake de doelen van de opiaatvervangende medicatie met de patiënt, en kiest met de patiënt voor detoxificatie en/of stabilisatie.
3. **Psychiatrische diagnostiek** (en eventuele doorverwijzing naar psychiater): op basis van een aantal vragen en observatie-items van de verpleegkundige intake is een eventueel vermoeden van aanwezigheid van psychiatrische problematiek te destilleren. Op basis van deze gegevens komt het verzoek bij de arts voor verdere diagnostiek. De (verslavings)arts hoeft daarom geen nieuwe psychiatrische gegevensverzameling te starten, maar kan aanhaken bij de uitkomsten van de vorige stap in de intake.

Lichamelijk onderzoek

Bij elke nieuwe patiënt wordt standaard een somatisch anamnese afgenomen, inclusief voedingspatroon en aandoeningen in de familie. Er wordt een lichamelijk onderzoek gedaan zoals dat overal in de gezondheidszorg plaats vindt, inclusief een oriënterend neurologisch onderzoek. Extra aandachtspunten

bij het lichamelijk onderzoek bij patiënten die chronisch heroïne gebruiken zijn te vinden in tabel 2 (Kinable & Verstuyf, 2010).

Tabel 4.1: Aandachtsgebieden bij de geneeskundige anamnese

Aandachtsgebieden	Items
<i>Algemeen</i>	Verwaarlozing Vermagering Uitputting Zieke indruk Lichaamstemperatuur Pijn Onthoudingsverschijnselen Onder invloed zijn Aanwezigheid gebruikersattributen en drugs
<i>Huid</i>	Gelaatskleur; rood,bleek, geel Tekenen Hepatitis B/C: sclerae: wit/geel/grijs Transpireren Spider naevi Excoriaties/krabeffecten Spuitplekken Infecties, infiltraten, abscessen (cave: liezen) Lymfomen Kaposi sarcomen Wonden (m.n. voeten, hoofd) Rhagaden Parasieten (haarluis, scabies, platjes)
<i>Zenuwstelsel</i>	Pupillen Bewustzijn Motoriek & coördinatie Agitatie & plukkerig gedrag Insulten Tremoren Sensibiliteit (polyneuropathie)
<i>Tractus digestivus</i>	Gebit Darmmotiliteit Afwijkingen levergrenzen Icterische sclerae
<i>Tractus respiratorius</i>	Hoesten Nusseptum Dempingen Afwijkingen auscultatie (COPD) Dyspnoe
<i>Tractus circulatorius</i>	Bloeddruk Hartritme Souffles
<i>Tractus urogenitalis</i>	Tekenen SOA Herpes genitalis Zwangerschap: gebruik voorbehoedsmiddelen, nu zwanger of zwanger geweest de afgelopen 5 jaren, aantal kinderen, miskraam (oorzaak) en abortus (reden)

Laboratoriumonderzoek en ECG

Vervolgens wordt protocollair aanvullend laboratoriumonderzoek en ECG verricht. Het algoritme voor aanvullend onderzoek luidt (Van den Brink, Van de Glind & Schippers, 2012):

1. Bij algemene gezondheidsklachten:
 - BSE of CRP, Hb, MCV, TSH, glucose (nn)
 - bij verdenking op nierlijden: kreatinine
2. Bij overmatig alcoholgebruik:
 - BSE of CRP, Hb, MCV, TSH, glucose (nn)
 - ALAT, -GT
3. Bij intraveneus gebruik (actueel of vroeger; 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 Hep. B/C opgelopen hebben. Vooral Hep. C kan zeer lang aanwezig zijn zonder klachten te geven), bij het laten plaatsen van een illegale/onveilige tatoeage, bij toediening van bloedproducten voor 1992 in het buitenland en bij geopereerd zijn in het buitenland:
 - BSE of CRP, Hb, MCV, TSH, glucose (nn)
 - ALAT, -GT (ALAT en ASAT bepaling geeft een ratio hoe ernstig de verstoring van de leverfuncties is)
 - hep B (HBsAg, IgM-anti-HBc), hep C (anti-HCV, HCV-RNA), HIV 1 en 2 (toestemming vragen) (ELISA)
4. Bij onveilig seksueel gedrag (SOA/Aids Nederland):

Gonorrhoe (PCR- urine (m) of vaginale swab (v), chlamydia (PCR- urine (m)) of vaginale swab (v), lues (serologie: TPHA/TPPA, VDRL, FTA-ABS), hepatitis B (serologie: antiHbc), HIV 1 en 2 (serologie: antistoffen en antigeen, eventueel kun volstaan worden met een hiv sneltest). Alleen bij klachten bestaat er indicatie om trichomoniasis (kweek), herpes 1 en 2 (kweek, of PCR) te onderzoeken, afhankelijk van het klachten patroon. NB: doorvragen naar anale en/of orale seks. Indien patiënt deze sekstechnieken praktiseert dan ook van deze locaties testen op gonorrhoe en chlamydia afnemen.
5. Bij overmatig nicotine- en/of cocaïnegebruik wordt het risico hart- en vaatziekten (HVZ) in kaart gebracht:
 - lengte en gewicht. Belangrijk hierbij is het berekenen van de BMI;
 - extra aandachtspunt: de bloeddruk twee maal binnen een consult meten bij een systolische bloeddruk van ≥ 140 mmHg: herhaal na minstens 24 uur, en neem het gemiddelde van de laatste twee metingen en meet tijdens eerste consult aan beide armen, en verder aan de arm met de hoogste waarden;
 - totaal cholesterol, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol TC/HDL-ratio, triglyceriden, glucose (nuchter);
 - ECG.
6. Leeftijd hoger dan 30 jaar:
 - K, Mg.

De leeftijdsgrens van 30 jaar heeft te maken met de met de leeftijd stijgende kans op verlenging van het QT-interval.
7. In bijna alle gevallen (misbruik van alcohol, nicotine en/of cocaïne, gebruik van methadon, antidepressiva en antipsychotica):
 - ECG.
8. Op indicatie bloed- en lichamelijk onderzoek bij gebruik van psychofarmaca w.o. antipsychotica nader onderzoek volgens de bestaande protocollen.

Patiënten die langer dan een jaar afhankelijk zijn, worden gescreend op TBC (halfjaarlijkse screening via de GGD), HIV, HCV, HBV, COPD. Aansluitend vindt gerichte behandeling plaats. Bij iedere patiënt is tevens alertheid voor de mogelijke aanwezigheid van SOA, TBC en/of huidandoeningen noodzakelijk. Aangeraden wordt om proactief naar seksueel risico en/of klachten te informeren. Actief beleid is in ieder geval noodzakelijk bij patiënten met aanhoudende koorts, vermoeidheid en alcoholgebruik. Het al of niet vragen van toestemming voor het afnemen van een Hiv-test is een aandachtspunt. Sinds enkele jaren wordt de patiënt alleen geïnformeerd over de afname van de Hiv-test en wordt niet meer expliciet om toestemming gevraagd. De patiënt moet dan zelf aangeven dat hij/zij de test niet wil. Dit beleid wordt ook wel opt-out beleid genoemd. In bijzondere situaties kunnen bepaalde (persoons)gegevens niet worden vermeld. In de visie van patiënten is dit geen goede zaak; zij vinden dat expliciet toestemming zou moeten worden gevraagd.

Bij elke vrouw in de vruchtbare leeftijd moet worden onderzocht of er sprake is van een zwangerschap i.v.m. het moeilijk betrouwbaar vaststellen van de menstruatie.

Mocht uit de intakegegevens blijken dat de patiënt elders onder behandeling is bij een (huis)arts, medisch specialist dan wel psychiater/SPV dan is het in deze fase belangrijk om alle gegevens over start en verloop van deze begeleiding/behandeling te inventariseren voordat de patiënt ingebracht wordt in het multidisciplinaire overleg.

Urineonderzoek

Bij een nieuwe patiënt of een patiënt die een aantal maanden uit het programma is geweest wordt altijd een urineonderzoek verricht door de verpleegkundige ten behoeve van toxicologisch onderzoek. Het urineonderzoek is eenvoudig, betrouwbaar en objectief. Aangeraden wordt om het onderzoek te richten op opiaten, cocaïne, methadon, benzodiazepinen, cannabis en amfetamineachtige stoffen, inclusief XTC (zie hoofdstuk 4 voor verdere informatie over het urineonderzoek). Patiënten gaven aan een urineonderzoek in deze fase van de behandeling een aanvaardbare optie te vinden. Zij vinden, ondanks de in hun ogen vernederende interventie waarbij zij onder toezicht urine moeten produceren, dat een hulpverlener objectieve gegevens nodig heeft voor een goede diagnose. Verder dient er met de verslaafde patiënt de mogelijkheden van SOA onderzoek besproken te worden. Dit wordt namelijk ook vanuit de urine onderzocht. Als dit onderzoek plaats vindt in de plaatselijke SOA kliniek dan hoeft de hulpverlener in de verslavingszorg alleen door te verwijzen en informatie te geven.

Psychiatrische diagnostiek

In de MDR Opiaatverslaving (Van den Brink, Van de Glind & Schippers, 2012) wordt aanbevolen om bij aanvang van de behandeling een psychiatrisch en psychologisch onderzoek uit te voeren, dan wel - bij vermoeden van psychische dan wel cognitieve problematiek - gaandeweg de behandeling. Bij het diagnosticeren en behandelen van dubbele-diagnoseproblemen is het van belang dat de verslavingszorg een goede multidisciplinaire samenwerking met GGz instellingen heeft, met daarin afspraken rondom een patiënt over periodieke monitoring. Gedetacheerd of zelf in dienst hebben van psychiaters in de verslavingszorg maakt naadloze samenwerking mogelijk. Diagnostiek bij comorbiditeit is moeizaam indien de patiënt onder invloed verkeert van middelen of last heeft van ontwenningssverschijnselen. Over het algemeen wordt aangenomen dat er een abstinente periode moet zijn van 3-4 weken (Rutten, 2008). Deze periode is echter afhankelijk van de mate van herstel van de patiënt. Moeilijkheden hierbij zijn: er is moeilijk vooruitgang te boeken en er is vaak sprake van therapieontrouw en destructief gedrag

(Rutten, 2008). Het is belangrijk om een goede analyse te maken van:

- de levensloop (het levenslange beloop van alle stoornissen dient goed in kaart te worden gebracht, meestal is een heteroanamnese vereist);
- de behandelgeschiedenis van zowel de psychische problematiek als de verslaving, waarin goed uitgevraagd moet worden of en hoe middelen gebruikt zijn als zelfmedicatie, eventuele psychische klachten in periodes van clean zijn;
- vóórkomen van psychische en/of verslavingsproblemen bij naaste familieleden.

In de diverse richtlijnen worden instrumenten aangeraden om tot een goede gegevensverzameling en diagnostiek te komen. Zie hiervoor:

- www.ggz nederland/ggz kennisnet;
- www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl;
- www.trimbos.nl;
- www.cbo.nl.

4.6 Indicatiestelling en de multidisciplinaire patiëntenbespreking

Er is geen wetgeving waarin wordt bepaald hoe vaak lichamelijk onderzoek/contact met verpleegkundige/ arts noodzakelijk is. Op basis van *practice based* kennis is een adviesnorm vastgesteld. De norm voor de frequentie van somatisch onderzoek is minimaal twee keer per jaar een adequate (periodieke) somatische screening door arts of NP-er/PA-er. Met name bij patiënten die weinig begeleidingscontacten in de verslavingszorg hebben, bijvoorbeeld omdat zij de medicatie bij een apotheek betrekken, is het van belang deze frequentie in de gaten te houden. Patiënten geven aan dat de halfjaarlijkse contacten in de praktijk regelmatig niet uitgevoerd worden. Het is de verantwoordelijkheid van de voorschrijvende/ behandelend arts om te voorzien in het geneeskundige onderzoek en om na te gaan of er geen contra-indicaties zijn bij het (blijven)voorschrijven van het opiaatvervangende middel of andere medicatie. Instellingen kunnen regelmatige bezoeken aan arts en/of verpleegkundigen als voorwaarde verbinden aan het continueren van de verstrekking van medicatie. Voor patiënten geldt dat de evaluatiemomenten met hulpverleners worden vastgesteld op geleide van het behandelplan.

De indicatiestelling moet worden uitgebreid met verdere verdiepende diagnostiek indien de situatie van de patiënt daarom vraagt. Hierbij valt te denken aan verdere verdieping op het gebied van netwerkanalyse/systeemgericht functioneren en kwaliteit van leven en mogelijkheden tot herstel (dagbesteding, opleiding, opvoeding kinderen etc.). In het multidisciplinair patiëntenoverleg wordt vastgesteld wie welke diagnostiek op zich neemt en wanneer resultaten te verwachten zijn. In Hoofdstuk 2 zijn de verschillende patiëntprofielen beschreven. Het op basis van gegevens indelen van een individuele verslaafde patiënt in deze profielen, heeft als voordeel dat snel kan worden gezien voor welke soort hulp iemand in aanmerking zou moeten komen. Deze algemene omschrijving van een hulpaanbod moet uiteraard nog worden vertaald in een individueel plan van aanpak.

Het MDO vindt eens per week plaats. Elke patiënt moet minimaal één maal per zes maanden geëvalueerd worden in deze bespreking, of zoveel vaker als noodzakelijk is. Per patiënt moet voor deze halfjaarlijkse evaluatie minimaal 15 minuten tijd worden ingeroosterd. Het MDO wordt in elk geval bijgewoond door de verpleegkundige, de verslavingsarts en/of NP-er/PA, casemanager in de rol van eerste verantwoordelijke hulpverlener, hoofd behandeling/behandelcoördinator en indien geïndiceerd een psychiater. Op basis van instellingsprocedures en de zorgzwaarte of zorgbehoefte van een patiënt kan dit overleg worden uitgebreid met een psycholoog, systeemtherapeut, medewerkers van de afdelingen

basiszorg, arbeid en scholing, schuldsanering, justitiële verslavingszorg en andere externe deskundigen. Ook kan de patiënt zelf gevraagd worden bij het MDO waarin hij/zij besproken wordt aanwezig te zijn. Dit kan bij de bespreking van het behandelplan en de halfjaarlijkse evaluatie. De procedures binnen dit overleg moeten van tevoren goed met een patiënt worden doorgesproken. Indien de patiënt bij het MDO aanwezig is, kan deze akkoord geven op de bovengenoemde zaken die samen de behandelovereenkomst vormen. Indien de patiënt niet aanwezig is bij het MDO, dan onderhandelt de eerste hulpverlener met de patiënt en stellen zij samen de behandelovereenkomst vast. De eerste hulpverlener rapporteert hierover terug aan het MDO.

Patiënten ondertekenen de behandelovereenkomst en geven toestemming voor het opvragen van informatie aan derden. Patiënten geven aan dat zij het belang hiervan inzien, maar beschouwen het toch als een motie van wantrouwen. In § 4.3 is al ingegaan op het opvragen van gegevens; het is van belang om goed te bespreken wat er met de opgevraagde informatie gebeurt en wie er toegang toe heeft. Algemeen aandachtspunt voor het MDO is dat de lange termijn doelen niet uit het oog moeten worden verloren door de acute grotere en kleinere problemen van alledag.

4.7 Monitoren van afkickverschijnselen, craving en intoxicatie

Craving is één van de kernsymptomen van verslaving en een toename ervan kan leiden tot controleverlies en terugval. Het vaststellen en het evalueren van onthoudingsverschijnselen zijn van belang om de toestand van de patiënt goed in kaart te kunnen brengen (zie de MDR opiaatverslaving). Belangrijke doelen in de opiaatonderhoudsbehandeling van de medicatie zijn:

- het wegnemen van de onthoudingsverschijnselen;
- het voorkomen van intoxicatie;
- het voorkomen van craving.

Alle hulpverleners die regelmatige face to face contacten hebben met patiënten moeten in elk patiëntencontact alert zijn op het optreden van craving, ontwenning en intoxicatie. Dat geldt ook voor verpleegkundigen/SPH-ers/maatschappelijk werkenden/woonbegeleiders die buiten de uitgifte om contact met de patiënt hebben. Met name het doorvragen bij observatie van lichamelijke verschijnselen is van belang. Patiënten gebruiken niet alleen heroïne maar ook andere middelen; de interactie hiervan is moeilijk te monitoren. Daarnaast hebben craving en ontwenning effect op de psychiatrische en somatische toestand van een individuele patiënt en dat kan de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden. Het bereiken van een stabiele cognitieve toestand voor de patiënt is een eerste vereiste voor de behandeling (De Jong, 2006).

Het wordt aangeraden zowel de subjectieve als de objectieve ontwenningsschalen te gebruiken (De Jong, van Hoek & Jongerhuis, 2004) om in gesprek met de patiënt en op basis van objectiveerbare verschijnselen te komen tot een stand van zaken (evaluatie). Op basis van deze evaluatie kan een plan van aanpak worden opgesteld om de situatie voor de patiënt aangenamer te maken. Nederlandse versies van de OOWS (Objective Opiate Withdrawal Scale) en SOWS (Subjective Opiate Withdrawal Scale) ook wel de SOS (Subjectieve Ontwenningsschaal) en OOS (Objectieve ontwenningsschaal) genoemd zijn terug te vinden in bijlage 2 en 3.

Daarnaast is het zinvol om de meetschalen te gebruiken voor het meten van de craving om zo met de patiënt in gesprek te komen over de mate van ervaren craving:

- OCDS (Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS Nederlandse versie),
- Desire for Drug Use Scale (DDQ, Nederlandse versie),
- OCDUS (Obsessive Compulsive Drugs Use Scale, Nederlandse versies),
- VAS schaal craving.

Literatuur

Brink, W. van den, Glind, G. van de, & Schippers, G. (2012) *Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving*. Utrecht: Ned. Ver. v. Psychiatrie/CCBH/Trimbos-instituut. www.ggzrichtlijnen.nl (in de loop van 2012).

De Jong, C.A.J. de, Hoek, A.F.M. van & Jongerhuis, M. (2004) *Richtlijn Detox. Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie*. Amersfoort: Resultaten Scoren.

De Jong, C. A.J. (2006) *Chronisch verslaafd: De Therapeut, de patiënt en de ziekte. Inaugurele rede door prof. dr. C.A. de Jong*. Nijmegen: NISPA.

GGZNederland (2007) *Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg*. Basisset 2007-2008. Amersfoort: GGZNederland.

Hendriks, V.M., Kaplan, C.D., Limbeek, J. van, & Geerlings, P. (1989) The addiction severity index. Reliability and validity in a Dutch addict population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8/2, 133-141.

Hulshoff, A., Loth, C., Noorlander, E., Sylvester, E., Gogh, M. van & Knapen, L. (2009) Psychiatrische comorbiditeit bij verslaving. In: Rutten, R., Loth, C. & Hulshoff, A. *Verslaving. Handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Kinable, H. & Verstuyf, G. (2010) *Dossier Heroïne*. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugsproblemen (VAD), www.vad.be.

Loth, C.A., Slee, Y. (2010). *Professionele verpleegkundige zorg bij verslavingsproblemen*. In: Rutten, R., Loth, C.A. & Hulshoff, A. *Verslaving, Handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.

Rutten, R & Haan, H. de (2009). Verslaving. In: Rutten, R., Loth, C. & Hulshoff, A. *Verslaving. Handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Schippers, G, Broekman, T. & Buchholz, A. (2007) *MATE. Handleiding en protocol*, Amersfoort: Resultaten Scoren.

Trimbos-instituut (2011) *Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Bijlagen bij hoofdstuk 4

Bijlage 1a: Verpleegkundig onderzoek

Bijlage 1b: Geneeskundig onderzoek

Bijlage 2: OCDS en OCDUS

Bijlage 3: OOS, SOS en VAS Craving schaal

Verpleegkundig onderzoek

Algemene informatie

- Fysieke setting
- Aanwezigen
- Sfeer
- Algemene indruk van patiënt

Verslaving

Voorgescreven psychische/verslavingsmedicatie

- Door persoon ervaren effect: werkt het middel

Pijnbeleving (bij het afkicken)

- Ervaringen en beleving met afkicken (clean zijn)
- Ervaringen en beleving met afkicken (clean worden)

Gebruik

Waar gebruikt de patiënt?

Op welke momenten gebruikt de patiënt?

Stoornissen in het functioneren van de zintuigen (tijdens actief gebruik en het onder invloed zijn)

- Visuele functies
- Hoorfuncties
- Smaak
- Reuk
- Tast
- Pijngewaarwording

Financiering gebruik

- Hoe bekostigt de patiënt het gebruik?
- Koopt patiënt drugs, methadon of andere medicatie bij op de zwarte markt?
- Prostitutie
- Verdient de patiënt het geld voor de drugs met het zich prostitueren?
- Zo ja, condoomgebruik?

Injecteren van drugs

- Ooit middelen gespoten
- Heeft de patiënt de naald van de spuit ooit met anderen gedeeld?
- Gebruikt de patiënt citroenzuur als oplossingsmiddel?
- Deelt de patiënt zijn naald en spuit wel eens met anderen?
- Ruilt de patiënt de gebruikte spuiten om voor schone?
- Heeft de patiënt water en andere toebehoren bij het injecteren met anderen gedeeld?
- Heeft patiënt basepijpjes etc. samen met anderen gebruikt?

Psychische functioneren

- Waarneming: zelfwaarneming, zelfbeleving en lichaamsbeleving
- Is er een vermoeden op stoornissen in:
 - Vasthouden van aandacht: het in staat zijn om de concentratie gedurende de vereiste tijdsduur vol te houden
 - Korte termijn geheugen: inprenten
 - Lange termijn geheugen: vergeetachtigheid
 - Beoordelingsvermogen: het onderscheiden en het beoordelen van verschillende opties, zoals relevant bij het zich vormen van een mening
- Aanwijzingen voor psychische comorbiditeit, zoals achterdocht, dysforie, ontremming, verliezen van de gedachedraad en concentratiestoornissen

NB: comorbiditeit kan worden opgespoord door te letten op eerdere psychische en/of somatische problemen en hierop door te vragen. De tijdsrelatie tussen het begin van de co-morbide problematiek en het gebruik van de middelen is van belang. Ook het beloop van de co-morbide stoornis na het staken van het gebruik is een belangrijk aandachtspunt. Eveneens het effect van eerdere behandelingen. Daarnaast is het belangrijk om de familiale geschiedenis goed uit te vragen. Wanneer er sprake is van ADHD of LVB-problematiek is het aan te raden verdiepende vragen te stellen over school- en opleidingscarrière en over het beloop van de (arbeids)carrière (Rutten & De Haan, 2009; Hulshoff, Loth, Noorlander, Sylvester, van Gogh & Knapen, 2009).

Lichamelijk functioneren

- Eerdere opnames en/of behandeling i.v.m. lichamelijke gezondheid: waar en wanneer?
- Huidige opnames en/of behandeling i.v.m. lichamelijke gezondheid: is er afstemming met deze behandeling geregeld?
- Huidig medicatiegebruik
- Zijn er stoornissen in: ontlasting, urine, zweten en menstruatie?
 - Fecale consistentie
 - Fecale frequentie
 - Frequentie urinelozing
 - Functies van huid: zweetsecretie: veel/te weinig
 - Regelmaat menstruele cyclus
 - Slaapstoornissen
 - Inslapen
 - Doorslapen
 - Slaap, anders (dagnachtritme)

Bijzonderheden

1. Zwangerschap
 - Gebruik voorbehoedsmiddelen
 - Zwanger

-
- Zwanger geweest de afgelopen 5 jaren
 - Aantal kinderen ...
 - Miskraam (oorzaak)
 - Abortus (reden)

2. Hulpmiddelen

- Bril dragend en/of lenzen: sterkte
- Gehoorapparaat
- Gebitsprothese
- Andere prothesen

Aanvullende gegevens

- Longonderzoek verricht?
- Thoraxfoto?
- Mantoux geplaatst?
- Laboratoriumonderzoek ...
- Indicatie bloedonderzoek op evt. SOA's, HIV, Hep. e.a.?
- Zijn er contacten geweest met de GGD (TBC, vaccinaties e.d.) of met de ARBO dienst?

Lichamelijk onderzoek door verpleegkundige

- Gewicht (BMI) en voedingstoestand
- Lengte
- Bloeddruk (zittend)
 - Systolisch
 - Diastolisch

Justitie/Politie/Wet

- In verleden contacten met politie en justitie?
Redenen:
 - Overlast op straat
 - Stelen
 - Gewelddelict
 - Bedreigingen
 - Anders

Hoe afgehandeld?

- Zijn er nu contacten met politie/justitie?: waarom
- Wat zijn de te nemen stappen hierin?
- Is er sprake van een ISD traject (maatregel Inrichting Stelselmatige Daders) en met welk resultaat?
- Zijn er contacten met de reclassering?: contactpersoon
- Zijn er contacten met de justitiële verslavingszorg?: contactpersoon

Scholing

- Opleidingen: afgemaakt/niet afgemaakt met reden erbij

Arbeid

- Heeft patiënt werk
- Waar werkt de patiënt
- Is dit in het kader van re-integratie
- Maandsalaris
- Functie
- Werktijden
- Andere bronnen van inkomsten

Dagstructuur

- Heeft de patiënt een vaste dagindeling
- Heeft patiënt hobby's
- Invulling van de dag met:
- Scoren van verslavende stoffen
- Dealen van verslavende stoffen
- Gebruiken van drugs

Inkomen

- Uitkering
- Schulden
- Begeleiding bij financiën

Wonen

- Vaste verblijfplaats
- Eigen woning
- Dak/thuisloos, zo ja wat doet patiënt zelf aan deze situatie en welke mogelijkheden heeft
- patiënt

Contacten

- Heeft patiënt contacten met ouders
- Heeft patiënt een partner
- Heeft patiënt kinderen: hoeveel en evt. KVO protocol toegepast, zijn er contacten met Jeugdzorg
- Zijn er de laatste jaren conflicten geweest met voor de patiënt belangrijke personen
- Heeft de patiënt niet-gebruikende vrienden
- Heeft de patiënt contacten met andere gebruikers
- Kan patiënt terugvallen op een vertrouwenspersoon: maakt de patiënt hier gebruik van?

Kwaliteit van leven

- Ervaren mate van kwaliteit van leven

Geneeskundig onderzoek

Algemeen geneeskundig lichamelijk onderzoek

Algemene indruk

- Wel/niet ziek
- Wel/niet ontweningsverschijnselen
- Wel/niet onder invloed

Leeftijd: oud/jong/conform

Zelfverzorging: goed/matig/slecht

Transpiratie: droog/normaal/overmatig

Lengte:

Gewicht:

RR:

Pols:

Temperatuur:

BMR:

CVD:

Anemie:

Cyanosis:

Icterisch

Dyspnoe:

Oedeem:

Lymfomen:

Huid:

Turgor: goed/matig/slecht

Spuittittekens: ja/nee locatie

(Brand)wonden: ja/nee locatie

Krabplekken: ja/nee locatie

Hematomen: ja/nee locatie

Tatoeages: ja/nee locatie

Spider naevi: ja/nee locatie

Hoofd/Hals

Ogen:

Conjunctivae:

Sclerae:

Pupilmootte: L: miosis/mydriasis R: miosis/mydriasis

Neus:

Perforatie neusseptum: ja/nee

Mond:

Mondhygiëne

Cariës letsel

Gebit

Tong

Pharynx/tonsillen

Mondwand (speekselproductie)

Schildklier:

Thorax

- Vorm:
- Longen
- Longoedeem: ja/nee
- Bronchospasmen/astma ('cracklung'): ja/nee
- Hart
- Mammae
- Gynaecomastie: ja/nee
- Abdomen

Lever:

- Aanwijzingen voor ascites: ja/nee
- Aanwijzingen voor cirrose: ja/nee
- Aanwijzingen voor hepatitis: ja/nee

Maag/darmen

Buikwand (venetekening):

Nieren:

Anus/vulva/penis/scrotum/liezen

Inspectie

Rectaal toucher

Vaginaal toucher

Bloedvaten

Veneus stelsel:

Arterieel stelsel:

Extremiteiten

Oedeem: ja/nee

Artritis: ja/nee

Wervelkolom

Vorm:

Beweeglijkheid:

Neurologisch onderzoek

- Algemeen: Bewustzijn/oriëntatie:
- Spraak:
- Ogen:
- Pupillen: vorm:
- Reactie op licht:
- Volgbeweging nystagmus: ja/nee
- Motoriek:
- Onwillekeurige bewegingen/tremoren ja/nee
- Extrapiramidale stoornissen ja/nee
- Hakkenloop:
- Tenenloop:
- Looppatroon:
- Reflexen
- KPR Biceps
- APR Triceps
- Voetzoolreflex:
- Pseudobulbairreflexen:
- Perifere neuropathie/Gevoelloosheid: ja/nee
- Sensibiliteit
- Tastzin: vibratiezin
- Bewegingsgevoel: punt/kop discriminatie
- Coördinatie
- Top-neusproef:
- Knie-hakproef:
- Koorddanseresproef:
- Diadochokinese:
- Romberg:

Psychiatrische onderzoek

Inschatting van:

- Bewustzijn
- Aandacht
- Oriëntatie
- Geheugen
- Denken: vorm en inhoud
- Waarneming
- Stemming/Affect
- Psychomotoriek
- Ziektebesef – en inzicht
- Suïcidaliteit en Homocidaliteit
- Delirium

Algemene indruk van:

- Verzorging
- Intelligentie
- Angst

OCDS en OCDUS

NB: Daar waar alcohol staat kan drugs/heroïne/cocaine worden ingevuld.

Scoring en berekening

Som van de 5 itemscores: 0-20. Boven de 12 ontstaat maatschappelijke schade

Instructie

De volgende vragen gaan over gedachten en gevoelens over alcohol en drugs en over het wel drinken/niet drinken en/of gebruiken. De vragen gaan uitsluitend over de afgelopen, laatste 7 dagen. Beantwoord de vragen dus op grond van wat u de laatste 7 dagen heeft gedacht, gevoeld en gedaan. Zet een kruisje in het vierkantje voor het antwoord dat het meest op u van toepassing is.

1. Als u niet gebruikt, hoeveel van uw tijd wordt in beslag genomen door gedachten, ideeën, impulsen of beelden die met drinken te maken hebben?

- (0) Geen.
- (1) Minder dan 1 uur per dag.
- (2) 1-3 uur per dag.
- (3) 4-8 uur per dag.
- (4) Meer dan 8 uur per dag.

2. Hoe vaak treden deze gedachten op?

- (0) Nooit.
- (1) Minder dan 8 keer per dag.
- (2) Meer dan 8 keer per dag, maar het grootste deel van de dag treden deze gedachten niet op.
- (3) Meer dan 8 keer per dag en vrijwel alle uren van de dag.
- (4) Het aantal keren dat ik deze gedachten heb is niet te tellen en er gaat vrijwel geen uur voorbij zonder er aan te denken.

3. Als u niet gebruikt, hoe vervelend of storend zijn deze gedachten, ideeën, impulsen of beelden die te maken hebben met drinken?

- (0) Niet vervelend of storend.
- (1) Enigszins vervelend, maar niet te vaak en niet al te storend.
- (2) Nogal vervelend, regelmatig en storend, maar nog wel te hanteren.
- (3) Vervelend, vaak en erg storend.
- (4) Zeer vervelend, bijna voortdurend en zeer storend.

4. Hoeveel moeite doet u, als u niet gebruikt, om deze gedachten tegen te gaan of te negeren of om uw gedachten als ze bij u opkomen ergens anders op te richten. (Het gaat erom aan te geven hoeveel moeite u doet, niet of het u lukt of niet).

- (0) Als ik zulke gedachten al heb, doe ik altijd moeite ze tegen te gaan.
- (1) Ik doe meestal moeite om zulke gedachten tegen te gaan.
- (2) Ik doe soms moeite om zulke gedachten tegen te gaan.
- (3) Ik doe geen moeite om ze tegen te gaan, maar ik geef er met tegenzin aan toe.
- (4) Ik geef me volledig en uit vrije wil over aan deze gedachten.

5. Hoe sterk is de drang om alcohol te drinken?

- (0) Ik heb geen drang om alcohol te drinken.
- (1) Ik heb enige drang om alcohol te drinken.
- (2) Ik heb een sterke drang om alcohol te drinken.
- (3) Ik heb een zeer sterke drang om alcohol te drinken.
- (4) De drang om alcohol te drinken is overweldigend.

OOS, SOS en VAS craving schalen

Objectieve Onthouding Schaal (OOS)

In te vullen door interviewer (verpleegkundige)

De objectieve Onthouding Schaal wordt gebruikt om een goed beeld te vormen van het verloop van de ontwenning bij mensen die stoppen met het gebruik van verslavende middelen. In deze lijst worden zoveel mogelijk meetbare observatiecriteria aangehouden.

Start met de meting van pols en tensie (zo nodig temperatuur). Vervolgens observeert u het gedrag uit de eerste kolom en be vraagt u de cliënt op de het gedrag uit de tweede kolom. U vult dit formulier in door het vakje aan te kruisen naast het geobserveerde gedrag en nadien een optelling te maken hiervan. Deze lijst wordt eenmaal daags (in de loop van de ochtend op een vast tijdstip) ingevuld. Gelijktijdig met de afname van de Objectieve vragenlijst (OOS) wordt door de patiënt de Subjectieve vragenlijst (SOS) ingevuld.

De objectieve ontwenningsschaal, in te vullen door een verpleegkundige, ziekenverzorgende/VIG-er

Patiënt: Geb.datum: Volgnummer: METING			
Temperatuur op indicatie			
Polsslag			
Tensie			
OBSERVATIE Observator stelt vast	Aanwezig	ANAMNESTISCHE GEGEVENS Clïënt vertelt	Aanwezig
1. Geeuwen		Slaapt niet	
2. Loopneus		Heeft spierpijn	
3. Kippenvel		Is misselijk	
4. Transpireren (zweeten)		Eet veel	
5. Tranende ogen		Wil gaan gebruiken	
6. Pupilvergroting		Droomt levendig	
7. Trillende handen		Droomt onplezierig	
8. Opstijgingen (warm) en rillingen (koud)		Heeft honger	
9. Rusteloosheid (frequent verandering van houding)		Ziet dingen en die er niet zijn...	
10. Braken		Hoort dingen die er niet zijn...	
11. Spiertrekkingen		Heeft het plotseling koud en warm	
12. Buikkrampen (houdt de buik vast)		Heeft aandrang, diarree	
13. Angst		TOTAAL	
14. Misselijkheid			
15. (Epileptische) insulten			
16. Oogt sloom, komt sloom over			
17. Oogt somber, komt somber over			
18. Gespannen, gejaagd			
19. Trilt			
20. Slaperig, slaapt			
21. Vermoeidheid, moe			
22. Traag in beweging			
TOTAAL			

De subjectieve schaal: ontweningsverschijnselen: door patiënt zelf in te vullen

Datum:

Naam:

Patiënt: Patiëntnummer: IK...	Heel erg 4	Erg 3	Nogal 2	Een beetje 1	Helemaal niet 0
1. voel me angstig					
2. heb het gevoel dat ik moet geeuwen of ik moet echt geeuwen					
3. transpireer (zweet)					
4. heb tranende ogen					
5. heb een loopneus					
6. heb kippenvel					
7. tril					
8. heb het plotseling warm					
9. heb het plotseling koud					
10. heb pijnlijke botten of spieren (heb spierpijn)					
11. voel me rusteloos (moet steeds bewegen)					
12. voel me misselijk					
13. heb het gevoel dat ik moet braken of moet echt braken					
14. heb trekkende spieren					
15. heb kramp in mijn maag					
16. heb diarree					
17. heb het gevoel dat ik moet gebruiken					
18. heb een snelle pols					
19. slaap slecht					
20. ben gejaagd					
21. heb epileptische aanvallen					
22. heb koorts					
23. slaap veel					
24. ben moe					
25. droom levendig					
26. eet veel					
27. droom onplezierig					
28. heb honger					
29. ben sloom, duf, suf					
30. voel me somber					
31. ben traag in beweging					
32. zie dingen die er niet zijn...					
33. hoor dingen die er niet zijn...					
Subtotaal					
Totaal					

5. Organisatie van de opiaatonderhoudsbehandeling

5.1 Inleiding

De vorige hoofdstukken gaven informatie over het patiëntenperspectief, de somatische en psychische aandoeningen bij opiaatverslaving en de diagnostiek. Dit hoofdstuk bespreekt de organisatie van de behandeling, die de afgelopen tien jaar sterk in beweging is geweest. Dit heeft te maken met een verschuiving in visie. Traditioneel werd verslaving vooral gezien als een maatschappelijk probleem, en viel de ambulante opiaatonderhoudsbehandeling onder de sociale verslavingszorg. Het accent lag daarbij op overlastbestrijding (Loth, 2009), met daarbij een belangrijke rol voor de maatschappelijk werker. Opiaatafhankelijkheid wordt tegenwoordig, net als andere verslavingen, beschouwd als een hersenziekte, waarbij het herhaalde middelengebruik leidt tot belangrijke, moeilijk terug te draaien veranderingen in het brein. Deze zijn op hun beurt verantwoordelijk voor het ontstaan van hunkering (craving), wat leidt tot verlies van controle over het eigen gedrag. Zelfs na een periode van abstinentie kan dit leiden tot een terugval in het verslavingsgedrag (Van den Brink, 2009). Als gevolg daarvan kan zich een destructieve levensstijl ontwikkelen. Om die reden is in de behandeling veel aandacht nodig voor de bijkomende somatische, psychische en maatschappelijke problemen, ingebed in een proces van herstel. Deze ideeën worden inmiddels breed gedeeld. De wisselwerking tussen de persoon en de omgeving wordt gevat in het zogeheten biopsychosociale model. Bio staat voor biologisch (factoren die te maken hebben met erfelijkheid), psycho staat voor psychologisch (factoren zoals opvoeding, ingrijpende gebeurtenissen en ervaringen) en met sociale factoren worden omgevingsfactoren bedoeld (maatschappij of (sub)cultuur waar iemand bij hoort). Volgens de huidige opvattingen is een gecombineerde medische (geneeskundige en verpleegkundige) en psychosociale aanpak geïndiceerd.

Ook de financiering van de zorg is hier inmiddels op afgestemd. Na een overgangperiode waarin extra gelden van de landelijke overheid beschikbaar kwamen voor met name de begeleidingstrajecten, is de nadruk komen te liggen op financiering vanuit de zorgverzekeringswet, in plaats van de voornamelijk gemeentelijke financiering in het verleden. De mate waarin verslavingszorginstellingen voor taken op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz) ondersteund worden door gemeentelijke gelden uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) verschilt nu sterk per gemeente (Blok, 2011).

In dit hoofdstuk komen de volgende onderwerpen aan de orde; de fysieke setting, de organisatie van verstrekking van de medicatie in samenhang met een begeleidingstraject, samenstelling van het multidisciplinaire team, scholingen, Routine Outcome Monitoring (ROM) en de inrichting van een verslavingspolikliniek. De teksten in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op twee belangrijke kennisbronnen: praktijkkennis van de hulpverleners en managers, en de ervaringskennis van patiënten (zie hoofdstuk 2 over de gevolgde werkwijze).

In Nederland zijn verslavingspoliklinieken zeer verschillend georganiseerd. Er zijn geïntegreerde voorzieningen waar bijvoorbeeld ook dagactiviteiten, een dag- en/of opvang en gebruikruimte georganiseerd zijn, maar er zijn ook kleine voorzieningen die enkel gericht zijn op het verstrekken van medicatie en het in beperkte mate begeleiden van patiënten. In het eerste geval werken teamleden op één locatie voor meer doelgroepen dan alleen de opiaatverslaafde patiënten; in het tweede geval vindt psychosociale en maatschappelijke ondersteuning elders plaats, door andere hulpverleners. Het is om deze reden niet mogelijk om een algemeen geldende richtlijn te geven voor het inrichten

van de opiaatonderhoudsbehandeling (zoals de samenstelling van het team, caseload, werkproces). De informatie in dit hoofdstuk moet worden beschouwd als ondersteuning en richtsnoer bij het inrichten van de eigen organisatie.

5.2 De inrichting en organisatie van de opiaatonderhoudsbehandeling

Procedures

De instelling is verantwoordelijk voor de uitwerking van de te leveren zorg, beschreven in instellingsprocedures. Er dient helder te zijn omschreven welke openingstijden de instelling kent, welke huisregels er worden gehanteerd, hoe het hulpaanbod eruit ziet en bij wie de patiënt zich kan melden bij vragen en opmerkingen hierover. Een patiëntenfolder waarin de intake, behandeling en de werking van methadon en buprenorfine wordt uitgelegd is gewenst. Patiënten vinden het daarnaast van belang dat deze folder informatie bevat over openingstijden, telefonische bereikbaarheid hulpverleners, huisregels, hulpaanbod, rol van de patiëntvertrouwenspersoon (PVP-er) en bereikbaarheid van deze persoon.

De diverse faciliteiten zijn veilig te gebruiken door de patiënten, hulpverleners en omwonenden. De dagelijkse zorgorganisatie kent daarom diverse protocollen waaruit blijkt dat de instelling verantwoorde zorg en toezicht biedt. Deze protocollen betreffen:

1. Het toezicht op de uitgifte van opiaatonderhouds- en andere medicatie door de verantwoordelijke toezichthoudende apotheker. In elke instelling is een instellingsprotocol aanwezig waarin de bestelling (recept van de arts), de levering, het bewaren in een afsluitbare kluis en de te leveren doseringen in procedures staan beschreven. Het instellingsprotocol heeft een sluitende goederenbeweging van de opiaatonderhoudsmedicatie. Dit wil zeggen: het aantal mg besteld door de instelling = het aantal mg geleverd door de apotheek = het aantal mg gefactureerd door de apotheek. Ook dient in het instellingsprotocol voorgeschreven te staan dat de instelling periodiek nagaat hoe groot de eindvoorraad opiaatonderhoudsmedicatie is: de beginvoorraad in mg + leveringen in mg door apotheek minus de uitgifte in mg aan patiënten.
2. Het toezicht door de hulpverlener op het gebruik van de medicatie. Er zijn procedures voor medische verrichtingen en eventuele hierin gemaakte fouten (FONA: Fouten of Near Accidents, bijna ongelukken) die hierin kunnen optreden volgens het reglement meldingen incidenten patiëntenzorg (MIP). Mochten zich incidenten en/of bijna ongelukken voordoen, dan worden deze aangemeld volgens de in de instelling gebruikelijke weg (het interne Veiligheids Management Systeem, VMS) en besproken in de MIP commissie (Commissie Meldingen Incidenten Patiëntenzorg).
3. Huisregels op het gebied van openbare orde en veiligheid. Onder huisregels wordt in ieder geval verstaan dat men niet mag rondhangen, geen drugs mag gebruiken, geen medicatie mee naar buiten mag nemen, niet mag dreigen met geweld of geweld mag toepassen en dat men het pand schoon moet achterlaten. De dagelijkse veiligheid kan worden gerealiseerd door daadwerkelijk toezicht in te zetten via bewakend personeel in de vorm van een portier of rondlopende toezichthouder.
4. Een sanctiereglement voor patiënten waarin staat bij welke overtredingen welke sancties toegepast worden, welke stappen hierin gezet worden door het personeel van de instelling en welke rechten de patiënt hierin heeft. Telefoonnummers en e-mailadressen van de patiënten vertrouwenspersoon en de cliëntenraad van de instelling staan hierbij vermeld.

Openingstijden

De opiaatonderhoudsbehandeling heeft een aantal functies:

- het in de vereiste frequentie overhandigen van diverse medicijnen (en inname van urines),
- de mogelijkheid bieden tot het gebruiken van diverse drugs (gebruikersruimtes),
- medisch-verpleegkundig onderzoek en behandeling,
- uitvoering van begeleidingstrajecten (herstelgericht).

Dit betekent voor de voorziening dat de openingstijden hierop zijn afgestemd. De poliklinische voorziening dient in ieder geval 5 dagen per week van 8.30 tot 17.00 geopend te zijn en de patiënt moet binnen deze tijden diverse hulpverleners kunnen treffen. Aparte openingstijden voor patiënten die na 17.00 of in het weekeinde hun medicatie komen ophalen staan duidelijk zichtbaar aangegeven. Ook op die tijdstippen is er voldoende adequaat opgeleid personeel aanwezig (minimaal 2 verstreckende professionals en een bewaker).

Inrichting van de ambulante polikliniek

Op basis van *practice based* informatie afkomstig van visitatierondes in 2007 en 2010 (Loth et al., 2011) worden hieronder aanbevelingen geformuleerd om te komen tot een veilige en zowel voor de patiënt als voor de hulpverlener vriendelijke omgeving van de ambulante voorziening.

De verslavingszorginstelling is verantwoordelijk voor een goede kwaliteit van zorg die zichtbaar moet zijn in de voorzieningen die zijn ingericht voor zorg en begeleiding. Iedere patiënt moet zich welkom voelen en in elk contact tussen de patiënt en de hulpverlener moet voldoende privacy zijn. Patiënten zouden graag duidelijkheid willen hebben over wie waar te bereiken is en doen een voorstel tot het maken van een 'smoelenboek'.

De CCBH (2003) heeft in haar rapport 'Over Blijvende Zorg' een aantal eisen op dit gebied vastgelegd, die hieronder zijn aangevuld en aangepast op de opiaatonderhoudsbehandeling in brede zin, via de ervaringen die zijn opgedaan met de implementatie van de RIOB. Voorzieningen voor ambulante opiaatonderhoudsbehandeling hebben de volgende onderdelen:

- De ruimte waar de medicatie-uitgifte plaats vindt (uitgiftebalie) moet overzichtelijk, met weinig dode hoeken, en makkelijk bereikbaar zijn;
- De voorzieningen dienen op eenzelfde verdieping geplaatst te worden en elk onderdeel is functioneel;
- De entree (elektrisch afsluitbare entree met verstaanbare intercom) die - indien op slot - op een beleefde wijze wordt bediend via een intercom en duidelijk hoorbaar van het slot wordt gedaan;
- De wachtruimte is voorzien van een aantal stoelen, een tafel en een toilet;
- De huisregels en het sanctiereglement zijn zichtbaar in de wachtkamer opgehangen en er ligt foldermateriaal over de instelling/de behandeling;
- Indien is gekozen voor een gesloten uitgiftebalie, dan dient deze voorzien te zijn van een schuifraam/loket (met helder veiligheidsglas) zodat normaal menselijk contact en professionele monitoring van de toestand van de patiënt (d.w.z. zicht op hele lichaam van de patiënt) mogelijk is. Patiënten vinden dat de uitgiftebalie bij voorkeur open moet zijn;
- Aan de kant van de patiënt moet een balie zijn waarop men kan leunen en waarop een kan water kan staan. Aan de kant van het personeel dient ruimte te zijn waarin men kan verstrekken met een computer gestuurd systeem, ofwel een balie met ICT voorzieningen;
- De unit heeft ruimte voor het opbergen van allerlei verstreckingsmaterialen, maar ook een afsluitbare kast en een bureau met stoelen;

- Voor de verpleegtechnische handelingen zoals wondverzorging, opnemen van de bloeddruk e.d. en voor het medisch onderzoek van de arts/NP-er/PA-er dient een aparte ruimte ingericht te worden. Daar kunnen de arts en de verpleegkundigen op een hygiënische, veilige wijze hun handelingen verrichten. Deze ruimte moet voorzien zijn van een kast waarin wondbehandelingsmateriaal e.d. opgeborgen kan worden, een behandelingstafel, een wastafel en een bureau met twee stoelen;
- In de behandelkamer van de arts/NP-er/PA-er staan minimaal een bureau met drie stoelen, een onderzoekstafel, een kast met medische materialen en een onderzoeksinstrumentarium;
- Er is een pantry of keuken voor het zetten van koffie en thee en het verzorgen van eten. Deze ruimte staat apart van de behandelruimte die nodig is voor verpleegtechnische verrichtingen;
- Er zijn gescheiden toiletten voor patiënten en personeel, met bovendien een apart en toilet voor het leveren van urinemonsters;
- Er is een aparte, afsluitbare ruimte voor het opbergen van de administratie, dossiers, medicatie en een noodvoorraad opiaatonderhoudsmedicatie (in een af te sluiten kluis), die aan de eisen van de Inspectie Gezondheidszorg voldoet;
- Voor het rustig en op een voor de patiënt vriendelijke wijze voeren van gesprekken zijn aparte ruimtes noodzakelijk: spreekkamers, met een tafel en een aantal stoelen;
- Voor het gezamenlijke werkoverleg en andere vergaderingen van het team is een aparte ruimte noodzakelijk, zodat de uitgifte van medicatie en het organiseren van het dagelijkse werk niet in de ruimte van de uitgiftebalie plaatsvindt;
- De voorziening is zo ingericht dat doorstroming van patiënten snel en direct plaats kan vinden.

In bijlage 1 is een aantal bouwtechnische voorbeelden van een voorziening te zien.

Zoals gezegd bieden veel instellingen voor verslavingszorg de hierboven beschreven voorzieningen geïntegreerd aan met andere voorzieningen, zoals dag- en nachtopvang en gebruikersruimtes.

In sommige gevallen is er zelfs sprake van samenwerking met de sociale dienst van de gemeente of afdelingen van wooncorporaties op dezelfde locatie. Deze samenwerking maakt het makkelijker om van elkaars deskundigheid en faciliteiten te profiteren.

5.3 De psychosociale begeleiding in de opiaatonderhoudsbehandeling

De opiaatonderhoudsbehandeling bestaat uit twee onlosmakelijke onderdelen: 1. de medicatieverstrekking, ingebed in 2. een begeleidingstraject. De MDR Opiaatverslaving (Van den Brink, Van de Glind & Schippers, 2012) heeft uitvoerig onderzocht voor welke psychosociale begeleiding naast de medicamenteuze behandeling de beste wetenschappelijke onderbouwing is, of het meest geschikt is. Hieronder bespreken we deze wetenschappelijke onderbouwing vanuit twee invalshoeken: vanuit de zorgorganisatie en vanuit de inhoud, ofwel de psychosociale interventies waaruit deze begeleiding bestaat.

Zorgorganisatie

De zorgorganisatievorm die het beste werkt bij chronische opiaatverslaafde patiënten is 'casemanagement'. De literatuur laat daarin diverse modellen zien. De meest toegepaste modellen in de ambulante verslavingszorg voor chronisch verslaafden zijn het intensieve casemanagement en het *strength-based* model (Brun & Rapp, 2001; Jenner, 2008; Van der Sande & Neymeijer, 2011). Centraal in beide modellen staat de eerstverantwoordelijke hulpverlener die de zorg rondom een patiënt centraal coördineert en dat

er gewerkt wordt vanuit het herstelgerichte concept. De behandelrelatie wordt gestart vanuit compassie en het snel komen tot een therapeutische relatie doordat de hulpverlener aansluit bij de situatie van de patiënt (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005). Daarbij kan de casemanager alle begeleiding zelf bieden of juist andere hulpverleners in de vorm van deelplannen delen van de begeleiding laat uitvoeren. Zie hiervoor ook de *Richtlijn Casemanagers in de Verslavingszorg* (Tielemans & de Jong, 2007).

Van der Sande & Neymeyer beschrijven een intensieve vorm van zorgorganisatie: (Functie) Assertive Community Treatment ofwel (F)ACT in de verslavingszorg. De essentie van het (F)ACT model is dat patiënten die in crisis dreigen te komen, tijdelijk centraal in de aandacht van het gehele team worden geplaatst en dagelijks worden besproken middels het zogeheten FACT-bord. Deze begeleiding wordt als volgt gekenmerkt:

- een actieve outreachende werkwijze;
- een onderscheid tussen patiënten die dagelijks intensieve zorg en begeleiding nodig hebben en patiënten die dat niet nodig hebben middels een planbord;
- begeleiding is gericht op het oplossen van praktische problemen;
- hulpverleners hebben een kleine caseload;
- multidisciplinaire verantwoordelijkheid;
- goede bereikbaarheid;
- doorstroombmogelijkheden naar andere voorzieningen.

In bijlage 3 worden de verschillende organisatievormen op een rijtje gezet en verder uitgelegd.

Inhoudelijke interventies

Binnen de hierboven beschreven verschillende vormen van zorgorganisatie kunnen diverse effectieve psychosociale interventies worden toegepast. Patiënten vinden daarin de praktische ondersteuning en de persoonlijke aandacht het belangrijkste. De contactmomenten aan de uitgiftebalie zijn hierin belangrijk. De taken en functies aan de uitgiftebalie hebben als hoofddoel de verstrekking van de medicatie en monitoring van de patiënt aan het loket, en de bijbehorende registratie hiervan.

Anstice et al. (2009) geven de volgende specificatie van de taken van professionals aan de uitgiftebalie:

- toezien op de daadwerkelijke inname van de medicatie, directe ondersteuning bieden aan de balie, consultatie bieden en psycho-educatie geven over de medicatie;
- de gezondheid en het psychosociale welzijn van de patiënt observeren en monitoren;
- de werking van de medicatie observeren en daarnaast de ontwenning en craving in kaart brengen;
- contacten leggen en onderhouden met iedere patiënt.

Om deze taak goed uit te voeren zijn minimaal 2 verstrekkende professionals werkzaam aan en om de balie.

De literatuur beschrijft daarnaast diverse strategieën die bij chronisch verslaafde patiënten zorg kunnen dragen voor stabiliteit in het dagelijkse leven (Van den Brink, Van de Glind & Schippers, 2012):

1. Bed-, bad- en broodvoorzieningen zorgen voor rust in het leven van de verslaafde patiënt. Deze kunnen of door de instelling zelf worden geëxploreerd, of via samenwerking met anderen worden gerealiseerd. Dat geldt eveneens voor diverse gebruikersruimtes. Wij verwijzen hiervoor naar de diverse richtlijnen van Resultaten Scoren die daar meer informatie over geven (o.a. Van Essen, van der Horst, Wieske, Ruyten & de Jong, 2011). Samenwerking tussen de diverse voorzieningen is van belang voor de patiënt.

-
2. Pas als aan de basisvoorwaarden is voldaan (bed, bad- en broodvoorzieningen) geven *community reinforcement strategieën* (CRA) en voucherbehandelingen (het belonen van goed gedrag) maximale effecten. Voucherbehandeling heeft binnen de methadonbehandeling effect, maar binnen de buprenorfinebehandeling niet. De combinatie CRA en voucherbehandeling geeft wel effect voor de buprenorfinebehandeling (ook voor de methadonbehandeling). Werken met vouchers/beloningen voor goed gedrag leidt tot vermindering van het gebruik van illegale drugs.
 3. De terugvalpreventie gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie zou in iedere behandeling bij patiënten met co-morbide problematiek toegepast moeten worden. Cognitieve gedragstherapie bij heroïneverslaafde patiënten met angst- en depressiestoornissen is een belangrijke extra interventie. De reductie van middelengebruik dient hierin niet als centrale uitkomstmaat te gelden, maar vermindering van psychiatrische klachten en vergroting van het welbevinden. Terugvalpreventie bij patiënten met psychiatrische comorbiditeit leidt tot minder heftige terugvalmomenten.
 4. Bij alle hulpverleners behoort de centrale interventie motiverende gespreksvoering te zijn, omdat deze positieve effecten laat zien bij alle verslaafde patiënten.
 5. Zelfhulp en inzet van ervaringsdeskundigen zorgt ervoor dat patiënten beter op de hoogte raken van soorten hulp en hun effect, van de weg door de instelling. Dat blijkt stabiliserend te werken. In het kader van individuele herstelroutes van patiënten is het inzetten van ervaringsdeskundigen in de zorg belangrijk. Een opkomend belangrijk onderdeel van de herstelbeweging is het inzetten van verslaafde patiënten, die stabiel zijn, in de verslavingszorg. Patiëntenperspectieven een vast onderdeel laten worden van de dagelijkse zorg gebeurt steeds vaker. De ervaringsdeskundige als bruggenbouwer die contact maakt met patiënten, die psycho-educatie geeft, uitkeringen beheert en het effect van medicatie mee observeert, die verslavingsproblemen relateert door zijn/haar eigen ervaringen er naast te zetten en een voorbeeld functie vervult. Iemand die de professionals de ogen opent wat betreft de dagelijkse omgang en nieuwe perspectieven inbrengt (Van Erp, Hendriksen & Boer, 2009; Geelen, Gottmer, Scheurs & Thijs, 2004; Levano 2009).
Zie ook: www.live-ervaringsdeskundigheid.nl en www.hetzwartegat.info.

5.4 Het multidisciplinaire team in de opiaatonderhoudsbehandeling

Deze paragraaf behandelt de samenstelling van het multidisciplinaire team, de taakafbakening en de kennis en kunde die het team moet bezitten om een opiaatonderhoudsbehandeling adequaat uit te kunnen voeren. De afgelopen jaren is de RIOB in veel instellingen voor verslavingszorg geïmplementeerd. Dat implementatieproces werd ondersteund door twee visitatierondes en regelmatige bijeenkomsten (leergroep) van de projectleiders die in de instellingen verantwoordelijk waren voor de RIOB implementatie. Die bijeenkomsten hebben nieuwe informatie opgeleverd over het team, de deskundigheid en de bejegening. De literatuur geeft onvoldoende informatie om op basis van wetenschappelijk onderzoek de teamsamenstelling te beschrijven. Onderstaande teksten zijn derhalve voor het grootste deel gebaseerd op *practice based* kennis. Het betreft hier tekst over de ideale samenstelling van het team. Aantallen dienen als richtinggevend te worden gezien; afhankelijk van de situatie van de instelling kan hier beredeneerd van worden afgeweken.

Teamsamenstelling

De opiaatonderhoudsbehandeling bestaat uit medische interventies in combinatie met psychosociale interventies. Alleen deze combinatie leidt tot een gunstig behandelresultaat (Van den Brink, Van der Glind, & Schippers, 2012). Farmacologische hulp kan daarom alleen maar gegeven worden als ook psychosociale

hulp geboden wordt. Met name in de begeleidingstrajecten is de afgelopen jaren flink geïnvesteerd. Uit visitatierondes (Loth, Risselada, Wits, de Jong & van de Mheen, 2011) blijkt dat hierin vooruitgang is geboekt; caseloads zijn verkleind, meerdere disciplines zijn ingezet in de begeleiding van patiënten en de psychiatrische diagnostiek is verbeterd. Echter, meer aandacht moet nog gaan naar de psychosociale ondersteuning, en dan met name naar individuele herstelroutes, waarin de aansluiting bij de patiënt en het tempo van de patiënt uitgangspunt voor de hulpverlener is (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005).

Het behandelteam is samengesteld op basis van deskundigheid op het gebied van somatiek, psychiatrie, herstel en rehabilitatie. Het CCBH (2003) rapport en het rapport van het Trimbos-instituut over (F)ACT in de verslavingszorg (Van der Sande & Neijmeijer, 2011) zijn hierbij gebruikt als leidraad. De beschrijvingen zijn van daaruit getoetst aan de meningen van diverse experts in de deelnemende instellingen. Hieruit komt naar voren dat de multidisciplinaire teams het beste via een (F)ACT werkwijze kunnen werken om begeleiding en medische monitoring te organiseren bij de chronisch verslaafde patiënten. Zie hiervoor het uitgebreide rapport 'Modelbeschrijving (F)ACT Verslavingspsychiatrie' (Van der Sande & Neijmeijer, 2011). De caseload van een gemiddeld multidisciplinair team bestaat uit ongeveer 50-80 chronisch verslaafde patiënten. De ACT literatuur spreekt van 60-100 patiënten in een caseload van één team. Bij verslavingen geeft de literatuur aan dat de caseload 50-80 zou moeten zijn, met als redenen (Van der Sande & Neijmeijer, 2011):

- vaker voorkomende agressie door middelengebruik, waardoor een huisbezoek regelmatig met 2 teamleden moet worden uitgevoerd;
- de omgeving van de patiënt die meer aandacht nodig heeft;
- het grotere wantrouwen van drugsgebruikende patiënten waardoor meer tijd en aandacht nodig is;
- de craving, waardoor de patiënt intensievere begeleiding nodig heeft.

Naast een *afdelingsmanager/hoofd bedrijfsvoering*, een *administratief medewerker/receptionist*, een *eventuele portier/bewaker* en een *toezichthoudende apotheker* zijn de volgende professionals noodzakelijk:

Verslavingsarts

De verslavingsarts heeft de tweejarige postacademische Addiction Medicine opleiding afgerond en bezit de MIAM competenties voor een verslavingsarts (zie hiervoor www.spon.nl). Omdat in de literatuur gegevens over de gewenste caseload voor verslavingsartsen ontbreken is op basis van advies van diverse verslavingsartsen en andere experts een richtlijn voor de praktijk opgesteld: afhankelijk van het aantal fte's NP-er/PA-er is een minimum van 1-fte verslavingsarts op 200 patiënten voor de dagelijkse zorg nodig.

Psychiater

De psychiater is op afroepbasis inzetbaar in het kader van de diagnostiek. Richtsnoer voor de dagelijkse praktijk is dat alle patiënten een gedegen psychiatrisch onderzoek hebben doorlopen in het kader van een volledige diagnostiek. Het is moeilijk een aantal fte's hierbij te beschrijven omdat de benodigde inzet van een psychiater afhankelijk is van de taken van de psycholoog en NP/verpleegkundig specialist.

Psycholoog

De psycholoog is geregistreerd GZ psycholoog en inzetbaar voor de op de expertise gerichte diagnostiek, voor het behandelen met cognitieve gedragstherapeutische interventies in nauw samenspraak en samenwerking met de andere professionals die deze technieken ook toe passen. Daarnaast is de psycholoog inzetbaar voor consultatie van het team. Gebaseerd op de praktijkervaringen is 0,4-0,5 fte GZ-psycholoog gewenst per 100 patiënten.

Verpleegkundigen

Het verpleegkundige team is mede afhankelijk van de grootte van de patiëntengroep en de ernst van de gezondheidsproblemen meer of minder gedifferentieerd naar diverse niveaus:

- Verpleegkundige; MBO/niveau 4 (artikel 3 Wet BIG);
- Verpleegkundige; HBO/niveau 5 (artikel 3 Wet BIG);
- Verpleegkundige; HBO/niveau 5 met post HBO GGz vervolgopleiding;
- Nurse Practitioner: Master niveau en geregistreerd in het BIG register onder artikel 14 als verpleegkundig specialist.

Binnen het verpleegkundige team worden de volgende functies met bijbehorende taken onderscheiden:

- Verstrekker van alle medicatie, met taken aan het uitgifteloket en begeleider van patiënten met ernstige somatische problemen:
 - het verstrekken van de voorgeschreven medicatie in de instelling en op locatie bij de patiënt;
 - actieve begeleiding;
 - het vastleggen/rapporteren van de voortgang van de totale zorg/begeleiding van een aantal patiënten (de eigen caseload) met somatische problemen.

Opleidingsniveau: verpleegkundige, niveau 4. LZA en casemanagement;

- Verstrekker (hoeft niet perse tot het takenpakket te behoren) en begeleider in de rol van casemanager (kan ook bemoeizorg zijn) van patiënten met dubbele diagnostiek:
 - het verstrekken van de voorgeschreven medicatie;
 - het uitvoeren van preventieve en curatieve verpleegkundige interventies (zoals wondbehandeling en GVO);
 - actieve begeleiding (in de vorm van een zelfstandige caseload);
 - het vastleggen/rapporteren van de voortgang van de totale zorg/begeleiding van een aantal patiënten (de eigen caseload) met zware problemen, met name op het gebied van psychiatrie en het inschakelen van andere hulpverleners daarbij.

Opleidingsniveau: verpleegkundige niveau 5 (Bachelor niveau), HBO-V met differentiatie GGz of een inservice B-opleiding met enige jaren werkervaring in de psychiatrie/verslavingszorg. Beiden moeten zijn aangevuld met een oude SPV opleiding of de huidige post HBO GGz/LGGV opleiding;

- Advanced Nursing Practitioner (NP) of ook wel verpleegkundig specialist genoemd. Dit is een aparte functie die een aparte registratie in de Wet BIG vereist en een tweejarige MANP opleiding (Master of Advanced Nursing Practice). De NP-er:
 - doet medisch onderzoek;
 - voert taken uit in de medische behandeling;
 - is in staat de zeer complexe problematiek van patiënten in kaart te brengen en in multidisciplinair verband ook uit te voeren;
 - heeft meerwaarde in het medische domein.

De verpleegkundig specialist die de 3 jarige GGZ-VS opleiding heeft gevolgd is daarnaast in staat een rol als behandelaar in te nemen naast verslavingsarts en psycholoog in het domein van de chronische zorgverlening. In de reguliere GGz en verslavingszorg zijn hiervan voorbeelden te vinden (Symforagroep en Bouman GGZ). Aan elk team zou ongeveer 1 fte verpleegkundig specialist moeten worden toegevoegd, in afstemming met de aanstelling van de verslavingsarts en eventueel de 'beschikbare tijd van de hoofdbehandelaar.

Belangrijke voorwaarde bij deze functie is wel dat binnen elke instelling consensus moet bestaan over de taken die deze expert in het medisch-psychiatrische domein uitvoert. Verantwoordelijk voor de behandeling blijven de verslavingsarts en de psychiater. Deze consensus staat in protocollen beschreven.

De volgende disciplines kunnen bovendien worden ingezet:

Ziekenverzorger/VIG-er

In de dagelijkse verstrekking van medicatie en de eenvoudige zorg aan de balie van de medicatiepoli kunnen ziekenverzorgenden/VIG-ers (Verzorgende Individuele Gezondheidszorg) en/of apothekersassistenten ingezet worden in de functie van verstrekker. Deze professional is inzetbaar bij het verstrekken van de voorgeschreven medicatie, het administreren van de uitgifte van middelen, toezicht op een hygiënische en medisch verantwoordelijke wijze van medicatieverstrekking en minimale monitoring van de patiënt aan het loket (bewaken van afspraken en het uitvoeren van urineonderzoek). Opleidingsniveau: ziekenverzorgende/VIG-er en/of apothekersassistent, niveau 3. De instelling moet hier extra alert zijn op aanwezige competenties: het kunnen omgaan met moeilijke patiënten en met complexe gezondheidsproblematiek. Daarnaast moet binnen de instelling duidelijk beleid aanwezig zijn op de - niet in de DBC erkende - psychosociale begeleidingscontacten van deze professional.

Diëtist

Indien de PA-er en of NP-er niet ingezet kunnen worden, is het op consultbasis betrekken van een diëtist een belangrijke aanvulling voor het team, in verband met de soms slechte voedingstoestand van patiënten. Consultatie kan plaatsvinden op individuele patiënt casuïstiek, maar ook de instelling kan de diëtist advies vragen indien men maaltijden voor patiënten bereid. Het betreft hier een zeer beperkt aantal uren.

Physician Assistant: Master niveau

Het beroep Physician Assistant (PA-er) is gepositioneerd in het medische domein. De PA-er werkt onder supervisie van de verslavingsarts en biedt gedelegeerde en geprotocolleerde medische zorg. Deze professional hoeft in principe geen verpleegkundige vooropleiding te hebben gevolgd. De PA-er voert eenvoudige medische handelingen uit zonder een actieve uitvoerende verbinding te hebben met de (soms zeer complexe) verpleegkundige zorgverlening. Het aantal fte's is afhankelijk van het aantal artsenuren; hier is geen eenduidige richtlijn voor te geven.

Maatschappelijk werker/SPH-er

Deze professionals hebben taken in de complexe psychosociale ondersteuning; met name taken in de dagelijkse ondersteunende en motiverende contacten met de patiënten, het bieden van hulp bij huisvestingsproblemen, het in kaart brengen van de financiële problematiek, het zo nodig in gang zetten van schuldsanering en het monitoren hiervan.

De verschillende functies verbonden aan de psychosociale begeleiding zijn die van *casemanager*, *bemoeizorger* en *woonbegeleider*. De professional is minimaal HBO opgeleid, HBO verpleegkundige, HBOSPV (oude stijl)/post HBO GGz verpleegkundige (SPV nieuwe stijl), of maatschappelijk werker/SPH-er: HBOMW of HBOSPH. Voor beide functies geldt dat men meer dan 24 uren per week beschikbaar is. Indien via een (F)ACT werkwijze wordt gewerkt is een gezamenlijke caseload tussen de 50-80 patiënten de richtlijn. Werkt men als zelfstandig casemanager dan mag de caseload niet groter zijn dan 30-40 patiënten. Het aantal fte's begeleiding moet hierop worden afgestemd.

Vertaling van de professionele norm in de dagelijkse praktijk

De geraadpleegde vertegenwoordigers van de verschillende instellingen hebben de bovenstaande normen besproken; vraag die daarbij werd gesteld is: hoe moet de zorg voortkomend uit de RIOB in dunbevolkte gebieden worden georganiseerd, gezien de beperkte beschikbare middelen?

Voor de organisaties die hiermee te maken krijgen is het belangrijk om de veiligheid van het personeel als belangrijk uitgangspunt te nemen, naast een goede kwaliteit van zorg. Mogelijke oplossingen zijn:

- De methadonbus/medicatiebus; deze mobiele uitgiftebalie rijdt door de hele regio en staat op vaste plaatsen en tijdstippen in dorpen en wijken om zo de patiënten beter te bereiken. Eenvoudige zorg is mogelijk in deze mobiele eenheid. Begeleiding vindt op andere tijdstippen plaats.
- Het uitbesteden van de verstrekking van de medicatie is mogelijk door plaatselijke apothekers deze rol over te laten nemen. Monitoring vindt plaats door huisbezoeken of door bezoeken op de locatie van de instelling; het gesprek met arts en/of NP-er geeft de mogelijkheid om de gezondheid te monitoren en recepten te verlengen.

Patiënten vullen aan dat er aandacht moet zijn voor de 'vluchtigheid' van de diverse stagiaires en wisselingen in het team, en de negatieve invloed die deze wisselingen hebben op de mogelijkheid voor de patiënt om een relatie op te bouwen met het personeel.

5.5 Deskundigheidsbevordering

Om goede zorg te kunnen leveren is het noodzakelijk dat medewerkers over voldoende kennis en kunde beschikken. Iedere instelling heeft daarvoor een afdeling opleidingen, die vaak vanuit een 'leernetwerk' diverse interne scholingen aanbiedt. Aangeraden wordt om ook gebruik te maken van scholingen die bij andere verslavingszorginstellingen zijn ontwikkeld. Instellingen hebben vaak een specifieke deskundigheid op een bepaald terrein.

De kennis en de kunde die een hulpverlener minimaal dient te hebben bestaat uit:

- Psychiatrie en verslaving;
- Somatiek en verslaving;
- Cognitieve gedragstherapie en cognitieve beperkingen bij chronische verslaving;
- Farmacologie van opiaatvervangende medicatie van psychiatrische medicatie en van somatische medicatie;
- Medicatie-uitgifte en protocollair werken;
- Motiverende gespreksvoering;
- Professionele attitude;
- Grenzen stellen aan ongewenst gedrag en agressie regulering;
- Presentiebenadering en rehabilitatie;
- Inzet van ervaringsdeskundigen in de verslavingszorg in het kader van herstelgerichte zorg;

- Organisatievormen zoals (F)ACT, casemanagement, bemoeizorg;
- Intake en indicatiestelling;
- Samen beslissen tijdens de behandeling/begeleiding;
- Effectieve vormen van psychosociale begeleiding, zoals CRA en voucher behandeling;
- Maatschappelijke ondersteuning bij financiën, werk en wonen;
- Verstandelijke beperking en verslaving;
- Ouderen en verslaving;
- Culturele aspecten bij verslaving;
- Doel en toepassing van ROM.

De aanwezige kennis en kunde moet door de professional zelf en door het afdelingshoofd regelmatig geëvalueerd worden. (Bij-)scholingen kunnen bestaan uit workshops, colleges, kritische refereerbijeenkomsten in de vorm van casuïstiekbespreking en referaten. In de praktijk blijkt dat het up-to-date houden van kennis belangrijker is dan de eenmalige scholing. De kennis en kunde dienen een onderwerp te zijn van de functioneringsgesprekken. Hierin hebben de instelling en de professional gezamenlijke verantwoordelijkheden.

In teamverband dient regelmatig te worden stilgestaan bij overdracht- en tegenoverdracht- fenomenen in de dagelijkse zorg. In de hulpverlening spreekt men van overdracht en tegenoverdracht wanneer men het filter waarmee men een persoon kleurt niet ziet, en positieve of negatieve eigenschappen van de ander uitvergroot. Het komt voort uit de emotionele behoeften/verlangens van de patiënt en/of de hulpverlener. Er is positieve en negatieve overdracht. De hulpverlener kan bijvoorbeeld gezien worden als de redder (positief) of de 'spelbreker' (negatief). De patiënt kan gezien worden als zeer lastig (negatief) of als de ideale patiënt/vriend (positief). Moreel beraad (een stappenplan om ethische dilemma's in de hulpverlening rondom patiënten op een volledige wijze te bespreken en om tot goede afspraken te komen, Widdershoven & Abma, 2003) is een handzame vorm om dit bespreekbaar te maken. Instellingen en professionals zijn samen verantwoordelijk voor het regelmatig plannen en uitvoeren van scholingen hierin. Een methode om een analyse van de professionele relatie tussen hulpverlener en patiënt te maken is het maken van filmopnames van individuele gesprekken en groepsessies met patiënten. De kritische analyse hiervan kan worden opgenomen in een scholing over 'professionele attitude in de opiaatonderhoudsbehandeling'. Patiënten vullen hier aan dat het belangrijk is om normaal en menselijk met hen om te gaan (zie hoofdstuk 2).

Het is van belang dat het personeel van een *medische heroïne behandelunit* bevoegd en bekwaam is voor het uitvoeren van de behandeling met heroïne op medisch voorschrift. De scholing aan artsen zou zich vooral moeten richten op de farmacokinetiek en de farmacodynamiek. Voor verpleegkundigen is een meer specifieke training in de behandeling met heroïne op medisch voorschrift en de specifieke patiëntengroep nodig met aandacht voor groepsdynamiek. In de training zouden ook het handboek en de bijbehorende protocollen aan de orde moeten komen. De specifieke taken van het personeel staan beschreven in het handboek (CCBH, 2011).

5.6 ROM

Achtergrond van ROM in de ggz

Volgens De Weert-van Oene, Verbrugge, Holsbeek & de Jong (2011) kandoor middel van Routine Outcome Monitoring (ROM) inzicht worden verkregen in het verloop van de behandeling van chronische patiënten en de soms moeilijk meetbare resultaten van de zorg bij deze patiënten. ROM kan op verschillende niveaus feedback geven over de behandeling:

-
- a. Door middel van ROM kan het behandelplan geëvalueerd worden.
 - b. ROM maakt het verrichten van analyses op groepsniveau mogelijk om zo interventies, zorgprogramma's, teams, afdelingen, instellingen en regio's met elkaar te kunnen vergelijken. ROM maakt het op beide niveaus mogelijk om te leren, om zodoende de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Om ROM in de GGZ vorm te geven hebben in 2010 werkgroepen vanuit verschillende professies en disciplines monitorinstrumenten aangewezen voor onder meer:

1. de doelgroep van de verslavingszorg en
2. patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA).

Deze laatste doelgroep betreft mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen die langdurig (vaak meer dan twee jaar) matig tot slecht functioneren en die daarnaast ernstige en complexe problemen hebben op verschillende andere domeinen van hun leven, bijvoorbeeld op het gebied van de lichamelijke gezondheid, wonen, sociale relaties, dagbesteding, financiën en contact met politie en justitie (Mulder, Van der Gaag & Bruggeman, 2010).

Geschiktheid ROM instrumenten voor populatie opiaatonderhoudsbehandeling

Kijkend naar de patiëntenpopulatie van de opiaatonderhoudsbehandeling dan valt op dat deze grotendeels dezelfde kenmerken hebben als patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (Carpentier, Krabbe & Van Gogh et al, 2009; Knapen, Van Gogh & Carpentier et al, 2007). In de RIOB leergroep (zie Hoofdstuk 1) werd geconstateerd dat de ROM-instrumenten zoals die voor de doelgroep van de algemene verslavingszorg zijn vastgesteld te kort schieten als het gaat om het monitoren van de chronisch verslaafde doelgroep met ernstige problematiek. Landelijke ROM ontwikkelingen geven richting aan de prestatie-indicatoren in het algemeen. Het dilemma hierbij is dat een patiëntengroep zoals de opiaatverslaafden als groep specifieke kenmerken heeft en de behandeling derhalve ook. De landelijke ROM GGZ zou daarom volgens de vertegenwoordigde instellingen in de leergroep aangevuld moeten gaan worden met patiëntspecifieke uitkomstmaten in de opiaatonderhoudsbehandeling, zodat een landelijke vergelijking op deze groep verslaafde patiënten en de behandeling van hun problemen beter mogelijk wordt. Daarom is gezocht naar een geschikte set monitorinstrumenten, toegespitst op de opiaatonderhoudsbehandeling. Hieronder zijn aanbevelingen beschreven ten aanzien van prestatie-indicatoren in de opiaatonderhoudsbehandeling. Deze zijn tot stand gekomen via overleg met de RIOB-leergroep in de periode 2009 – 2010. In bijlage 4 worden deze toegelicht en vergeleken met de ROM-adviezen die in 2011 door de ROM-werkgroepen verslaving en EPA zijn uitgebracht.

Indicatoren, aanbevolen meetinstrumenten

Kernindicatoren voor verandering in de ernst van de problematiek en de kwaliteit van leven, de zorgconsumptie en de cliëntgerichtheid zijn:

1. *Ernst van de problematiek, kwaliteit van leven*
 - a. middelengebruik;
 - b. kwaliteit van leven;
 - c. sociaal-maatschappelijk functioneren;
 - d. resultaat bij beëindiging van de behandeling;
 - e. zorgconsumptie, zoals gebruik van (opiaatonderhouds-)medicatie, contactfrequentie.

2. Cliëntgerichtheid

Cliëntgerichtheid is in de visitaties uitgebreid aan de orde gekomen. Het gaat bijvoorbeeld om de wachttijd tot start van de behandeling, toegang tot zorg, keuzevrijheid, vervulling zorgwensen, evaluatie van begeleiding- en behandelplannen, goede samenwerking en afstemming met ketenpartners (continuïteit van zorg), en adequate bejegening door de hulpverleners (zie Basisset prestatie-indicatoren GGZ, 2006). Voor monitoringdoeleinden gaan wij ervan uit dat cliënttevredenheid als minimale maat voor cliëntgerichtheid voldoet.

In de RIOB-leergroep is besproken welke instrumenten geschikt kunnen zijn om bovengenoemde indicatoren te meten. Relevante instrumenten zijn de volgende:

- Addiction Severity Index (ASI) (Hendriks, Kaplan, Limbeek, & Geerlings, 1989);
- Health of the Nation Outcome Scale (Mulder et al., 2001);
- De EQ-6D. Deze geeft een beschrijving van de kwaliteit van leven op de volgende dimensies: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten (zoals werk, studie, huishoudelijke activiteiten en recreatieve activiteiten), pijn of andere klachten, angst/depressie en cognitie (zoals geheugen, concentratie). De EQ-6D is een uitbreiding van het veel vaker gebruikte instrument EQ-5D (EuroQol, 1990);
- MATE –ICF. MATE staat voor: Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie in de verslavingszorg (Broekman, Schippers, Koeter, & Brink, W van den, 2004);
- GGZ Thermometer/De CQ index (Wijngaarden, Kok, & Sixma, 2008).

Hieronder en in tabel 3 volgt voor elk van de hierboven beschreven kernindicatoren een beknopt overzicht van instrumenten die gebruikt kunnen worden om deze te meten:

- Middelengebruik: de MATE en ASI zijn geschikt, maar aanvullend kan de HoNOS (korte scorelijst) waardevol zijn, zeker naast de ASI. Instellingen die ervaring hebben met de HoNOS (bijvoorbeeld Novadic-Kentron, Parnassia/Brijder) rapporteren bruikbare uitkomsten.
- Kwaliteit van leven: De MATE meet dit element. Daarnaast is de EuroQoL-6D met 6 items zeer geschikt, indien de MATE geen gangbaar instrument binnen een instelling is. De EuroQoL is eenvoudig te combineren met het dagelijkse werk aan de balie of binnen het begeleidingstraject.
- Sociaal-maatschappelijk functioneren: hiervoor is de MATE -ICF module geschikt als meetinstrument.
- Resultaat na afloop behandeling: informatie uit EPD of USER/Psygis.
- Zorgconsumptie: informatie uit EPD of USER/Psygis. Het gaat om contacten binnen de verslavingszorg en de DBC methadon. Alle andere zorgconsumptie wordt niet meegerekend.
- Cliënttevredenheid: de GGZ Thermometer wordt breed toegepast. De CQ index zal de GGZ thermometer in de toekomst wellicht geheel vervangen.

Tabel 5.1: Overzicht voorgestelde ROM-instrumenten voor opiaatonderhoudsbehandeling.

	Uitkomstmaten	Instrumenten
<i>Ernst middelen-problematiek</i>	1) abstinent 2) matig gebruik/stabiel 3) overmatig/ernstig gebruik 4) abstinent met opiaatvervangende medicatie	MATE – Of ASI – Of HoNOS
<i>Kwaliteit van leven</i>	5) mobiliteit 6) zelfzorg 7) dagelijkse activiteiten 8) pijn/klachten 9) stemming 10) cognitie	MATE, aangevuld met de EuroQoL-6D
<i>Sociaal-maatschappelijk functioneren</i>	11) mate van en kwaliteit van de sociale netwerken, 12) mate van dagbesteding, 13) mate van justitiecontacten 14) woonsituatie	MATE
<i>Behandelresultaat</i>	15) afgebouwd zonder vervolgbehandeling 16) drop-out 17) behandeling elders	Registraties: USER/PSYGIS/ander EPD
<i>Zorgconsumptie</i>	18) opiaatvervangende medicatie: wat, hoeveel, frequentie 19) co-medicatie: wat, hoeveel, frequentie 20) frequentie van (overige) contacten: hoeveel uur van de DBC wordt gebruikt	Registraties: USER/PSYGIS/ander EPD
<i>Cliëntgerichtheid</i>	Cliënttevredenheid	CQ-index/GGZ thermometer

ASI = Addiction Severity Index

MATE = Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie in de verslavingszorg

EuroQoL-6D = Instrument voor het meten van kwaliteit van leven (Quality Of Life)

HoNOS = Health of the Nation Outcome Scales

CQ-index = Consumer Quality index

Voor de opiaatonderhoudsbehandeling volstaat één keer per jaar een volledige meting en misschien per zes maanden een tussenmeting op onderdelen, omdat dit aansluit bij de in de RIOB beschreven behandelplan-evaluatiecyclus.

Voor ROM doeleinden is de RIOB gebruikt in Indonesië. Het project loopt nog, maar uit eerste publicaties blijkt dat de richtlijn ook in andere culturen goed is te gebruiken (Van Laere, Diana, van Crevel, et al., 2012).

Literatuur

Anstice, S., Strike, C., & Brands, B. (2009) Supervised Methadone Consumption: Client Issues and Stigma. *Substance Use & Misuse*, 44, 794-808.

Baart, A. (2001) Een theorie van de presentie. Utrecht: Lemma BV.

Blok, G. (2011) Ziek of Zwak. Geschiedenis van de verslavingszorg in Nederland. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

Broekman, T.G., Schippers, G.M., Koeter, M.W.J., & Brink, W. van den (2004). Standardized assessment in substance abuse treatment in the Netherlands: The case of the Addiction Severity Index and new developments. *Journal of Substance Use*, 9, 147-155.

Brun, C. & Rapp, R.C. (2001) Strength-Based Case Management: Individual's Perspective on Strengths and the Casemanager Relationship. *Social Work*, 46/3, 278-288.

Carpentier, P.J. Krabbe, P.F., Gogh, M.T. van, Knapen, L.J., Buitelaar, J.K. & Jong, C.A. de (2009) Psychiatric co-morbidity reduces quality of life in chronic methadone maintenance patients. *American Journal of Addiction*, 18/6, 470-480.

CCBH (2003) Over Blijvende Zorg. Een voorstel voor de invoering van een duurzame, kwalitatief verantwoorde, medische behandeling met heroïne. Utrecht: CCBH (www.ccbh.nl).

De Weert-van Oene, G.H. de, Verbrugge, C.A.G., Holsbeek, T. & Jong, C.A.J. de (2011) IMC: Monitoren en leren. Zeven jaren evalueren van de Intramurale Motivatie Centra in Nederland. Nijmegen: NISPA.

Expertgroep Verslavingszorg (februari 2011). ROM Verslavingszorg Adviesdocument, versie 1.0. Amersfoort: GGZ Nederland.

Geelen, K., Gottmer, P., Scheurs, H., Thijs, A. (2004) Onbenutte mogelijkheden. Handleiding voor de aansluiting tussen verslavingszorg en zelfhulpgroepen. Amersfoort: Resultaten Scoren/GGZNederland.

Hendriks, V.M., Kaplan, C.D., Limbeek, J. van, Geerlings, P.(1989) The Addiction Severity Index: reliability and validity in a Dutch addict population. *J Subst Abuse Treatment*, 6/2, 133-141.

Jenner, J.A. (2008) Heeft ACT de toekomst? *MGV*, 63/3, 207-216.

Knapen, L.J.M., Gogh, M. van, Carpentier, P., Verbrugge C.A.G. & Jong, C.A.J. de (2007) *Niet bij Methadon alleen. Een klinisch epidemiologisch onderzoek naar psychiatrische comorbiditeit en co-morbide verslaving bij opiaatafhankelijke patiënten in een ambulante methadonbehandeling*. Nijmegen: Novadic-Kentron, Reinier van Arkel Groep en het NISPA.

Laere, I.R. van, Diana, A., Crevel, R. van, Pinxten, W.L., Ven, A. van der, Istiqomah, A.N., Hidayat, T., & Jong, C.A.J. de (2012) *Methadone and HIV treatment for injecting drug users in West Java, Indonesia: from practice to policy*. Bandung/Nijmegen: RSHS, FK UNPAD, Indonesia/NISPA, Radboud University, the Netherlands, Aids Fonds Program, January 2012.

Levano, M. (2009) Tien clichés over ervaringsdeskundigheid. *MGv*, 64, 652-660.

Loth, C.A. (2009) From Cram Care to Professional Care. From handing out methadone to proper nursing care in methadone maintenance treatment. Proefschrift: Universiteit van Amsterdam.

Mulder, C.L., Gaag, R van der, Bruggeman, R., Cahn, W., Delespaul, P.A.E., Dries, P., Faber, G., Haan, L. de, Heijden, F.M.M.A. van der, Kempen, R.W., Mogendorff, E.S.G., Slooff, C., Sytema, S., Wiersma, D., Wunderink, L. & Os, J. van (2010) Routine outcome monitoring voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen; een consensusdocument. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52,169-179.

Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N., & Peterson, C. (2005) Positive Psychology. Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60/5, 410-421.

Tielemans, L. & De Jong, C. (2007) *Richtlijn Casemanagers in de Verslavingszorg*. Resultaten Scoren, GGZ Nederland, Amersfoort.

Van den Brink, W., Van de Glind, G., & Schippers, G. (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving*. Utrecht: Ned. Ver. v. Psychiatrie/CCBH/Trimbosinstituut. www.ggzrichtlijnen.nl.

Van den Brink, W. (2009). Geschiedenis en classificatie. In: Franken, I. & Van den Brink, W. (red.) *Handboek Verslaving*. Utrecht: De Tijdstroom.

Van der Sande, Y. & Neijmeijer, L. (2011) *Modelbeschrijving (F)ACT Verslavingspsychiatrie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van Erp, N., Hendriksen, A. & Boer, M. Begeleiders met ervaringsdeskundigheid in GGZ-teams. *MGv*, 64, 638-651.

Van Essen, J., Horst, K. van der, Wieske, E., Ruyten, M. & Jong, C. de (2011) *Richtlijn Alcoholgebruikersruimten*. Amersfoort: Resultaten Scoren/GGZNederland.

Van Wijngaarden, B., Kok, I., & Sixma, H. (2008) De bruikbaarheid van een CQ-index voor de ggz, verslavingszorg en gehandicaptenzorg: eerste bevindingen. *TSG*, 86/8, 463-470.

Widdershoven, G., & Abma, T. (2003). Moreel beraad als dialoog. Dialogische ethiek en responsieve evaluatie als grondslagen voor moreel beraad. In: Manschot, H. & Dartel, H. van, *In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*. Amsterdam: Boom.

Bijlagen bij hoofdstuk 5

Bijlage 1: Voorbeeld van bouwtekeningen voor een adequate poliklinische voorziening in de ambulante verslavingszorg

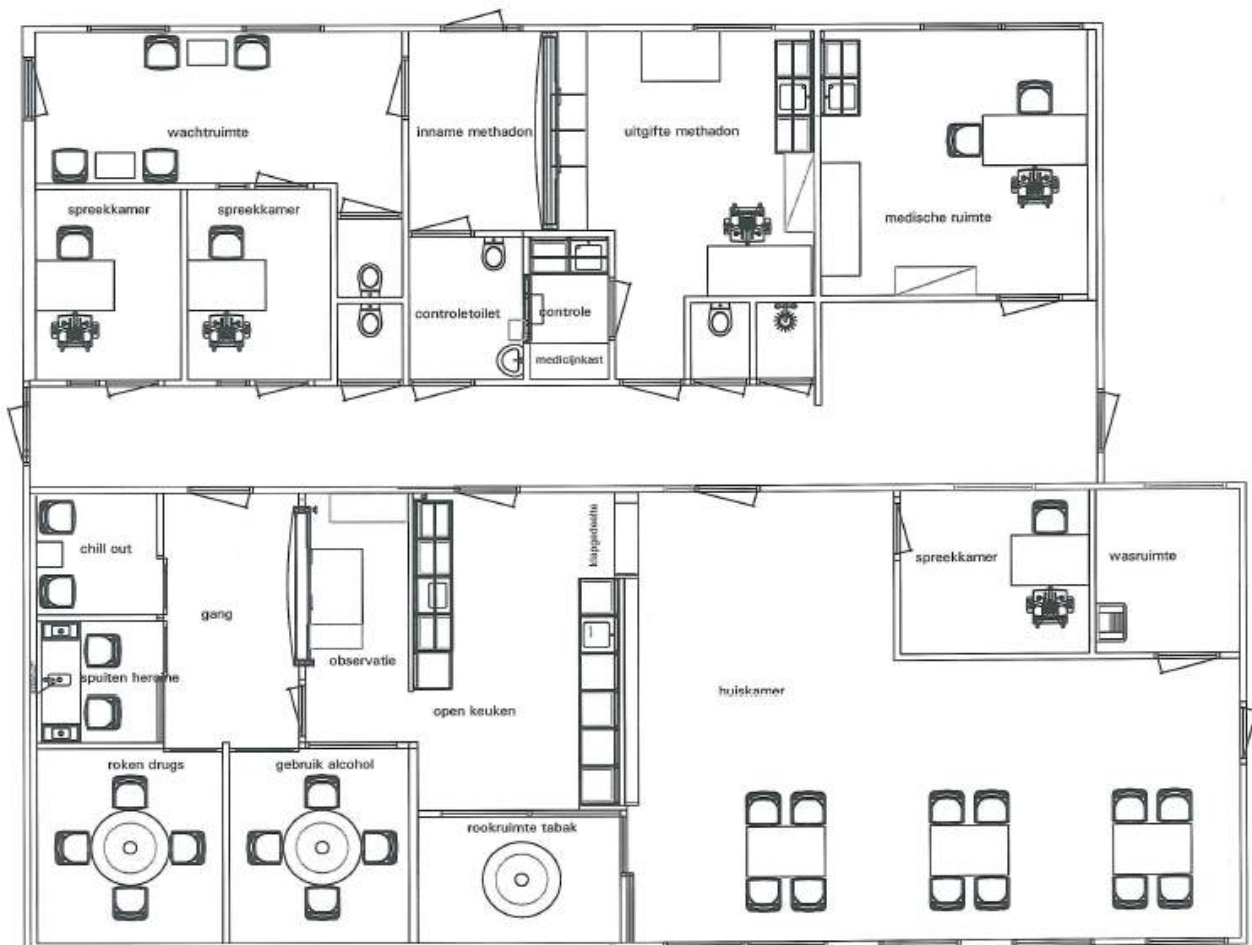
Bijlage 2: Bouwkundige uitwerking

Bijlage 3: Inhoudelijke verdieping diverse begeleidingsstrategieën

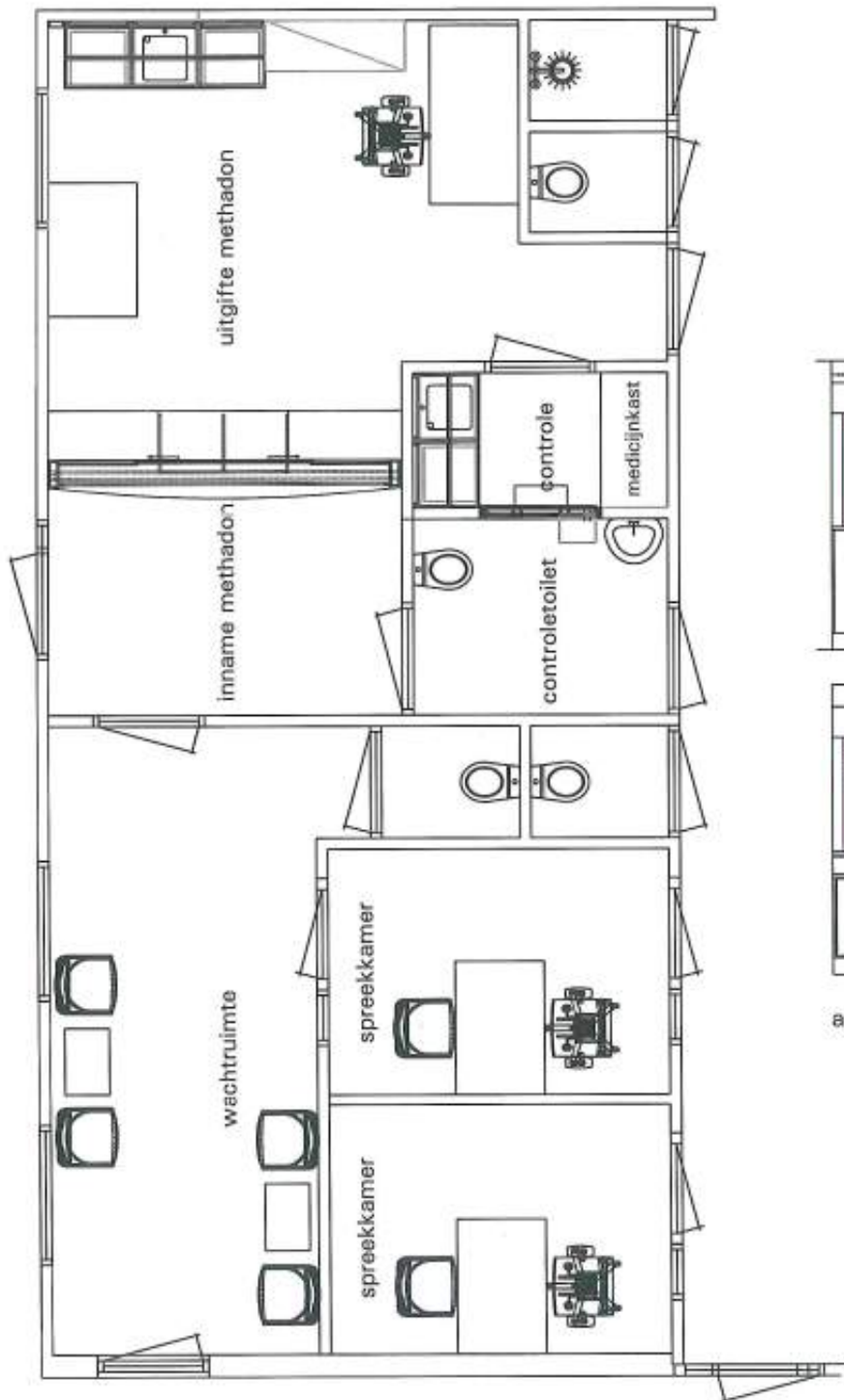
Bijlage 4: Toelichting bij keuze ROM instrumenten voor de opiaatonderhoudsbehandeling

Bijlage 1:

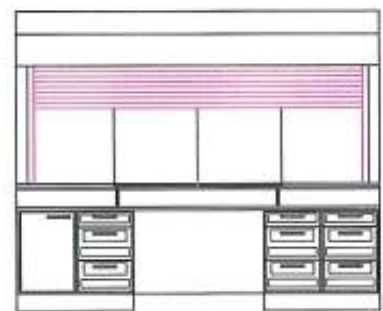
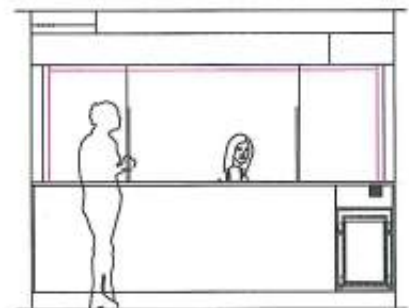
Voorbeeld van bouwtekeningen voor een adequate poliklinische voorziening in de ambulante verslavingszorg



concept indeling medische zorg unit met huiskamer & gebruikruimtes



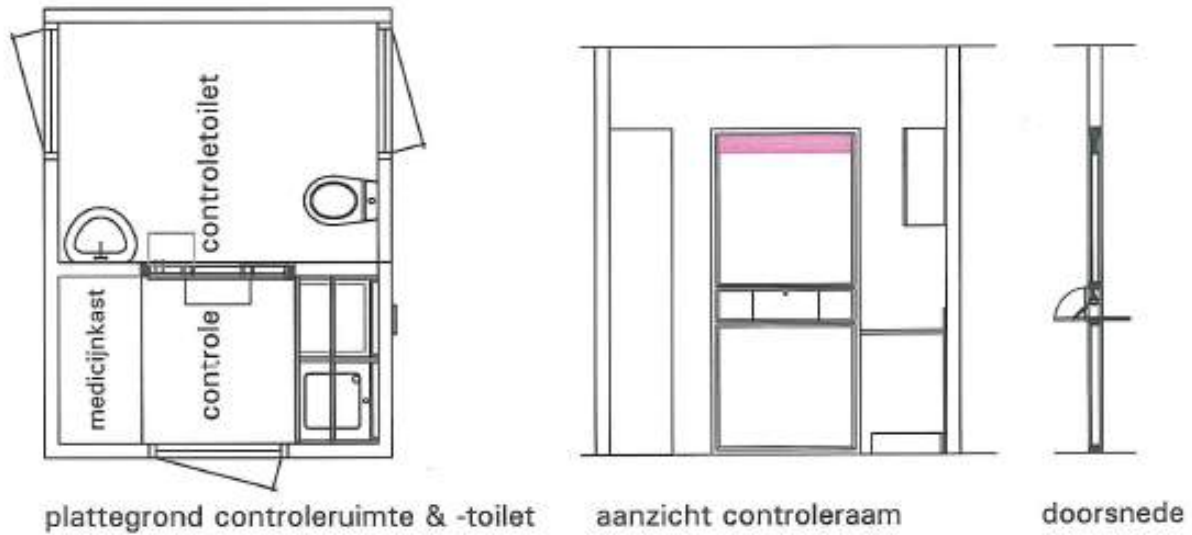
PLATTEGROND MEDISCHE ZORG UNIT ZONDER MEDISCHE RUIMTE



aanzichten verstrekingsbalie



doorsnede



Met dank aan dhr. H. Fernhout van Tactus verslavingszorg, voor het meedenken en aanleveren van diverse bouwtechnische informatie. Nadere informatie kan worden ingewonnen via Tactus verslavingszorg (0570500100) afdeling Facilitaire Zaken.

Bouwkundige uitwerking

Medische ruimte (onderzoek gesprek)

- oppervlakte 12 - 18 m²
- vloerbedekking: marmoleum of hard PVC
- wandafwerking: glad, bij voorkeur vinyl
- plafondafwerking: bij voorkeur systeemplafond
- toegangsdeur: voorzien van smal glaspaneel in of naast de deur, bekleed met striping
- verlichting: TL geïntegreerd in systeemplafond apart schakelbaar of op sensor
- daglichttoetreding: ja
- raambekleding: horizontale jaloezieën
- bureau in hoogte instelbaar met bureaustoel, aansluiting voor telefoon en p.c.
- bespreektafel met vierpootstoelen
- onderzoeksmeebel in hoogte verstelbaar en verrijdbaar
- wastafelmeubel met elleboog mengkraan en lade
- separatiegordijn of -wand (verplaatsbaar)
- alarmknop met indicator boven toegangsdeur

Uitgifte medicatie

- oppervlakte 12 - 18 m²
- vloerbedekking: marmoleum of hard PVC
- wandafwerking: glad, bij voorkeur vinyl
- plafondafwerking: bij voorkeur systeemplafond
- toegangsdeur: voorzien van smal glaspaneel in of naast de deur, bekleed met striping
- verlichting: TL geïntegreerd in systeemplafond apart schakelbaar of op sensor
- daglichttoetreding: ja
- raambekleding: horizontale jaloezieën

Uitgiftebalie voorzien van:

- rolgordijn om hermetisch af te sluiten
- schuifloketten afsluitbaar
- hoog en laag gedeelte voor staand verstrekken en registreren
- geïntegreerd scanapparaat (horizontaal en vertikaal venster)
- schuiflades afsluitbaar (op gelijksluitend cilinderslot)
- kastje voor container voor gebruikte spuiten
 - met deurtje aan personeelszijde voor verwisselen container
 - met paneel op schuiflade aan cliëntzijde voor veilig verzamelen (boven container een deksel met kleine opening)
- voldoende aansluitpunten voor netwerkverbinding, telefoon en elektra, eventueel monitor voor cameratoezicht
- in hoogte instelbare loketstoelen (eventueel verrijdbaar)

Keukenblokje voorzien van:

- spoelbak met mengkraan
- afsluitbare onderkastjes c.q. schuifladen (gelijksluitend cilinderslot)
- bovenkastjes

toegang tot controleruimte annex medicijnopslag

bureau in hoogte instelbaar met bureaustoel

alarmknop met indicator boven toegangsdeur

Inname/ontvangst medicatie

- oppervlakte 6 - 10 m²
- vloerbedekking: marmoleum of hard PVC
- wandafwerking: glad, bij voorkeur vinyl - tot circa 120 cm hoogte trespa beplating
- plafondafwerking: bij voorkeur systeemplafond
- toegangsdeur: voorzien van breed glaspaneel in de deur, bekleed met striping
- uitgangdeur naar buiten, voorzien van tochtsluis
- verlichting: TL geïntegreerd in systeemplafond apart schakelbaar vanuit uitgifteruimte of op sensor
- daglichttoetreding: ja, niet persé noodzakelijk
- raambekleding: horizontale jaloezieën
- toegangsdeur naar toilet voor urine-onderzoek (tevens MIVA toilet)
- voorzijde balie bekleed met trespa
- geïntegreerd in balie spuitcontainer op schuiflade

Wachtkamer

- oppervlakte 6 - 10 m²
- vloerbedekking: marmoleum of hard PVC
- wandafwerking: glad, bij voorkeur vinyl - tot circa 120 cm hoogte trespa beplating
- plafondafwerking: bij voorkeur systeemplafond
- toegangsdeur: voorzien van breed glaspaneel in de deur, bekleed met striping
- toegang naar innameruimte: deur voorzien van breed helder glaspaneel
- verlichting: TL geïntegreerd in systeemplafond apart schakelbaar vanuit uitgifteruimte of op sensor
- daglichttoetreding: niet persé noodzakelijk
- raambekleding: horizontale jaloezieën
- toegangsdeur naar toiletten (M/V)
- toegangsdeur naar spreekkamer
- wachtkamerstoelen met vaste tafel
- folderrek

Gespreksruimte

- oppervlakte 6 - 10 m²
- vloerbedekking: marmoleum of hard PVC
- wandafwerking: glad, bij voorkeur vinyl -
- plafondafwerking: bij voorkeur systeemplafond
- toegangsdeur: voorzien van smal glaspaneel in of naast de deur, bekleed met striping
- toegangsdeur aan zijde wachtruimte niet voorzien van glaspaneel

-
- verlichting: TL geïntegreerd in systeemplafond apart schakelbaar of op sensor
 - daglichttoetreding: niet persé noodzakelijk
 - raambekleding: horizontale jaloezieën
 - gesprekstafel/bureau in hoogte verstelbaar aansluitingen voor telefoon en p.c.
 - bureaustoel
 - 2 vierpootstoelen
 - alarmknop met indicator boven toegangsdeur personeelszijde

Urineonderzoeksruijnte

- oppervlakte circa 6 m2
- vloerbedekking: hard PVC
- wandafwerking: waar nodig wandtegels, voorts glad bij voorkeur vinyl
- plafondafwerking systeemplafond
- toegangsdeur aan gangzijde voorzien van bijzetslot
- toegangsdeur aan uitgiftezijde voorzien van elektrische bediening
- verlichting: TL geïntegreerd in systeemplafond apart schakelbaar
- controlepaneel (van vloer tot plafond waarin geïntegreerd:
 - glaskozijn
 - met heldere beglazing aan cliëntzijde
 - elektrisch bediende horizontale lamellen
 - one way screen aan controlezijde
- nisje met klapluikje voor ontvangst urinemonster
- bediening luxaflex
- deurbediening

Keukenblokje voorzien van:

- spoelbak met mengkraan
- afsluitbare onderkastjes c.q. schuifladen (gelijksluitend cilinderslot)
- bovenkastjes
- afsluitbare toegang tot controleruimte annex medicijnopslag eventueel in de vorm van schuifdeur zelfsluitend
- ruimte voor medicijnkast afsluitbaar en/of parkeren medicijnkar
- verlichting: voor doeltreffende controle door one way screen moet er weinig licht aan de controlezijde zijn en veel licht aan de cliëntzijde
 - hoofdverlichting uitschakelbaar
 - steunverlichting (circa 5 W) onder bovenkastjes

Urineonderzoek toilet

- uitvoering als MIVA toilet met wasbak met vloertegels of gietvloer
- wanden tot circa 120 cm voorzien van trespa of volledig betegeld
- plafond bij voorkeur vast met geïntegreerde verlichting
- controlepaneel met one way screen:
- luxaflex omhoog = controle
- luxaflex neer = gebruik als gewoon toilet mogelijk

-
- paneel voorzien van:
 - trespa van vloer tot doorgifte luikje
 - tableau/planchet voor ondertekening formulier urineonderzoek

Optie:

wanden rondom het toilet voorzien van spiegels voor meer effectieve controle

verlichting: door middel van TL minimaal 2 x de vereiste sterkte ivm effectiviteit one way screen;

schakeling met behulp van bewegingsmelder

Gebruiksruimten

- oppervlakte circa 6 m²
- vloerbedekking: hard PVC
- wandafwerking: trespa tot 1.20 hoogte, daarboven glad, bij voorkeur vinyl
- plafondafwerking systeemplafond
- toegangsdeur: schuifdeur voorzien van sluitmechanisme in deur groot glaspaneel met striping
- voor spuitruimte drugs:
 - vast werkblad voorzien van spoelbakje met ééngreeps kraan – doorvoeren voor gebruikte naalden
 - onder werkblad afsluitbare schuiflade met spuitcontainer klein model
- verlichting: PL geïntegreerd in systeemplafond op sensor
- ventilatie voor onderdruk op sensor regeling zo nodig met afstandbediening
- rookgasfilters met automatische regeling zo nodig met afstandbediening
- fysiek toezicht door grote glaspanelen; in ruimtes waar drugs gebruikt worden additioneel cameratoezicht
- daglichttoetreding: niet persé noodzakelijk
- raambekleding: horizontale jaloezieën of matfolie
- Bij patiënten bestaat behoefte aan donkere tegels voor het snijden/verdelen van de heroïne

Inhoudelijke verdieping diverse begeleidingsstrategieën

Casemanagement

Inhoudelijk wordt er onder ‘casemanagement’ verstaan: individuele begeleiding en zorgverlening van de patiënt en zijn/haar netwerk (er is zorgacceptatie bij de patiënt). Casemanagement is bedoeld voor patiënten die een fragiel evenwicht hebben bereikt tussen draagkracht en draaglast en die daardoor regelmatig uit evenwicht geraken met alle daarbij optredende problemen zoals overlastgevend gedrag, zodat de voorzichtige ingezette veranderingen snel tot mislukking verworden. Doelen in de begeleiding zijn: stabilisatie en verbetering van de problemen op alle levensgebieden. De begeleiding in de verslavingszorg is vanuit het casemanagement gericht op veranderingen en vooruitgang in het leven van de patiënt vanuit de rehabilitatiegedachte (Tielemans & de Jong, 2007; Hoogendam & Vreenegoor, 2002). Rehabilitatie is een benadering die is gericht op eerherstel en op revalidatie. Deze benadering wordt vaak toegepast bij mensen met een somatische en/of psychiatrische beperking en een verslavingsprobleem. En heeft als doel hen te helpen beter te functioneren zodat zij met succes en naar tevredenheid kunnen wonen, werken, leren en sociale contacten hebben in de omgeving van hun keuze met zo min mogelijk professionele hulp (Graste, 2002). Rehabilitatie is bovendien gericht op lotsverbetering van deze kwetsbare mensen en op bevordering van hun maatschappelijke participatie en herstel (Wilken en den Hollander, 2003).

Bij het uitvoeren van rehabilitatietechnieken is het belangrijk dat de hulpverlener handelt vanuit de triade van hulpverlener, patiënt en de familie van de patiënt. Rehabilitatie richt zich op:

- De kwaliteit van leven;
- De kwaliteit van de omgeving; sociale milieu, sociale netwerk, economische/politieke/culturele context;
- Herstel;
- Emancipatie, normalisatie en participatie

De begeleiding richt zich binnen de kwaliteit van leven op de volgende domeinen (Wilken et al., 2003):

- Domein zelfzorg;
- Domein gezondheid;
- Domein zingeving;
- Domein sociale relaties.

Patiënten vullen hierin aan dat het bieden van bescherming van patiënten die kwetsbaar zijn, het slachtoffer worden van diefstal, bedreiging of ander geweld een belangrijke aanvulling is.

Voor het leggen van contact met de patiënt kan goed gebruik worden gemaakt van de ‘presentie theorie’ van Baart (Baart, 2001) De theorie spreekt over het aangaan van een zorgzame betrekking met patiënten waarbij het ‘er zijn’ een eerste belangrijke invalshoek is en waardoor de problemen die worden ervaren worden verzacht, er contact ontstaat en in stand blijft zonder eisen te stellen.

Patiënten vullen hierbij aan; zonder verborgen agenda, de hulpverlener beweegt mee met de situatie van de patiënt.

Volgens de MDR Opiaatverslaving leidt casemanagement tot betere en snellere toeleiding naar behandeling en voorzieningen.

Bemoeizorg

Intensieve zorg aan mensen die de hulpverlening niet meer weten te bereiken of door negatieve ervaringen geen contact meer willen met de hulpverlening is veel beschreven in de literatuur. De Psychiatrische Intensieve Thuiszorg (PIT), bemoeizorg of OGGZ zijn bekende termen. In principe is het centrale thema telkens weer de toeleiding naar reguliere zorg. Assertive Community Treatment (ACT) is een organisatievorm voor het leveren van hulpverlening aan mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen waaronder verslavingsproblemen, met problemen op meerdere levensgebieden en die veelal zorg mijden (Mulder & Kroon, 2006) en dit gaat vaak gepaard met een gebrek aan ziektebesef en die zich niet zelfstandig kunnen redden in de maatschappij.

De kern van ACT is dat de hulpverlening voor de patiënt plaatsvindt op meerdere levensgebieden tegelijk (psychiatrisch/verslavingsproblemen, praktische hulp, maatschappelijke ondersteuning, dagbesteding, woonondersteuning) en op plaatsen waar de patiënt zich bevindt (Nuy, 2000; Mulder et al., 2006). En het voornaamste doel hiervan is preventie van dwangmaatregelen voor de patiënt.

De zorg en begeleiding wordt geboden vanuit een hecht samenwerkend team dat de patiënt een 'totaal product' aanbiedt; behandeling, rehabilitatie en ondersteuning vanuit 1 loket voor patiënt zijn, zijn/haar netwerk en andere hulpverleners. De hulp vindt plaats in de leefomgeving van de patiënt in een intensiteit die aansluit bij de patiënt. Uit onderzoek blijkt dat voor mensen met ernstige psychische beperkingen de langzame processen (herstel, rehabilitatie) belangrijker zijn dan de snelle gebeurtenissen (crises, opnames, korte interventies, etc.). Een tweede doel van bemoeizorg is contact maken en behouden om vervolgens de patiënt door te sluizen naar de andere vormen van hulp binnen de instelling. Bemoeizorg is het bieden van ongevraagde actieve, praktische en outreachende hulp aan zorgwekkende zorgmijders met een complexe problematiek (Lohuis, Schilperoort, Schout, 2000). De doelgroep patiënten: verslaafde patiënten met ernstige problemen op alle levensgebieden die geen aansluiting hebben of hebben gevonden (geen zorgacceptatie van de patiënt) bij het reguliere aanbod. De doelen zijn: verbetering van de kwaliteit van leven, reductie van overlast en toeleiding naar reguliere zorg binnen de instelling. En de richting van de begeleiding: gericht op contact maken en houden in de dagelijkse situatie van de patiënt, uitvoering van een aantal praktische zaken. (Doedens, Meulders & Knibbe, 2004). Patiënten vinden dan dat de frequentie van de contacten afhankelijk is van de vragen van de patiënt en de inschatting van de hulpverlener.

Bemoeizorg is onder te verdelen in wat wel genoemd wordt 'front office' en 'back office'. Front office bemoeizorg vindt plaats voordat een patiënt reguliere contacten heeft met de hulpverlening. Back office bemoeizorg vindt plaats als een patiënt in zorg is en begeleid wordt via bv. casemanagement o.i.d. en een terugval krijgt waardoor zorg wordt gemeden en de gezondheid achteruit gaat. Deze vorm van bemoeizorg kan dan op twee manieren plaats vinden. Men kan de directe hulp inroepen van iemand uit het ACT/bemoeizorg team en deze neemt dan de zorg tijdelijk over. Of de huidige begeleider gaat met hulp van het ACT/bemoeizorg team in een duo vorm de bemoeizorg geven.

In Nederland wordt de werkwijze ACT ook wel georganiseerd in FACT teams waarbij de actieve outreachende zorg in multidisciplinaire teams wordt georganiseerd en waar.

Begeleiding van langdurig zorgafhankelijke patiënten: LZA

Omschrijving: Individuele praktische begeleiding gericht op zorg en monitoring van de situatie van de patiënt (er is zorgacceptatie bij de patiënt) in de eigen woon- en leefomgeving. Doelgroep patiënten: verslaafde patiënten die een eigen woonruimte hebben, in staat zijn om op een stabiele manier te leven, werken en wonen, maar soms daarbij ondersteuning nodig hebben om deze levensstijl te kunnen

handhaven. Doelen zijn: contact houden, zicht blijven houden op de gehele situatie van de patiënt, blijvende stabilisering van de situatie. Richting van de begeleiding: de begeleiding is niet gericht op actieve veranderingen in het leven van de patiënt. Een laagfrequente begeleiding die is gericht op stabilisatie en ondersteuning. Frequentie contacten: minimaal 1 x per 6 maanden en maximaal enkele keren per week.

Binnen LZA begeleiding zijn twee soorten begeleiding terug te vinden: 1. De begeleiding van mensen die hun leven weer aardig op orde hebben en af en toe een vinger aan de pols willen als een steun in de rug; en 2. de LZA begeleiding voor mensen die geen verandering tot stand kunnen brengen maar geen bemoeizorg nodig hebben. Wij hebben hier alleen de tweede variant besproken.

Woonbegeleiding

Woonbegeleiding is een vorm van begeleiding bedoeld voor die personen die eigen woonruimte hebben, maar nog niet in staat zijn op een enigszins gestructureerde en stabiele manier te kunnen wonen en daardoor eventueel overlast veroorzaken voor zichzelf en anderen. Het is een vorm van individuele begeleiding gericht op het stabiliseren of het verbeteren van vaardigheden in de eigen woon- en leefomgeving. In het behandelplan van de patiënt worden hierover concrete doelen en leerpunten opgesteld en geëvalueerd. De begeleiding bestaat uit praktische hulp en psychosociale interventies en beide zijn gericht op het stimuleren en motiveren van de patiënt tot het zoveel mogelijk zelfstandig uitvoeren van werkzaamheden, activiteiten en regelzaken in en voor de eigen woonomgeving.

De woonbegeleider voert de volgende interventies uit:

- Structuur aanbrenge in de zelfzorg en de zorg voor de omgeving door de patiënt;
- Ontwikkeling van het netwerk om de patiënt;
- Ontwikkeling arbeid of andere dagbesteding van de patiënt;
- Signaleren van eventueel middelengebruik van de patiënt.

De woonbegeleider grijpt op twee belangrijke levensgebieden in als zich hier problemen voordoen namelijk het regelen of monitoren van de geldzaken, de financiële boekhouding, van de patiënt. En het monitoren van de woonsituatie. Soms is het van belang om de patiënt eerst toestemming te laten verlenen om op beide gebieden een onder 'curatele' plaats te laten vinden.

Woonbegeleiding wordt als begeleidingsvorm naast LZA, bemoeizorg of casemanagement aangeboden.

Literatuurlijst behorende bij deze bijlage

Doedens, P., Meulders, W. & Knibbe, R.A. (2004) Handreiking bemoeizorg. Literatuurstudie, praktijkbeschrijving en aanbevelingen. Amersfoort: Resultaten Scoren/GGZNederland.

EuroQol, 1990. EuroQol.EuroQol - a new facility for measurement of health-related quality of life. Health Policy 1990; 16: 199-208). www.euroqol.org.

GGZNederland (2008) B.A.S. Bemoeizorg Ankerpunten en Scores. Handreiking kwaliteitscriteria bemoeizorg. Amersfoort: GGZ Nederland.

Graste, J. (2002) Een brug slaan: rehabilitatie in de praktijk. Van Gorcum Groningen.

Hoogendam, S. & Vreenegoor, E. (2002) Intensief casemanagement & complexe meervoudige problemen. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Lohuis, G., Schilperoort, R. & Scout, G. (2000) Van bemoeizorg naar groeizorg. Methodieken voor de OGGz. Groningen: Wolters Noordhoff.

Mulder, C.L., Loos, J., Wierdsma, A.I., et al. (2001). De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) in Nederlandse bewerking. Barendrecht/Rotterdam.

Mulder, C.L. & Kroon, C. H.J. (2006) Assertive Community Treatment. Boom, Amsterdam.

Nuy, M. (2000) Zorgcoördinatie, casemanagement en bemoeizorg. Tussen chaos en orde. Amsterdam: SWP Uitgeverij.

Wilken, J.P. & den Hollander, D. (2003) Psycho-sociale rehabilitatie: een integrale benadering. Uitgeverij SWP Amsterdam.

Toelichting bij keuze ROM instrumenten voor de opiaatonderhoudsbehandeling

Indicatoren voor verandering in de ernst van de problematiek en de kwaliteit van leven, de zorgconsumptie en de cliëntgerichtheid zijn:

1. *Ernst van de problematiek, kwaliteit van leven*
 - a. middelengebruik
 - b. kwaliteit van leven
 - c. sociaal-maatschappelijk functioneren
 - d. resultaat bij beëindiging van de behandeling
 - e. zorgconsumptie

Ad a. Middelengebruik kan in beeld worden gebracht met de volgende uitkomstmaat:

1. abstinente
2. matig gebruik/stabiel
3. overmatig gebruik
4. abstinente met opiaatvervangende medicatie

Bij de categorieën 2 en 3 gaat het bij deze doelgroep zowel om drugsgebruik na het afbouwen van de opiaatonderhoudsmedicatie (bij einde behandeling), als om bijgebruik (drugsgebruik naast de legaal voorgeschreven opiaatonderhoudsmedicatie tijdens de behandeling).

Ad b. Naast middelengebruik is *kwaliteit van leven* een belangrijke indicator. Gedacht kan worden aan de zes onderwerpen uit de EuroQol-6D (www.euroqol.org):

- a. mobiliteit
- b. zelfzorg
- c. dagelijkse activiteiten
- d. pijn/klachten
- e. stemming
- f. cognitie (zoals geheugen, concentratie)

Ad c. Sociaal-maatschappelijk functioneren:

- a. Mate van en kwaliteit van de sociale netwerken
- b. Mate van dagbesteding
- c. Mate van justitiecontacten
- d. Woonsituatie

Ad d. Behandelresultaat

Wanneer een patiënt *uit behandeling* gaat kan een onderscheid gemaakt worden tussen:

- Uit behandeling: opiaatvervanging afgebouwd,
- Uit behandeling: drop-out,
- Uit behandeling: elders in behandeling.

Ad e. Zorgconsumptie

De zorgconsumptie is een belangrijke variabele om de uitkomsten van zorg te kunnen evalueren. Het gaat bijvoorbeeld om:

- Opiaatvervangende medicatie: wat, hoeveel, frequentie
- Co-medicatie: wat, hoeveel, frequentie
- Frequentie van (overige) contacten: hoeveel uur van de DBC wordt gebruikt

2. Cliëntgerichtheid

Cliëntgerichtheid is in de visitaties uitgebreid aan de orde gekomen. Het gaat bijvoorbeeld om de wachttijd tot start van de behandeling, toegang tot zorg, keuzevrijheid, vervulling zorgwensen, evaluatie van begeleiding- en behandelplannen, goede samenwerking en afstemming met ketenpartners (continuïteit van zorg), en adequate bejegening door de hulpverleners (zie Basisset prestatie-indicatoren GGZ, 2006). Voor monitoringdoeleinden gaan wij ervan uit dat cliënttevredenheid als minimale maat voor cliëntgerichtheid voldoet.

Meetinstrumenten

In de RIOB-leergroep is besproken welke instrumenten geschikt kunnen zijn om bovengenoemde indicatoren te meten. In tabel 2 is een beknopt overzicht te zien.

Overzicht voorgestelde ROM-instrumenten voor opiaatonderhoudsbehandeling.

	Uitkomstmaten	Instrumenten
<i>Ernst middelen-problematiek</i>	21) abstinēt 22) matig gebruik/stabiēl 23) overmatig/ernstig gebruik 24) abstinēt met opiaatvervangende medicatie	MATE - Of ASI - Of HoNOS
<i>Kwaliteit van leven</i>	25) mobiliteit 26) zelfzorg 27) dagelijkse activiteiten 28) pijn/klachten 29) stemming 30) cognitie	MATE, aangevuld met de EuroQoL-6D
<i>Sociaal-maatschappelijk functioneren</i>	31) mate van en kwaliteit van de sociale netwerken, 32) mate van dagbesteding, 33) mate van justitiecontacten 34) woonsituatie	MATE
<i>Behandelresultaat</i>	35) afgebouwd zonder vervolgbehandeling 36) drop-out 37) behandeling elders	Registraties: USER/PSYGIS/ander EPD

Zorgconsumptie	38) opiaatvervangende medicatie: wat, hoeveel, frequentie 39) co-medicatie: wat, hoeveel, frequentie 40) frequentie van (overige) contacten: hoeveel uur van de DBC wordt gebruikt	Registraties: USER/PSYGIS/ander EPD
Cliëntgerichtheid	Cliënttevredenheid	CQ-index/GGZ thermometer

ASI = Addiction Severity Index

MATE = Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie in de verslavingszorg

EuroQoL-6D = Instrument voor het meten van kwaliteit van leven (Quality Of Life)

HoNOS = Health of the Nation Outcome Scales

CQ-index = Consumer Quality index

Tijdspad van de metingen

Spits & Schippers (2008) stellen een meting voor 9 maanden na aanvang van de behandeling; voor de opiaatonderhoudsbehandeling is het meer voor de hand liggend 1 keer per jaar een volledige meting en misschien per 6 maanden een tussenmeting op onderdelen uit te voeren, omdat dit aansluit bij de bestaande evaluatiecyclus.

Vergelijking met instrumenten ROM-GGZ

Voor doelgroepen a) patiënten met aan middelen gerelateerde stoornissen en b) patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen hebben twee landelijke ROM-werkgroepen een voorstel gedaan voor te hanteren ROM –instrumenten. Hieronder worden hun adviezen besproken.

Ad a) Patiënten met aan middelen gerelateerde stoornissen

De expertgroep Verslavingszorg beveelt de volgende instrumenten aan (Expertgroep Verslavingszorg, februari 2011).

Instrumenten voor Routine Outcome Monitoring, geadviseerd door Expertgroep Verslavingszorg, ROM GGZ.

Ernst problematiek		Dagelijks functioneren	Kwaliteit van leven
Middelengebruik	Symptomatologie		
ASI/EuropASI (sectie 3) of MATE (module 1)	MATE (module 2) DASS-21/MATE (module 10) of SCL-90 of BSI of OQ-45	MATE-ICN (module 7 & 8, 19 items) of EuropASI (6 domeinen, last en hulpbehoefte) of HoNOS (sociale problemen, 4 items) of GAF (1 item)	EQ-5D of (verkorte) MANSA

ASI = Addiction Severity Index

MATE = Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie in de verslavingszorg

MATE-ICN = stelt vast in hoeverre iemand actief is en participeert in de samenleving, de externe factoren die daarop van invloed zijn en de zorgbehoeften die daaruit voortvloeien.

SCL-90 = Symptom Checklist 90 (SCL-90)2

BSI = Brief Symptom Inventory

GAF = Global Assessment of Functioning

Inzake het middelengebruik wordt gekozen voor de middelenmatrix die zowel in de ASI/EuropASI (sectie 3) als in de MATE (module 1) is opgenomen.

Ad b) Patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen

Voor deze doelgroep EPA wordt voorgesteld om de volgende domeinen en instrumenten op te nemen in ROM (Stuurgroep ROM GGZ, februari 2011).

Instrumenten voor Routine Outcome Monitoring bij ernstig psychiatrische aandoeningen, geadviseerd door Stuurgroep ROM GGZ.

Ernst problematiek	Dagelijks functioneren	Kwaliteit van leven
HoNOS (3 items) of PANSS of BPRS	HoNOS of CANSAS	(verkorte) MANSA of L-QoL

HoNOS = Health of the Nation Outcome Scales

PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale

BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale

CANSAS (-P) = Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (-Patiënt)

MANSA = Manchester Short Assessment of Quality of Life

L-QoL = Lancaster Quality of Life Scale

In tabel 5 vergelijken we deze keuzes voor de EPA-doelgroep met het overzicht van instrumenten ten behoeve van de opiaatonderhoudsbehandeling. We beperken ons in de vergelijking tot de domeinen middelenproblematiek, kwaliteit van leven, cliëntgerichtheid.

Vergelijking van voorgestelde instrumenten voor ROM bij doelgroepen EPA, aan middelen gerelateerde stoornissen en opiaatonderhoudsbehandeling.

Domein	Instrumenten		
	Doelgroep met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA)	Doelgroep met middelen-gerelateerde stoornissen	Doelgroep opiaat- onderhoudsbehandeling
<i>Middelenproblematiek</i>	1 item van HoNOS, CANSAS of CANSAS-P	MATE/ASI*	MATE, ASI, HoNOS
<i>Kwaliteit van leven</i>	(verkorte) MANSA of L-QoL		MATE/EuroQoL
<i>Cliëntgerichtheid</i>			Thermometer of CQ-index

* Is niet per domein gespecificeerd.

Zolang de MATE monitor niet is ingevoerd, is voor het monitoren van middelenproblematiek de HoNOS een redelijk breed gedragen alternatief. Deze meet echter alleen de ernst van de middelenproblematiek en niet de aard van het gebruik (bijvoorbeeld abstinente met opiaatvervangende medicatie), zoals voorgesteld door de leergroep.

De MATE inventariseert een aantal items die (mede) betrekking hebben op de kwaliteit van leven:

1. Activiteiten en participatie
2. Externe factoren van invloed op het herstelproces
3. Lichamelijke klachten
4. Persoonlijkheid
5. Depressie, angst en stress

Deze items kunnen worden aangevuld met items uit bijvoorbeeld de EuroQol-6D, MANSA of L-Qol. Instellingen die de MATE niet gebruiken kunnen de EuroQol, MANSA of L-Qol gebruiken.

De cliënttevredenheid zal voorlopig met de GGZ Thermometer worden gemonitord. Of de CQ-index geschikt is voor de doelgroep van de opiaatonderhoudsbehandeling is nog niet onderzocht.

Alternatief is de CSQ.

6. Opiatonderhoudsmedicatie

6.1 Inleiding

Opiatonderhoudsmedicatie is bedoeld voor patiënten die kampen met opiaatafhankelijkheid zoals deze is gedefinieerd in de DSM-IV en in de ICD-10. Dit hoofdstuk gaat in op de manier waarop een keuze voor een bepaald soort opiaatonderhoudsmedicatie wordt gemaakt, wat de kenmerken van de diverse middelen zijn en welke specifieke aandachtspunten bij bepaalde bijkomende problematiek van belang zijn. De tekst van dit hoofdstuk is voor een substantieel deel gebaseerd op de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Opiaatverslaving (Van den Brink, van de Glind, & Schippers, 2012).

6.2 Doelen van de behandeling en keuze van de medicatie

Doel van de medicamenteuze behandeling

Voor de medicamenteuze behandeling van patiënten bestaan drie mogelijkheden. De keuze van een bepaalde medicamenteuze behandeling hangt mede af van het doel van de behandeling. Allereerst kan het gebruik van illegale opiaten volledig worden vervangen door adequate doseringen methadon of buprenorfine. Een tweede mogelijkheid is het volledig vervangen van het gebruik van illegale opiaten via het aanbieden van heroïne op medisch voorschrift. De indicaties worden elders beschreven.

Doel van deze twee behandelingen is het stoppen van het gebruik van illegale middelen.

In de derde plaats is het mogelijk dat de patiënt doorgaat met het gebruik van illegale opiaten, maar tegelijk een lage dosering methadon (< 60 mg) of buprenorfine (< 12 mg) krijgt voorgeschreven. Patiënten die werden geraadpleegd over deze tekst gaven aan dat een aantal van hen illegale middelen wil blijven gebruiken. Wel wil men dan graag een lage dosering methadon/buprenorfine om minder snel ontwenningssverschijnselen te krijgen. Door deze patiënten een lage dosering opiaatonderhoudsmedicatie aan te bieden blijft het contact met de patiënt gehandhaafd. Dit heeft als voordeel dat diens algemene toestand en functioneren kunnen worden gemonitord, en zo nodig medische, psychische of maatschappelijke zorg kan worden geboden.

Algemene overwegingen bij de keuze van opiaatonderhoudsmedicatie

Als substitutiemiddel staan ter beschikking methadon, buprenorfine en diacetylmorfine (medicinale heroïne). De keuze voor methadon, buprenorfine of heroïne wordt als eerste bepaald door de beschikbaarheid. In 2012 bestaat niet voor alle patiënten de mogelijkheid om in de eigen gemeente gebruik te maken van heroïneverstrekking op medisch voorschrift. In de tweede plaats bepaalt de ernst van de verslavingsproblematiek de keuze van de medicatie. Ten derde hangt de keuze van een middel af van het eventuele gebruik van andere psychoactieve stoffen en/of somatische en psychiatrische comorbiditeit. De keuze wordt daarnaast bepaald door de voorkeur van de patiënt. Deze wordt besproken met de verslavingsarts.

Patiënten leggen de nadruk op de vrijheid van keuze, met name bij methadon. Zij ervaren dat instellingen kiezen voor soorten medicatie zonder hier overleg over te voeren met de patiënten. Ook vinden zij dat de voorlichting hierover gebrekkig is. Zij vinden dat de drie mogelijke medicijnen alle beschikbaar moeten zijn in elke ambulante instelling, of in elke instelling voor verslavingszorg. Mocht tijdens de behandeling overgegaan worden tot het afbouwen van de opiaatonderhoudsmedicatie, dan is het van belang de patiënt erop te wijzen dat bij het opnieuw gebruiken van een dosis illegale opiaten het gevaar bestaat voor een overdosering als men terug grijpt naar de laatst gebruikte dosis

daarvan. Monitoring van de psychiatrische en somatische toestand (met name de vitale levensfuncties) blijft van belang.

In Nederland is methadon al meerdere decennia de meest gangbare opiaatonderhoudsmedicatie. Sinds 2009 is daar ook buprenorfine aan toegevoegd. Voor een behandeling met medicinale heroïne komt een patiënt pas in aanmerking NADAT andere behandelingen hebben gefaald. Voor de aanvangsbehandeling zijn methadon en buprenorfine daarom de aangewezen middelen. Begin 2012 biedt de literatuur nog te weinig aanknopingspunten om in concrete situaties een gefundeerde keuze te maken tussen methadon en buprenorfine. Beide middelen hebben voor- en nadelen. Aangeraden wordt om methadon als eerste keuze middel in te zetten omdat:

- dit het meest kosteneffectief is (Van den Brink, et al., 2012);
- er veel meer ervaring mee is;
- het titreren makkelijker en nauwkeuriger gaat;
- een overdosering van buprenorfine moeilijker te behandelen is.

Om voor **medicinale heroïne** in aanmerking te komen moet de patiënt aan een aantal strikte voorwaarden voldoen. Sinds 1996 is onder toezicht van de Centrale Commissie Behandeling Heroïne-verslaafden (CCBH) de behandeling met heroïne (Heroin Assisted Treatment, HAT) onderzocht op effect. Mede op grond van de gunstige uitkomsten is besloten om deze behandeling op reguliere wijze voort te zetten, zij het onder streng gecontroleerde omstandigheden. Eind 2006 heeft het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) heroïne geregistreerd als geneesmiddel voor de behandeling van heroïneverslaving. Heroïne mag alleen worden verstrekt in door het Ministerie van VWS aangewezen behandelcentra. Heroïnebehandeling is te beschouwen als een bijzondere behandeling, niet te verwarren met reguliere behandeling. Indicatiecriteria worden besproken in § 6.5.

In de volgende paragrafen worden per middel de eigenschappen, (contra-)indicaties en het instellen op het middel besproken.

6.3 Methadon

Werking

Methadon voorkomt ontweningsverschijnselen, vermindert de hunkering naar opiaten en blokkeert de euforische effecten die men ervaart als men heroïne gebruikt. Methadon is een opiaat agonist, als HCl-zout een wit poeder dat goed oplosbaar is in water en bitter smaakt. Methadon is binnen ongeveer 30 minuten aantoonbaar in het plasma en de hoogste concentratie wordt twee tot vier uur na inname gevonden. De plasma halfwaardetijd is gemiddeld 24 uur (15-31 uur). Een plateau fase (steady state) wordt bereikt na een periode van ongeveer vijf maal de halfwaardetijd. In het geval van methadon is dit gemiddeld 5 dagen. Dit geldt voor zowel verhogingen als voor verlagingen van de dosis. Opiat antagonist (naloxon en naltrexon) en partiële agonisten (buprenorfine) zullen bijgelijktijdig gebruik van methadon ontweningsverschijnselen opwekken.

Patiënten ervaren de afbouw van methadon als zwaar. Daarover is de afgelopen jaren diverse malen gepubliceerd (zie hiervoor het blad Mainline ; Winklbaur, Jagsch, Ebner & Thau, 2008). Dit heeft te maken met farmacologische (halfwaardetijd), maar ook psychologische factoren (angst voor de afkick en leegte en afscheid nemen van een middel waar men lang aan gewend is geweest). De hulpverlener moet hier rekening mee houden. Het voorschrijven van hoge doseringen geeft een extra verantwoordelijkheid

wanneer de patiënt wordt overgedragen aan andere zorgverleners die mogelijk minder bekend zijn met de moderne richtlijnen en hoge doseringen van opiaten, zoals medisch specialisten, huisartsen, artsen in Penitentiaire Inrichtingen, enz.

Indicaties

In paragraaf 6.2 is toegelicht waarom methadon de eerste keuze opiaatonderhoudsmedicatie is. Er zijn geen specifieke indicaties voor methadon als opiaatonderhoudsmedicatie.

Contra-indicaties

Veel patiënten die in aanmerking komen voor opiaatonderhoudsbehandeling hebben gezondheidsproblemen, kampen met een verminderde weerstand en wonen onder slechte omstandigheden. Daarom is het belangrijk dat de contra-indicaties per patiënt worden beoordeeld. Er is sprake van absolute en relatieve contra-indicaties (zie hiervoor het Farmacotherapeutisch Kompas). Voor methadon gelden de volgende absolute contra-indicaties:

- acute ademhalingsdepressie;
- hersentrauma;
- verhoogde intracraniale druk;
- delirium tremens.

Relatieve contra-indicaties zijn:

- astma bronchiale/chronische obstructieve longziekten;
- verminderde ademhalingsreserve;
- cyanose;
- hartinsufficiëntie;
- lever- en nierfunctiestoornissen;
- overgevoeligheid voor opiaten;
- hypovolemie;
- hypotensie;
- myasthenia gravis;
- ileusverschijnselen;
- situaties waarin het handhaven van een normale bloeddruk problematisch is;
- onbehandelde somatische en/of psychiatrische comorbiditeit en gevaar voor suïcide.

Het gebruik van methadon (en ook van buprenorfine) bij borstvoeding wordt afgeraden (zie ook § 6.13).

Mogelijke bijwerkingen van methadon:

- ademhalingsdepressie;
- bloeddrukverlaging (hypotensie), bij hoge doseringen;
- braken;
- droge mond;
- duizeligheid;
- misselijkheid;
- pupilvernauwing (miosis);
- stemming, uitgelaten (euforie);
- stemming, somber (dysforie);

-
- sufheid;
 - verstopping/obstipatie.

Allergische reacties die bekend zijn van zowel methadon als van buprenorfine en heroïne zijn; huiduitslag, oedeem, blaasjes en anafylactische shock. Van Naloxon is bekend dat het netelroos, dyspnoe, Quincke's oedeem (angio-oedeem), longoedeem en anafylactische shock tot gevolg kan hebben.

Verschijningsvorm

Methadon(-hydrochloride) als opiaatonderhoudsmiddel wordt door apotheken in tabletten en vloeibare vorm in verschillende verschijningsvormen en doseringen geleverd. Niet alle apotheken zijn in staat/bereid om afwijkende doseringen te leveren. Methadon is verkrijgbaar in speciale (smelt)tabletten van 5, 10 en 20 mg en methadon drank in diverse sterktes zoals:

- Methadon met vertraagde afgifte in tabletten van 20 en 50 mg;
- Methadon linksdraaiend voor patiënten met een verlengde QT interval of patiënten die hogere doseringen methadon slikken, tabletten van 5, 10 en 25 mg;
- Methadon vloeibaar in dagdoseringen verpakt per 7 dagen, 2,5, 5, 7,5, 10, 12,5 t/m 200 mg;
- Methadon zetpillen van 20 of 50 mg;
- Methadon injecties, 40 mg/ml;

De tabletten worden waar mogelijk op naam van de patiënt in baxterverpakking aangeleverd. De drank wordt in diverse sterktes op naam van de patiënt in kleine gesealde kuipjes/flesjes geleverd. De kleur van de methadon geeft een bepaalde dosering aan.

Methadon kan echter ook gestandaardiseerd in drankvorm geleverd worden (Pinadone®, 1mg/ml) voor het aansluiten op een MUS apparaat (MethadonUitgifteSysteem) of als Symoron® tablet van 5 mg. De drank is zonder verdikkingsmiddel, zonder kleurstoffen en zonder sacharose, zodat de drank gemakkelijk kan worden uitgevuld in patiëntspecifieke porties, zonder risico op allergische reacties of complicaties voor diabetici.

Wanneer patiënten methadon blijven injecteren en het gezondheidsgevaar aanwezig blijft, omdat men gebruik maakt van de door de apotheek geleverde eigenlijk niet goed injecteerbare methadon (vanwege de toevoeging van verdikkingsmiddelen en kleurstof), valt het te overwegen deze patiënten spuitbare methadon aan te bieden. Ook patiënten die om medisch/somatische redenen geen methadon en buprenorfine op orale wijze in kunnen nemen komen in aanmerking voor injecteerbare methadon. Bij deze beide groepen patiënten moet door de arts worden geïnventariseerd op welke wijze de methadon toegediend dient te worden (mogelijkheden hierin zijn: intramusculair of intraveneus). Wanneer er gekozen wordt voor de injecteerbare vorm, moet er bijzondere aandacht geschonken worden aan de extra gezondheidsrisico's die het spuiten van een middel met zich meebrengt. Patiënten melden dat het intramusculair toedienen van methadon een effect geeft dat vergelijkbaar is met fentanylpleisters die worden voorgeschreven bij patiënten met chronische pijnklachten.

Instellen op methadon

Als een patiënt moet worden ingesteld op methadon zijn de volgende doelen van belang:

- bestrijding van ontwenningverschijnselen (eerste fase);
- afname van de craving (tweede fase);
- het vaststellen van een adequate dosis waarbij sprake is van een fysiek en psychisch welbevinden (derde fase);
- vermindering van het bijgebruik van andere verslavende middelen (vierde fase).

Voor het instellen van een adequate dosering waarbij het monitoren van de eerste effecten (patiënten vinden dan van belang: mate van onder invloed raken, verminderen van onrust en van andere ontwenningverschijnselen en het eventueel optreden van overdosisverschijnselen) van een dosering van belang zijn, is het aan te raden de behandeling binnen de behandelingsseenheid te doen. De MDR Opiaatverslaving raadt aan het instellen zeer zorgvuldig te doen omdat de eerste twee weken een verhoogde kans op overlijden aanwezig is door overdosering, dit vanwege het effect van methadon op het centrale zenuwstelsel (de ademhaling).

De beschikbare kennis met betrekking tot het instellen op methadon berust voornamelijk op kennis van professionals in de klinische praktijk. Patiënten vinden dat als zij een dosis voorstellen dat dit voorstel serieus meegewogen moet worden in de beslissing van de arts/NP-er. Een methadon-onderhoudsbehandeling beoogt heroïne te vervangen. Daarom wordt een relatief lage startdosering van maximaal 30 mg per dag geadviseerd. In het algemeen wordt 0,1 gr. heroïne voor 10 mg. methadon gerekend. Met een maximale dosis van 30 mg in een ambulante traject. Bij de start hiervan wordt aangeraden de patiënt zo'n 3 uren te laten wachten in de instelling om te kunnen monitoren op een eventueel te ontstane overdosering en ademhalingsstilstand. Naar de mening van patiënten is de pupilverkleining na 60-90 minuten in een daglichtvrije kamer een goede indicatie.

Tabel 6.1: Fases bij het instellen van een dosis methadon (Jamin, 2010)

Fase	Doelen	Overwegingen	Dosering
<i>Initiële inductie</i>	Onderdrukken van de ontwenningverschijnselen.	Dosis eerste dag gebaseerd op de opiatetolerantie; start 30 mg methadon per 1/4 gram heroïne. De zuiverheid van straatheroïne ligt gemiddeld tussen 30 en 50%; houd ook rekening met wisselend gebruikspatroon; 30 tot 60 mg is voldoende om ontwenningverschijnselen langdurig te onderdrukken.	Start met - 20 mg dd bij vermoeden van weinig gebruik. - 40 mg dd bij vermoeden van veel gebruik.
<i>Vroege inductie</i>	Bereiken tolerantie niveau, afname craving.	Stabiele bloedspiegel bereikt na ongeveer vijf maal t (= 24 u).	Bijstellen dosering per vijf dagen.
<i>Late inductie, stabilisatie</i>	Bereiken adequate dosering (fysiek en psychisch welbevinden).	Dosering voor de meeste patiënten tussen 60 en 120 mg per dag.	Ophogen met maximaal 20 mg per vijf dagen.
<i>Onderhoud</i>	Behouden gewenste effecten (steady state bezetting van opiaat receptoren).	120 mg veelal voldoende om effecten van heroïne gedurende enkele uren na toediening van methadon te blokkeren.	Ophogen met maximaal 40 mg per vijf dagen.

Het gebruik van schema's bij het instellen op een bepaald medicijn is een goed uitgangspunt. Een adequate monitoring kan echter alleen tot stand komen door het metabolisme en het lichaamsgewicht van de verslaafde patiënt mee te laten wegen bij het vaststellen van de dosering. Zie hiervoor ook het artikel van Eap, Buclin & Baumann (2002).

In de eerste fase is de medicatie gericht op het bestrijden van de ontwenningverschijnselen die optreden wanneer patiënten stoppen met heroïnegebruik. De dosis van de eerste dag moet gebaseerd zijn op de mate van de tolerantie voor opiaten van de patiënt. Er wordt gestart met een dosering van 30 mg per 1/4 gram heroïne, waarbij bedacht moet worden dat de kwaliteit (zuiverheid) van heroïne sterk verschilt, evenals het gebruikspatroon (vaak geen stabiele hoeveelheid per dag). Het advies is te starten met 20 mg bij vermoeden van weinig gebruik en bij vermoeden van veel gebruik met 40 mg.

Het duurt circa vijf maal de halfwaardetijd voordat er een stabiele bloedspiegel aanwezig is. De halfwaardetijd van methadon (zeker bij chronisch gebruik) wordt niet zo zeer beïnvloed door de manier waarop de methadon gebruikt. Wel ontstaat er een veel groter verschil tussen piek en dal. Daarnaast is de biologische beschikbaarheid uiteraard groter (100%) bij spuiten dan bij oraal gebruik (waar het tot 80% is van de gegeven dosis). Omdat de halfwaardetijd van methadon circa 24 uur bedraagt, is bijstelling van de dosis na circa vier à vijf dagen aan de orde. De dosis kan telkens om de 4-5 dagen worden opgehoogd met maximaal 10 mg. In de onderhoudsfase waarbij stabilisatie op lange termijn het doel is, dient het gewenste effect vastgehouden te worden zodra de eerste ontwenningverschijnselen zijn verminderd. Een dosering van 120 mg blijkt vaak voldoende te zijn om effecten van heroïne enkele uren na toediening van methadon te blokkeren. Uit de meest recente literatuur blijkt dat lage doseringen tot 60 mg nauwelijks werkzaam zijn (MDR Opiaatverslaving). De meest effectieve doseringen liggen tussen de 60-100 mg. Indicaties voor het verhogen van doseringen zijn onder andere: objectieve en subjectieve tekenen van ontwenning (voor de verschijnselen zie de bijlage OOS en SOS in hoofdstuk 4), voortdurende craving en geen afname van de hoeveelheid of de frequentie van gebruik van (illegale) opiaten.

Serumspiegels kunnen met name het instellen van hoge doseringen ondersteunen, waarbij een dalspiegel van 150 tot 600 mg/l vaak voldoende is om craving te voorkomen en een dalspiegel van meer dan 400 mg/l voldoende is voor een opiaatblokkade. De dosis methadon die nodig is om een serum dalspiegel van meer dan 400 ng/ml te bereiken loopt uiteen van 50 mg tot 900 mg per dag. Een dalwaarde zou kunnen worden bepaald als de topwaarde bekend is en dan vervolgens de dalwaarde berekend wordt met behulp van de halfwaardetijd. Er is echter een grote variatie tussen individuen: de halfwaardetijd kan volgens de literatuur variëren tussen 8 en 59 u. Vandaar dat het verstandig is om het gewoon te laten bepalen met een bloedonderzoek.

Bij doseringen van 120 mg of meer en bij onduidelijkheid over de effectiviteit van de gekozen doseringen moet overwogen worden regelmatig de bloedspiegel vast te stellen.

Methadon heeft een lange werkingsduur. Het wordt aangeraden om de dagelijkse dosis één keer per dag in één keer in te nemen. Patiënten geven echter aan dat er een klein aantal gebruikers is dat een voorkeur heeft voor een gesplitste inname van hun dagelijkse dosis. Wanneer sprake is van een dergelijk verzoek is het belangrijk dat de patiënt van de behandeld arts te horen krijgt dat dit geen medisch verantwoord handelen is. Het is aan de verslavingsarts om de beslissing hierin te nemen. Indien aan dit verzoek van de patiënt medische redenen ten grondslag liggen, zoals een versnelde afbraak, is het aan te raden een opiaatsubstitutie recept met een 2-3 daags voorschift voor te schrijven.

6.4 Buprenorfine

Werking

Buprenorfine is een partiële opiaatagonist met zowel agonistische als antagonistische eigenschappen. Bij een lage dosering geeft buprenorfine een vergelijkbare werking als de bekende opiaatagonisten zoals pijnstilling, euforie en nauwe pupillen. Bij een hoge dosering treedt een plafondeffect op; de werking van het middel neemt niet verder toe. Buprenorfine verdringt de opiaten van de receptor en veroorzaakt ontwenning. Als het middel de receptor volledig heeft bezet geven andere opiaten geen effect meer. Het middel bindt zich langzaam aan de receptor en laat het langzaam weer los. Piekconcentraties bij toediening onder de tong worden bereikt na 30-60 minuten uur. Buprenorfine bij opiaatverslaving wordt in de hoge doseringen gebruikt (en is dan ongeveer 72 uren werkzaam, de plasma halfwaardetijd

bedraagt 3-4 uur) en derhalve verdient een tablet met een hogere dosering buprenorfine de voorkeur. In deze hoge doseringen geeft buprenorfine een verminderde craving naar heroïne, een blokkering van het effect van heroïne en een verzachting van de ontweningsverschijnselen van opiaten. Patiënten ervaren een voordeel van buprenorfine; zij kunnen als zij dat willen bijgebruiken en daarna de Suboxone weer innemen zonder ziek te worden.

Indicaties

Bij de volgende patiënten kan een behandeling met **buprenorfine** worden overwogen (Van de Brink et al., 2012):

- A. Volledige abstinentie lijkt haalbaar
- patiënten met een korte verslavingshistorie (tot ongeveer 18 maanden) kunnen van meet af aan worden ingesteld op buprenorfine. Hierbij gelden de overwegingen van veiligheid en minder versuffing, alsmede het faciliteren van de laatste fase bij een eventuele poging tot afbouw;
 - patiënten die een serieuze poging willen doen om hun opiaatonderhoudsbehandeling helemaal af te bouwen; bij hen kan in de laatste fase (30 mg methadon of minder) overgaan op buprenorfine een optie zijn.
- B. In geval van onderhoudsbehandeling
- snelle methadonmetaboliseerder waardoor methadon onvoldoende effectief is;
 - gelijktijdig gebruik van benzodiazepine;
 - verlengd QT-interval of andere onacceptabele bijwerkingen;
 - patiënten die daar zelf om vragen, kunnen worden overgezet, mits er geen contra-indicaties zijn andere overwegingen kunnen zijn de minder frequente toediening en/of het kleinere stigma, en de mindere mate van versuffing;
 - patiënten in een apotheekprogramma. Overzetten van methadon op buprenorfine bij dosering van hoogstens 40 mg methadon. Overzetten van buprenorfine op methadon is altijd mogelijk; wel steeds wachten tot er onttrekkingsverschijnselen zijn, start 30 mg.

Contra-indicaties

Patiënten die in hun actieve gebruikersperiode buprenorfine hebben geïnjecteerd moeten geen buprenorfine als enkelvoudig middel voorgeschreven krijgen maar Suboxone. Naast de hierboven eerder beschreven contra indicaties zijn er voor buprenorfine een aantal zeer specifieke redenen om niet voor te schrijven:

- co-morbide verslaving van dempende middelen (benzodiazepinen en alcohol);
- onbehandelde somatische en/of psychiatrische comorbiditeit;
- suïcidaliteit;
- eerder maar mislukte inductie op buprenorfine/Naloxon;
- overgevoeligheid voor beide stoffen.

Bijwerkingen

Buprenorfine heeft de volgende bijwerkingen:

- constipatie;
- hoofdpijn;
- slapeloosheid en asthenie;
- nausea en braken;

-
- flauwvallen en duizeligheid;
 - orthostatische hypotensie;
 - zweten.

Allergische reacties die bekend zijn van zowel methadon als van buprenorfine en heroïne zijn; huiduitslag, oedeem, blaasjes en anafylactische shock. Van Naloxon is bekend dat het netelroos, dyspnoe, Quincke's oedeem (angio-oedeem), longoedeem en anafylactische shock tot gevolg kan hebben.

Verschijningsvorm

Buprenorfine is verkrijgbaar als oromucosaal tablet in een lage dosis: Temgesic®, 0,2 mg/0,4 mg. Deze tabletten bevatten echter te weinig buprenorfine om voor een opiaatonderhoudsdosering in aanmerking te komen (patiënten moeten te veel tabletten sublinguaal innemen). Daarnaast is er Buprenex® (0,3 mg/ml) als injecteerbare vorm. In Nederland is sinds een aantal jaren het middel Suboxone geregistreerd als opiaatvervangende medicatie. Suboxone® is verkrijgbaar in twee sterktes: tablet, voor onder de tong ('SL'): 8 mg buprenorfine en 2 mg naloxon per tablet. En een tablet, voor onder de tong ('SL'): 2 mg buprenorfine en 0,5 mg naloxon per tablet. Het middel dient sublinguaal gebruikt te worden (3 tot 5 minuten onder de tong laten smelten) omdat per os (orale toediening) de werking teniet wordt gedaan door een snelle afbraak in de lever en dunne darm. Van te voren wat water drinken helpt hierbij. In deze tijd zo min mogelijk praten, niet drinken en eten en het hoofd ietwat voorgebogen houden. Bij oplossen in water van deze stoffen en het intraveneus toedienen ervan treden direct ontwenningverschijnselen op omdat naloxon (naloxon hydrochloride) zich sneller aan de receptor bindt dan buprenorfine.

Instellen op buprenorfine

Buprenorfine is het meest geschikt voor patiënten die geen (adequate) dosering methadon willen, geen methadon mogen in verband met bijvoorbeeld een optredende QT verlenging, en die geen alcohol en benzodiazepinen gebruiken. Bij het instellen van de buprenorfine is het afbouwen van methadon en/of heroïne een eerste vereiste. Ontwenningverschijnselen die dan optreden worden enerzijds veroorzaakt door de afnemende concentratie van de agonist die wordt afgebouwd en anderzijds door het toenemend partieel antagonistische effect van de buprenorfine. Het optreden van tijdelijke ontwenningverschijnselen is daarom in de meeste gevallen onvermijdelijk. Het is belangrijk dit van te voren duidelijk kenbaar te maken aan de patiënt (Mattick, Ali, & Lintzeris, 2009). Het moment waarop met buprenorfine wordt gestart is van groot belang, net als de snelheid waarmee de dosering wordt opgehoogd. Geadviseerd wordt dit te doen op geleide van klinisch beeld. Tijdens de omschakeling kunnen ontwenningverschijnselen kortdurend worden bestreden met een benzodiazepine zoals lorazepam (Temesta®) waarbij rekening gehouden moet worden met de versterking van het centraal depressieve effect en met name het risico van ademhalingsdepressie. Eventuele andere optredende ontwenningverschijnselen zoals misselijkheid en diarree kunnen kortdurend worden behandeld met de daarvoor geschikte middelen.

Als een patiënt wordt ingesteld op buprenorfine mag geen ander opiaat gebruikt worden ter voorkoming van ontwenningverschijnselen. Voor het instellen van een adequate dosering, waarbij het monitoren van de eerste effecten van een dosering van belang zijn, is het aan te raden om de behandeling binnen de behandelingseenheid te doen. Een dagelijkse dosis van 4-8 mg onderdrukt de ontwenningverschijnselen, maar een hogere dosering lijkt dit effect te verlengen (8-16 mg).

Transmucosale toediening van buprenorfine in een dosering van 16-32 mg per dag is gelijk aan een onderhoudsbehandeling met 60-100 mg per dag methadon. Vanaf 8 mg buprenorfine blijkt uit onderzoek dat het gebruik van illegale drugs sterk af neemt. Bij doseringen tussen 16-32 mg is het effect het hoogst (MDR Opiaatverslaving, 2011). Voor een onderhoudsbehandeling wordt dan ook geadviseerd een minimale dosis van 12 mg voor te schrijven. Veel patiënten blijken hun dagdosis in porties in te nemen. Voor het gesplitst innemen van de dagdosering buprenorfine is geen wetenschappelijk bewijs. Eén keer daags doseren is medisch gezien de meest verantwoorde wijze van inname.

Tabel 6.2: Inductieschema buprenorfine, zowel voor ambulante als klinische setting

Inductieschema buprenorfine		
Dag 1	Aanvangsdosis	2-4 mg.
	Aanvullende dosis naar behoefte.	2-4 mg.
Dag 2	Ophogen (titreren) van de dosis in stappen van 2-8 mg. Al naar gelang de behoefte.	maximaal 24 mg.
Dag 3 en verder	Verder ophogen van de dosis.	maximaal 32 mg.

Tabel 6.3: Fases bij het instellen van een dosis buprenorfine (uit de ROBO, Jamin, 2010)

Fase	Doelen	Overwegingen
<i>Initiële inductie</i>	Onderdrukken ontwenningsverschijnselen.	Geen gebruik andere opiaten, i.v.m. toename ontwenningsverschijnselen; DOT, dosering onder toezicht, t.b.v. goede monitoring 4 mg dd voldoende.
<i>Vroege inductie</i>	Bereiken tolerantie niveau, afname craving.	8-16 mg verlengt het effect.
<i>Late inductie, stabilisatie</i>	Bereiken adequate dosering (fysiek en psychisch welbevinden).	
<i>Onderhoud</i>	Behouden gewenste effecten (steady state bezetting van opiaat receptoren).	8 mg: minder bijgebruik; 16 – 32 mg optimaal effect.

6.5 Heroïne (diacetylmorfine)

Werking

Heroïne is een kleurloos, geurloos, bitter smakend opiaat, bereid uit morfine en is bekend onder de namen diacetylmorfine en diamorfine. De belangrijkste effecten van heroïne zijn: genot, verdooving van pijn en onderdrukking van de ademhaling. Heroïne is een sterk verslavende harddrug. Het werkt sneller dan morfine, doordat bij de synthese van heroïne acetylgroepen aan het morfinemolecuul gekoppeld worden. Door deze acetylgroepen wordt het molecuul beter vetoplosbaar (lipofiel), en passeert heroïne sneller de bloed-hersenbarrière dan morfine. In de hersenen worden de acetylgroepen van heroïne afgesplitst, waardoor weer morfine ontstaat, dat het effect op de hersenen geeft. Heroïne is goed oplosbaar in water.

In 2012 zijn er in ons land 18 poliklinieken van waaruit heroïne op medische gronden wordt verstrekt aan verslaafde patiënten.

Indicaties

Deelname aan heroïnebehandeling is mogelijk wanneer aan de volgende criteria is voldaan (CCBH, 2011):

1. onvoldoende behandel­effect van methadon bij chronische heroïneverslaving gedurende ten minste 5 jaar blijken­de uit:
 - a. klinisch oordeel van de arts van de heroïne-unit , dan wel de behandelend verslavingsarts van de patiënt;
 - b. ondanks therapietrouw niet geslaagde voorgaande behandeling met methadon in adequate dosering gedurende tenminste 6 maanden blijken­de uit: (bijna) dagelijks bijgebruik (minimaal 3 dagen per week in vooraf gaande maanden) van illegale heroïne, eventueel bijgebruik van andere middelen en uit gedocumenteerde bijwerkingen;
 - c. Geen uitzicht op abstinentie van opiaten;
 - d. Slechte lichamelijke en/of geestelijke gezondheid en/of slecht sociaal functioneren/integratie (gedocumenteerd via assessment);
 - e. Problemen op economisch, maatschappelijk en/of justitieel gebied.
2. gebruik van illegale heroïne door middel van intraveneuze injectie of inhalatie (chinezen);
3. leeftijd ten minste 35 jaar. Voor de leeftijdsondergrens van 35 jaar is geen wetenschappelijk bewijs gevonden; deze keuze is conform de wettelijke regeling medische heroïne­verstrekking van het Ministerie van VWS. Indien men hiervan wil afwijken moet toestemming worden gevraagd aan de inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ);
4. legaal verblijvend in Nederland;
5. Nederlandse nationaliteit;
6. tenminste 3 jaar geregistreerd in de gemeente;
7. bereid en in staat actief medewerking te verlenen en om minstens drie maal per week de behandellocatie te bezoeken; schriftelijke toestemmingsverklaring ondertekend.

Bij criterium b wordt ‘behandeling met methadon in adequate dosering gedurende tenminste 6 maanden’ in de praktijk als volgt vertaald:

- in de afgelopen zes maanden regelmatig onder behandeling in een substitutieprogramma;
- tenminste een maand ononderbroken substitutie­behandeling ondergaan, met minimaal
 - 50 mg methadon bij inhaleren van heroïne;
 - 60 mg methadon bij intraveneus gebruik van heroïne.

Contra-indicaties

Als een patiënt voldoet aan alle hierboven beschreven inclusiecriteria kunnen er desondanks belangrijke redenen zijn om de persoon van deelname aan de behandeling uit te sluiten. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn indien er sprake is van ernstige medische contra-indicaties voor de behandeling met heroïne, o.a.:

- ernstige medische, psychiatrische of psychosociale problemen die, naar mening van de arts, om gezondheidsredenen een contra-indicatie vormen voor de behandeling met heroïne. Dit geldt vooral voor diegenen bij wie sprake is van dermate ernstige lichamelijke en/of geestelijke en/of sociale problemen dat deelname aan de behandeling met heroïne onverantwoord zou zijn;
- zwangerschap, borstvoeding of zwangerschapswens;
- de heroïneverslaving is ondergeschikt aan een andere (niet opiaat) verslaving, waardoor deelname aan de behandeling met heroïne, naar mening van de arts, niet relevant is (bv. als de somatische

en/of geestelijke en/of sociaal-maatschappelijke problemen voornamelijk het gevolg zijn van cocaïnegebruik zijn;

- personen bij wie een hogere heroïnedosering dan 1000 mg per dag vereist is;
- personen die de Nederlandse taal onvoldoende beheersen.

In het onderzoek naar ‘heroïne op medisch voorschrift’ is ervaring opgedaan hoe om te gaan met het combinatiegebruik van alcohol en opiaten. De regels die gehanteerd worden, hebben betrekking op de hoogte van het alcoholpromillage bij een patiënt. Het gaat erom op een veilige manier heroïne te kunnen verstrekken. Zie hiervoor het alcoholprotocol dat als bijlage aan dit hoofdstuk is toegevoegd (bijlage 7).

Verschijningsvorm

De heroïne die in de behandeling gebruikt wordt is verkrijgbaar in injecteerbare heroïne (diacetylmorfine HCl voor injectie) en inhaleerbare heroïne (diacetylmorfine HCl met een minimale hoeveelheid cafeïne). De voorgeschreven heroïne is van farmaceutische kwaliteit.

Allergische reacties die bekend zijn van heroïne zijn; huiduitslag, oedeem, blaasjes en anafylactische shock. Van Naloxon is bekend dat het netelroos, dyspnoe, Quincke’s oedeem (angio-oedeem), longoedeem en anafylactische shock tot gevolg kan hebben.

Instellen op injecteerbare en rookbare heroïne

Heroïnebehandeling wordt altijd gecombineerd met een orale methadonbehandeling. De dosering heroïne wordt individueel vastgesteld door de behandelend arts. Bij de bepaling van de begindosering heroïne wordt rekening gehouden met de gezondheidstoestand van de patiënt, diens methadondosering, diens (bij)gebruik van illegale drugs, alsmede het gebruik van additionele medicatie die van invloed is op de farmacokinetiek van de voorgeschreven opiaten. De titratie van de begindosering heroïne en methadon vindt plaats door de arts. Een dosering van 2-4 keer per dag van *injecteerbare heroïne* is meestal voldoende om onthoudingsverschijnselen te voorkomen (practice based). Per toediening is de maximum dosis heroïne 400 mg. De maximumdosering heroïne bedraagt 1000 mg per dag. Het effect is vrijwel onmiddellijk en het maximale effect van injecteerbare heroïne treedt altijd binnen 30 minuten op. Het is daarom verstandig om tussen de verschillende injecties, bij de opstart ten minste 30 minuten te laten verstrijken. *Rookbare heroïne* wordt meestal vaker dan 2-4 keer per dag in meestal wat lagere doseringen gebruikt. Binnen de behandelsetting kan echter slechts drie maal per dag op locatie gebruikt worden. Bij het samenstellen van de optimale combinatie van methadon en heroïne dient zoveel mogelijk te worden uitgegaan van de bestaande dosering methadon met daaraan toegevoegd een optimale hoeveelheid heroïne. Daarbij moet dan rekening worden gehouden met de verschillende manieren van toediening en de sterkte van het effect van de toegediende heroïne; de biologische beschikbaarheid van injecteerbare heroïne is 100% en de biologische beschikbaarheid van rookbare heroïne is 50%.

De methadon wordt in orale vorm dagelijks aan de patiënt in de heroïnebehandeling verstrekt. Over het algemeen wordt er dus naar gestreefd om de dosering methadon op het niveau van de begindosering te handhaven, maar in de loop van de heroïnebehandeling zou de methadondosering gewijzigd kunnen worden. Bij voorkeur wordt een blijvende minimum dagdosering van 30-50 mg methadon aanbevolen. Bij wijze van uitzondering kan de methadondosering helemaal afgebouwd worden wanneer er naar het oordeel van de behandelende arts redenen zijn om van een blijvende minimale dosering af te wijken. De nieuwe dosering en de reden van wijziging dienen altijd te worden gedocumenteerd.

Ten behoeve van de titratie van heroïne en eventuele wijzigingen in dosering tijdens de behandeling zijn door de CCBH doseringsrichtlijnen ontwikkeld (zie hiervoor CCBH, 2011). Bij de omzetting van methadon in heroïne en andersom kan gewerkt worden met de zogenaamde equivalentietabellen, waarbij naast het equivalente (subjectieve) kortdurende effect ook rekening wordt gehouden met de verschillen in halfwaardetijd.

MQ Methadon - Equivalent.

Dosis van een opiaat die bij eenmalige dosering in effect (subjectieve opiaat saturatie: voorkomen van onthouding) overeenkomt met 1 mg methadon per os

MTQ Methadon -Dag- Equivalent

Dosis van een opiaat die indien gelijkmatig over de dag genomen in effect (subjectieve opiaat saturatie: voorkomen van onthouding) overeenkomt met 1 mg methadon per os

Volgens deze methodiek kunnen de volgende equivalenties worden aangenomen (bij gebruik van heroïne drie keer per dag):

- 1 mg injecteerbare heroïne eenmalig: 1 MQ
- 3 mg injecteerbare heroïne over de dag: 1 MTQ
- 2 mg rookbare heroïne eenmalig: 1 MQ
- 6 mg rookbare heroïne over de dag: 1 MTQ

Bij de opbouw van een dosering en de (gedeeltelijke) omzetting van het ene opiaat in het andere verdient het de voorkeur om uit te gaan van de MTQ.

Instellen op injecteerbare heroïne

Op basis van de ervaringen tot nu toe in Nederland kunnen richtlijnen worden geformuleerd voor de opbouw van injecteerbare heroïne (Gschwend, Rehm, Blättler, Steffen, Seidenberg, Christen, Bürki & Gutzwiller, 2004; CCBH, 2011). Men gaat daarbij altijd uit van 'geen tolerantie', dat wil zeggen dat de arts zich niet moet baseren op het door de patiënt gerapporteerde illegale gebruik.

Richtlijnen zijn:

- Op de eerste dag bij injecteerbare heroïne beginnen met een startdosis van 15 mg en onder voortdurende medische bewaking. Na de eerste dosis van 15 mg kan na minimaal 30 minuten een tweede dosis van 30 mg worden gegeven. Als dat geen problemen oplevert kunnen over de dag nogmaals twee injecties van 30 mg heroïne worden genomen. Hierdoor wordt op de eerste dag een totale dosering van 105 (15+30+30+30) mg injecteerbare heroïne, dat wil zeggen 35 MTQ bereikt.
- Op dag 2 kan als eerste dosering gestart worden met 50% van de MTQ van de vorige dag, dat wil zeggen 17,5 MTQ (=52,5 mg injecteerbare heroïne). Indien dat geen problemen oplevert, kan dezelfde dag nog tweemaal 52,5 mg worden verstrekt, waardoor aan het eind van de dag 52,5 MTQ is bereikt.
- Op dag 3 kan opnieuw met 50% van de MTQ van de vorige dag worden gestart, dat wil zeggen 26,25 MTQ (=78,75 mg injecteerbare heroïne). Indien dat geen problemen oplevert kan dezelfde dag nog tweemaal 78,75 mg worden verstrekt, waardoor aan het eind van de dag 78,75 MTQ is bereikt.
- Op dag 4 kan met 50% van 78,75 MTQ (= 120 mg injecteerbare heroïne) worden begonnen en dit kan, indien er geen problemen ontstaan, nog eens tweemaal herhaald worden, waardoor 120 MTQ wordt bereikt.

-
- Op dag 5 kan begonnen worden met 50% van 120 MTQ, dat wil zeggen ongeveer 180 mg heroïne. Dit kan ook nu weer met twee doseringen van 180 mg injecteerbare heroïne aangevuld worden, waardoor er in totaal 540 mg injecteerbare heroïne is gebruikt (180 MTQ).
 - Op dag 6 wordt begonnen met 50% van 180 MTQ, dat wil zeggen 270 mg injecteerbare heroïne. De eerste dosering kan, wanneer er binnen 30 minuten geen problemen ontstaan, ook nu weer gevolgd worden door twee aanvullende doseringen van ongeveer 270 mg injecteerbare heroïne in de loop van de dag. Daardoor heeft de deelnemer op dag 6 al 810 mg (270 MTQ) gebruikt.
 - Op dag 7 wordt desgewenst de maximale dosering bereikt: er zou kunnen worden begonnen met 50% van 270 MTQ, dat wil zeggen 405 mg injecteerbare heroïne. De maximale dosering is echter gesteld op 400 mg per injectie. Op de zevende dag kan er indien er geen problemen zijn, dus een keer 400 mg en twee keer 300 mg injecteerbare heroïne gebruikt worden.

De heroïne mag niet subcutaan worden gespoten in verband met de zuurgraad van de te injecteren stof, deze geeft nare bijwerkingen op en in de huid. Andere doseringsschema's (eenvoudiger en langzamer) zijn te vinden in de CCBH-handleiding voor de behandeling met heroïne (CCBH, 2011).

Instellen op rookbare heroïne

De in de CCBH handleiding beschreven doseringsschema's zijn in principe op elkaar gelijkend, met uitzondering van de MT en de MTQ van rookbare heroïne. Het doseringsschema van rookbare heroïne is anders vanwege de lagere biologische beschikbaarheid. De regels zijn vergelijkbaar en er kunnen basisschema's opgesteld worden die terug te vinden zijn in het handboek voor de behandeling van heroïne (CCBH, 2011).

Omzetten van alle methadon in heroïne wordt tijdens de behandeling afgeraden. Het uitgangspunt is hierbij is dat een optimale combinatie van opiaten met een lange(methadon) en korte halfwaardetijd (heroïne) te verkiezen is boven de omzetting van een behandeling van opiaten met een lange halfwaardetijd in een behandeling met uitsluitend opiaten met een korte halfwaardetijd.

Tijdens de opbouwfase is het belangrijk dat patiënt 3 keer per dag de heroïne verstrekt krijgt. Als de maximale dosering niet meer dan 800 mg per dag bedraagt kan daarna indien wenselijk overgegaan worden naar een tweedaagse verstrekking indien gewenst.

Wisselen van heroïne-toedieningwijze

Patiënten hebben de mogelijkheid om gedurende de behandeling over te gaan van voorgeschreven injecteerbare heroïne naar voorgeschreven rookbare heroïne. Patiënten die van aanvang af zijn toegewezen aan de rookbare conditie kunnen nooit overgaan naar de injecteerbare conditie. Beide toedieningsvormen worden niet tegelijkertijd aan dezelfde patiënt voorgeschreven. Indien de patiënt is overgegaan op rookbare heroïne, dient deze ten minste twee weken in de rookbare conditie te blijven voordat kan worden teruggekeerd naar de injecteerbare conditie. Omgekeerd geldt dezelfde regel.

Uitval bij de behandeling

Procedures rond de verstrekking van heroïne kennen enkele uitzonderingen ten opzichte van de reguliere opiaatonderhoudsmedicatie. Bij aanvang van de behandeling heeft de patiënt zich bereid verklaard ten minste drie dagen per week de lokale behandelinstelling te bezoeken voor de verstrekking van de heroïne en methadon. Als de patiënt hier door omstandigheden niet aan kan voldoen geldt het volgende:

- De patiënt kan als hij/zij zich gemeld heeft voor de heroïnebehandeling in principe op elk moment in de behandeling terugkeren (tenzij de arts dit om medische redenen niet (meer) verantwoord acht). Richtlijnen voor de aanpassing van de dosering bij ‘gemiste’ bezoeken, staan vermeld in de doseringsschema’s van de CCBH (bijlage 2).
- Gedurende een ziekte die leidt tot afwezigheid of waarbij de risico’s op nadelige gevolgen te hoog zijn of juist niet helemaal in te schatten wordt geen heroïne verstrekt. In overleg met de lokale behandelinstelling en onder bepaalde voorwaarden, kan methadon worden verstrekt in een vervangende hoeveelheid, zodat de patiënt na zijn ziekte weer dezelfde dosering heroïne kan krijgen.
- Gedurende detentie wordt geen heroïne verstrekt. Wel wordt met de medische dienst van de penitentiaire instelling overlegd over de hoeveelheid compensatie methadon. Patiënten geven aan dat zij wel graag willen dat heroïne ook in detentie verstrekt gaat worden.
- Gedurende vakantie wordt geen heroïne verstrekt. In overleg met de lokale behandelinstelling en onder bepaalde voorwaarden, kan methadon worden meegegeven. Verhouding is 1:10 voor injecteerbare heroïne en 1:15 voor rookbare heroïne.
- Op medische gronden kan de arts beslissen het voorschrijven van heroïne te staken. In het geval van een door de arts bevestigde zwangerschap wordt de behandeling met heroïne beëindigd. Met de patiënt wordt een alternatieve opiaatvervangende behandeling besproken, en zij wordt voor verdere zorg verwezen naar de huisarts en/of gynaecoloog.

6.6 Overstappen op een ander opiaat

Het overgaan van het ene opiaat naar het andere opiaat geeft soms vervelende klachten voor de patiënt, zoals afkickverschijnselen of juist het gevoel dat men wordt overgedoseerd. Dit wordt veroorzaakt door receptorverschillen en door verschillen in de receptoraffiniteit. Daardoor kan de overstap niet altijd even makkelijk verlopen voor de patiënt. Hier moet aandacht voor zijn in de vorm van voorlichting, extra monitoring en aandacht.

Van heroïne naar buprenorfine

Zie bijlage 1 voor de interacties methadon/buprenorfine met andere medicatie. Heroïneverslaafden kunnen in 2 tot 3 dagen op buprenorfine worden ingesteld. De eerste dosis buprenorfine 2-4 mg wordt tenminste vier uur na de laatste dosis heroïne gegeven, of op het moment dat onthoudingsverschijnselen optreden. Wanneer de laatste dosis heroïne ten minste 6 uur geleden is kan een hogere aanvangsdosis worden gegeven; 2 tot 8 mg. In de daaropvolgende dagen wordt de dosis geleidelijk verhoogd met telkens 2-4 mg.

Van methadon naar buprenorfine

Het is gemakkelijker vanuit heroïne (kortwerkend) over te stappen naar buprenorfine dan van methadon (langwerkend) naar buprenorfine. De ernst van de optredende onthoudingsverschijnselen is afhankelijk van de dosering van de methadon, van de buprenorfine en de tijd tussen de laatste dosis methadon en de eerste dosis buprenorfine. Wanneer men overstapt van een onderhoudsbehandeling methadon

op buprenorfine wordt de dagelijkse dosis methadon geleidelijk afgebouwd naar 30 mg. Na minstens een week op dit niveau gaat men over op buprenorfine. De eerste dosis buprenorfine (2-4 mg) wordt vervolgens niet eerder dan 24 uur na de laatste dosis methadon toegediend. Bij hogere dagelijkse doseringen methadon is het raadzaam 48-96 uur te wachten met de eerste dosis. Op die manier wordt de mate van onthoudingsverschijnselen zo laag mogelijk gehouden.

Het afbouwen van methadon naar volledige abstinentie blijkt voor veel patiënten erg moeilijk te zijn, vooral het laatste traject van zo'n 20 naar 0 mg. Het is te overwegen om voor dit traject over te gaan op buprenorfine en daarmee het afbouwschema te voltooien.

Overschakelen van buprenorfine op methadon geeft over het algemeen geen problemen. Wanneer afbouwen naar een ondergrens van 60 mg methadon per dag niet lukt, wordt instellen op buprenorfine afgeraden.

Tabel 6.4: Overstap van buprenorfine naar methadon

	Van heroïne naar buprenorfine	Van methadon naar buprenorfine	
	In 2-3 dagen	Eerst methadon afbouwen naar 30 mg dd gedurende 1 week	Lukt dit niet, dan afbouwen naar hoogstens 60 mg dd. Lukt het niet om methadon af te bouwen tot 60 mg of minder, dan NIET overgaan op buprenorfine.
<i>Eerste dosis</i>	≥ 4 u na laatste heroïne: 0,8 – 2 mg; ≥ 6 u na laatste heroïne: 2 – 8 mg	≥ 24 u na laatste methadon: 2-4 mg	48-96 u na laatste methadon: 2-4 mg
<i>Verhogingen</i>	2-4 mg per dag	2-4 mg per dag	2-4 mg per dag

Voorbeeld van instelling bij gebruik van minder dan 40 mg methadon

Dag 1

- *Bij voldoende ontwenningsymptomen (vastleggen met behulp van de subjectieve ontwenningschaal, SOWS): start met 2-4 mg Buprenorfine*
- Observeer na ca. 2 uren op geleide van de symptomen en hoog op tot meestal 8 mg.
- Eventueel voor de avond nogmaals ophogen met 2-4 mg.

Dag 2

- Vastleggen symptomen met behulp van de SOWS en uitgifte totale dagdosis van dag 1.
- Na ca. 2 uren observatie en eventueel verder aanpassen met een dosis van 2-4 mg.
- *Een stabiel effect wordt gemiddeld pas na 4-6 dagen bereikt. De klachten kunnen nog 1-2 weken aanhouden.*

6.7 Heroïne, methadon en buprenorfine en de invloed op het rijgedrag

Invloed op de rijvaardigheid van opiaten in het algemeen

Gebruik van opiaten (zoals heroïne, methadon en buprenorfine) heeft mogelijk invloed op de rijvaardigheid en daarmee op:

- de kans om een verkeersongeval te krijgen;
- de kans om bij een ongelijk ernstiger letsel op te lopen.

Van Vlierden & Lammar (2007) hebben een literatuurstudie verricht naar de risico's van drugs en medicijnen in het verkeer. Hieruit blijkt dat in vergelijking met andere illegale drugs consistent de sterkste verlaging van de rijvaardigheid optreedt bij gebruikers van opiaten, al dan niet gecombineerd met andere drugs (Toennes, Kauert, Steinmeyer, & Moeller, 2005).

Het gebruik van opiaten leidt tot slaperigheid, apathie en onverschilligheid ten aanzien van externe stimuli, concentratiedaling en toename in reactietijd. De vernauwing van de pupillen door het gebruik van opiaten heeft een negatieve invloed op het accommodatievermogen van de ogen bij duisternis (bv. bij het binnenrijden van een tunnel, 's nachts rijden) (Maes et al., 1999). Een studie naar het effect van opiaten op de psychomotorische en cognitieve prestaties bij mensen vond dat de beïnvloeding van de prestaties afhangt van het soort middel en de dosis. Effecten bij gezonde vrijwilligers waren: beïnvloeding van de psychomotorische prestaties, in sterkere mate dan beïnvloeding van de cognitieve prestaties. Het gedrag vertoonde een vertragingseffect, maar werd niet onregelmatiger (Braun & Christ, 2002). Een andere studie wijst op een verlenging van de reactie- en werktijd bij patiënten die opiaten nemen, gemeten in psychometrische testen en in de rij simulator (Braun & Christ, 2002; Kress & Kraft, 2005). Specifiek het gebruik van heroïne leidt ertoe dat men door terugtrekking uit het sociale leven ook minder de weg op gaat, zodat de rijvaardigheid niet op peil blijft (Maes, et al., 1999).

Er bestaat een gebrek aan consensus over de daadwerkelijke bijdrage van opiaten aan het veroorzaken van verkeersongevallen. Sommige studies tonen een grotere incidentie van ongevallen bij misbruik, terwijl andere studies geen verband aantonen (Drummer, Gerostamoulos, Batziris, Chu, Caplehorn, & Robertson, 2004). In het meeste onderzoek is geen epidemiologisch bewijs gevonden voor een verhoogd risico om betrokken te raken in een dodelijk of niet-dodelijk verkeersongeval bij mensen onder behandeling met opiaten (Byas-Smith, Chapman, Reed, & Cotsonis, 2005; Fishbain, Cutler, Rosomoff, & Rosomoff, 2002, 2003). Wel leidt het gebruik van opiaten tot ernstiger letsel en tot een hoger relatieve risico op overlijden wanneer men eenmaal bij een verkeersongeluk betrokken is geraakt (Assum, Matthijssen, Houwing, Buttress, Sexton, & Tunbridge, 2005; BTTS Group, 1997; Maes, Charlier, Grenez, & Verstraete, 1999; Movig, Mathijssen, Nagel, van Egmond, de Gier, & Leufkens, 2004).

Het rijden onder invloed van een of meer opiaten wordt daarom afgeraden.

Invloed van methadon op de rijvaardigheid in vergelijking met morfine en andere opiaten

Herhaaldelijk, chronisch gebruik van morfine in een vaste dosis blijkt in sommige studies gepaard te gaan met het verdwijnen van de nadelige acute effecten op motorische prestaties, wat wijst op de ontwikkeling van tolerantie. Soortgelijke resultaten werden gevonden voor andere opiaten, inclusief methadon. Verschillende studies laten geen negatieve beïnvloeding van de rijvaardigheid zien bij het gebruik van opiaten door mensen in een stabiele opiaatonderhoudsbehandeling (Bernard, Mørland, Krogh, & Khiabani, 2009; Kress & Kraft, 2005)(Jamison, Schein, Vallow, Ascher, Vorsanger, & Katz, 2003) (Hauri-Bionda, Bar, & Friedrich-Koch, 1998; Schindler, Ortner, Peternell, Eder, Opgenoorth, & Fischer, 2004). Patiënten in een methadonbehandeling blijken psychomotorisch beter te presteren, o.m. op vlak van reactietijd en correct reageren, in vergelijking met patiënten die behandeld worden met 'langzame' orale morfine-toediening (Giacomuzzi, Ertl, Vigl, Riemer, Gunther, & Kopp, 2005). Bij chronische gebruikers van opiaten worden soms toch echter bepaalde negatieve effecten op de rijvaardigheid gerapporteerd, ook bij methadonpatiënten (Braun & Christ, 2002).

Bij individuen die nog geen methadon hebben toegediend gekregen, veroorzaakt acute methadon-toediening een dosisafhankelijke verlengde reactietijd, en een reductie in visuele scherpte en in informatieverwerking, m.a.w. bij het begin van een methadonbehandeling is het individu niet

geschikt om te rijden. Wanneer eenmaal de patiënt gestabiliseerd is, is er zoals gezegd weinig bewijs van beïnvloeding van de rijvaardigheid. Naar mening van de patiënten kan iemand die stabiel is ingesteld op methadon beter mét methadon rijden dan met ontwenningverschijnselen. Om de rijvaardigheid te evalueren is per geval onderzoek nodig dat rekening houdt met verschillende omstandigheden: een substitutieperiode van meer dan één jaar, een stabiele psychosociale integratie, verantwoordelijkheidsgevoel, volgen van de therapie, en geen inname van andere psychotrope substanties of alcohol (Maes, et al., 1999).

Invloed van buprenorfine op de rijvaardigheid

Patiënten die met buprenorfine worden behandeld vertonen minder verstoring van de cognitieve functies dan patiënten met een methadonbehandeling. Patiënten die met buprenorfine worden behandeld blijken ook psychomotorisch beter te presteren in vergelijking met patiënten die behandeld worden met ‘langzame’ orale morfinetoediening (*slow-release oral morphine maintenance*) (Giacomuzzi, et al., 2005; Soyka, Hock, Kagerer, Lehnert, Limmer, & Kuefner, 2005). Langdurige behandeling met buprenorfine toonde geen significante invloed aan op complexe psychomotorische of cognitieve prestaties. De invloed van buprenorfine op de rijvaardigheid is dus kleiner dan van methadon. Aannemelijk is echter dat ook hier per individu een beleid moet worden opgesteld, rekening houdend met omstandigheden zoals een stabiele psychosociale integratie, verantwoordelijkheidsgevoel, volgen van de therapie, en geen inname van andere psychotrope substanties of alcohol (Maes, et al., 1999).

Combinatiegebruik en invloed op rijden

Cocaïne en opiaten

Bij druggebruikers die cocaïne combineren met opiaten blijkt de rijvaardigheid sterk negatief te worden beïnvloed (Toennes, Kauert, Steinmeyer, & Moelner, 2005).

Opiaten – alcohol

De combinatie van opiaten met alcohol versterkt het kalmeringseffect (Maes, et al., 1999). Het wordt afgeraden dan te gaan rijden.

Vertaling naar de behandelpraktijk: rijden en het gebruik van opiaten wordt afgeraden

De verslavingsarts is verplicht de patiënt uit te leggen wat de gevaren zijn van het rijden onder invloed van opiaten. De arts moet benadrukken dat men niet moet rijden. De instelling moet de patiënt verplichten een *informed consent* te ondertekenen, zodat is vastgelegd dat de patiënt deze woorden gehoord en begrepen heeft, zodat de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt bij eventuele problemen helder zijn. De arts is tevens verplicht zich via de instelling te verzekeren voor aansprakelijkheid en juridische bijstand indien zich problemen voordoen.

Patiënten zouden ook gewaarschuwd moeten worden dat verzekeraars wellicht niet uitkeren wanneer men onder invloed van opiaatonderhoudsmedicatie achter het stuur betrokken raakt bij een verkeersongeluk.

6.8 Urineonderzoek

Het urineonderzoek is één van de weinige objectieve uitkomstmaten om aan te tonen of een patiënt middelen heeft gebruikt. Er zijn verschillende mogelijkheden voor het uitvoeren van een urineonderzoek: de snelsten ter plaatse in het bijzijn van de patiënt en de urinemonsters die op termijn in een laboratorium geanalyseerd worden. Om te kunnen vaststellen dat het gaat om onverdunde urine wordt ook de kreatinineconcentratie van het monster bepaald. Voor onderzoek is een minimale hoeveelheid

van 20 ml noodzakelijk. Tussen lozing en meting kan de urine tot maximaal één etmaal worden bewaard in een koelkast. De periode waarin een stof aantoonbaar is, varieert. Zie hiervoor tabel 6.

Tabel 6.5: Aantoonbaarheid stof in urine

Stof	Aantoonbaar gedurende
<i>Heroïne en andere opiaten</i>	3-5 dagen
<i>Methadon</i>	3-5 dagen
<i>Cocaïne</i>	2-4 dagen
<i>Amfetamine/XTC</i>	1-2 dagen
<i>Benzodiazepinen</i>	0,5-7 dagen (sterk afhankelijk van het middel)
<i>Cannabinoïden</i>	1-10 dagen bij incidenteel gebruik 2-3 weken bij intensief chronisch gebruik

De waarden kunnen afwijken bij de volgende ziektes; HIV, TBC, HVC en HVB. Bij aanvang van de behandeling wordt een urinemonster getest op heroïne, cocaïne, benzodiazepinen en methadon. Let op dat opiaatverslaving ook kan ontstaan door het langdurig gebruik van opiaten bijvoorbeeld voor pijnbestrijding. Opiaatverslaving kan getest worden middels urine op heroïne en andere opiaten. Het onderzoek is onderdeel van de periodieke controles bij patiënt. In het behandelplan van de patiënt staat beschreven welke onderzoeken plaats gaan vinden, met welke reden en op welke indicatoren. Urineonderzoek is onderdeel van de behandelovereenkomst, er is toestemming nodig van de patiënt. Het is een medische handeling en kan binnen de opiaatonderhoudsbehandeling nooit het enige contact zijn dat de patiënt met de instelling heeft en mag dat ook nooit worden.

Urineonderzoek in de behandeling

De redenen om te kiezen voor urineonderzoek kunnen per patiënt verschillen. Allereerst is er het eerste onderzoek in de diagnostiekfase van de behandeling. In het kader van goede klinische praktijk is er daarnaast het halfjaarlijkse urineonderzoek, voorafgaand aan de halfjaarlijkse afspraak bij de arts/NP-er zodat de uitslag besproken kan worden in het kader van de lopende behandeling. In de opbouwfase van een opiaatvervangend medicatiebeleid kan er vaker een urineonderzoek worden gedaan om te bepalen of de dosering moet worden bijgesteld. Maar ook een gedragsverandering of stemmingswisseling van de patiënt optredend door somatische, psychiatrische dan wel psychosociale veranderingen kan aanleiding geven voor een urineonderzoek. De patiënt kan daarnaast zelf vragen om een urineonderzoek. Een externe instelling, indien dit verzoek is doorgesproken met de patiënt en onderdeel is van een multidisciplinaire behandeling kan ook een urineonderzoek indiceren.

Een urineonderzoek is bedoeld als ondersteuning van een behandeling en niet als een controlemiddel waarop sancties staan. Een urineonderzoek moet zoals andere interventies worden toegepast in het kader van het motiveren tot verandering en gezien worden in het kader van het volhouden van een verandering. Een urineonderzoek kan alleen worden uitgevoerd als *van tevoren* met de patiënt is doorgesproken waarom deze belangrijk wordt geacht. Het urineonderzoek staat als onderdeel van een behandeling altijd beschreven in het behandelplan van iedere individuele patiënt.

Op individueel patiëntniveau dient te worden uitgewerkt:

- waarom een controle is geïndiceerd,
- wanneer een onderzoek wordt uitgevoerd,
- op welke aanwezige stoffen zal worden gecontroleerd
- hoe een positieve (bijgebruik van middelen) uitslag in het kader van de behandeling geïnterpreteerd dient te worden.

De laboratoriumuitslagen worden in het dossier vastgelegd en altijd met de patiënt doorgesproken.

Indien de patiënt, na vastlegging van het behandelplan, weigert mee te werken aan een urineonderzoek moet de hulpverlener hierover eerst in gesprek gaan met de patiënt om de redenen hiervoor te inventariseren. De patiënt heeft zich akkoord verklaard met het behandelplan en dus ook met in zijn/haar geval het urineonderzoek. Bij weigering betekent dit het tegenhouden van de uitvoer van het behandelplan. Dat vergt overleg in het team en met de patiënt om vast te kunnen stellen in hoeverre de patiënt te bewegen is alsnog een urineonderzoek toe te laten. Indien de patiënt blijft weigeren moet worden besproken welke maatregelen er moeten worden genomen, met in acht neming van het feit dat de instelling volgens de wet 'zorgplichtig' is. Het belangrijkste is echter de redenen waarom een patiënt niet mee wil werken aan een urineonderzoek te achterhalen. Indien in de behandelrelatie het gebruik van middelen ter sprake komt, is het belangrijk dat hierover open en niet veroordelende vragen gesteld worden. Deze vragen hebben tot doel in kaart te brengen wat de redenen van het gebruik zijn geweest (ontwenning, craving o.i.d.) en welke hoeveelheid van welk middel is gebruikt. Als uit het gesprek duidelijke informatie komt is het doen van een urineonderzoek niet altijd noodzakelijk. Patiënten zijn van mening dat een urineonderzoek niet noodzakelijk hoeft te zijn wanneer de patiënt binnen de behandelrelatie zelf melding maakt van het (bij)gebruik van middelen. Zij vinden een urineonderzoek een 'noodzakelijk kwaad', een vervelende interventie. Zij willen graag goede uitleg waarom een onderzoek is geïndiceerd buiten de diagnostische fase en zien graag dat de uitslagen in het elektronisch patiëntendossier opgeslagen worden en dat de papieren versies worden vernietigd.

De uitslagen kunnen op twee manieren worden gebruikt. Allereerst als ondersteuning van de patiënt waarin de patiënt inspraak heeft in de beslissing hoe met de uitslag om te gaan. Ten tweede kan de uitslag (indien positief) als grenzenstellende interventie worden gebruikt. In dat geval heeft de patiënt geen ruimte tot interpretatie van de uitslag in het vervolg van de behandeling, omdat van te voren is vastgesteld welke maatregelen zullen volgen.

Uitvoering van een urineonderzoek

Voor een goed monster moet minimaal 20 ml urine geproduceerd worden en deze kan maximaal 24 uren gekoeld bewaard worden. Bij de afname dient de hulpverlener (verpleegkundige of ziekenverzorgende/VIG-er) alle hygiënische maatregelen in acht te nemen die bij dergelijke verpleegtechnische handelingen normaal geacht worden.

De instelling heeft een interne procedure voor de desbetreffende hulpverleners voorhanden waarin de afname van de urine, de methode van invulling van de labformulieren en/of de manier van toepassen van de sneltesten staan beschreven.

Voor het afnemen van de urine is het aan te raden om zorg te dragen voor een apart en schoon toilet met een one-way-screen en eventueel spiegels op de wanden. Patiënten opperen hierbij nog dat zij

ook een video-opname als mogelijkheid zien, dat geeft wat meer afstand en privacy. Indien deze voorwaarden niet aanwezig zijn moet de desbetreffende hulpverlener andere maatregelen treffen om de patiënt onder toezicht te laten plassen. Met in de zeer directe omgeving mogelijkheden tot het wassen van de handen zowel voor de patiënt als voor de hulpverlener.

In het kader van goede klinische praktijk is het belangrijk dat er duidelijke afspraken zijn over welke hulpverleners de urineonderzoeken doen, op welke dagen van de week en de daarbij behorende tijdstippen.

Privacy

De urine dient (indien de situatie van de patiënt daarom vraagt, en dat is niet in alle situaties geval) in aanwezigheid van een hulpverlener of onder toezicht op afstand te worden geproduceerd in een schoon potje/laboratoriumbuis. Aangezien deze manier van urine-inname de privacy van de patiënt kan schaden dient het toezicht op een menselijke wijze geschiedt en in ieder geval in een ruimte zonder andere hulpverleners/patiënten (Strike & Rufo, 2010). Wanneer er andere afspraken met de patiënt zijn gemaakt is er geen bezwaar om dit toezicht achterwege te laten.

Omdat de uitslagen van het onderzoek vallen onder medisch onderzoek, is het noodzakelijk dat de patiënt een toestemmingsverklaring ondertekent om de uitslagen aan derden te kunnen doorgeven.

Bezwaar maken tegen de uitslag

De patiënt kan de interpretatie van de urine-uitslag niet in twijfel trekken wanneer het onderzoek volgens de geformuleerde regels is uitgevoerd. Hij/zij kan wel tegen de urine-uitslag als zodanig in beroep gaan volgens de in de instelling gangbare weg. Deze procedure is van te voren doorgesproken met de patiënt. Bij het bezwaar maken en bespreken vinden patiënten dat er objectieve criteria moten worden gehanteerd. Patiënten hebben in alle gevallen recht op een contra expertise als zij daarom vragen.

6.9 Het verstrekken van de medicatie

De vorm, dosering en de wijze waarop de patiënt de medicatie verkrijgt staan beschreven in het behandelplan van de desbetreffende patiënt. De wijze waarop de medicatie wordt overhandigd aan de patiënt kan op verschillende manieren worden georganiseerd:

- de instelling voor verslavingszorg heeft de medicatie-uitgifte voor de in haar klinische voorzieningen opgenomen patiënten georganiseerd in samenwerking met een vaste apotheker;
- de instelling voor verslavingszorg heeft een ambulante medicatiepolikliniek waar de patiënt alle medicatie die deze krijgt voorgeschreven komt ophalen;
- de instelling voor verslavingszorg heeft de medicatie uitgifte via de plaatselijke apotheek of de apotheekhoudende huisarts georganiseerd;
- de instelling voor verslavingszorg heeft de medicatie uitgifte georganiseerd via een andere instelling waar de patiënt verblijft en verstrekt de medicatie op locatie;
- de instelling voor verslavingszorg brengt de medicatie die de patiënt krijgt voorgeschreven bij de patiënt thuis.

Een indicatie voor de frequentie en wijze van verstrekking is heel moeilijk betrouwbaar en valide te geven. De mate van stabiliteit in iemands leven (mate van sociale integratie, zinvolle dagbesteding en de wens van de patiënt zelf), de ernst van de verslaving (mate van bijgebruik van illegale middelen) en

de mate van somatische en psychiatrische problematiek (somatische ziektes die de mobiliteit aantasten, psychiatrische problematiek die leiden tot het mijden van zorg, gedrag dat tot overlast leidt et cetera) zijn belangrijke inschattingcriteria voor arts en verpleegkundige bij het vaststellen van de vorm en de frequentie. De drie patiëntprofielen waarin de ernst van de verslaving staat beschreven (zie bijlage in hoofdstuk 2) kunnen als richtsnoer hierbij dienen.

Binnen de instellingen voor verslavingszorg wordt medicatie verstrekt die op naam van de patiënt is gesteld door een apotheek. Alleen een apotheek mag medicatie op naam stellen. Daarnaast wordt medicatie verstrekt die niet op naam is gesteld en wordt gebruikt als 'noodvoorraad', ofwel een werkvoorraad die ook wel bulkmedicatie wordt genoemd. Binnen de opiaatonderhoudsbehandeling is het voor de effectiviteit van met name de medicamenteuze behandeling van belang dat er een continuïteit ontstaat in de inname van medicamenten. Als patiënten om soms zeer verschillende redenen niet in staat zijn om hun medicijnen bij een poliklinische voorziening te komen ophalen of onder toezicht in te komen nemen, ontstaat er altijd een dilemma voor de hulpverleners; een afweging tussen service aan de patiënt en tussen beheersbaarheid. Medicijnen kunnen niet zo maar worden meegegeven aan een ander (Opiumwet) en verstrekking via een apotheek die de op naam gestelde medicatie aan de deur overhandigt biedt weer geen mogelijkheid voor toezicht op de inname. Op basis van informatie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg kan het volgende hierover worden gezegd. Indien een patiënt door omstandigheden een verandering in zijn/haar dosering moet krijgen is het van belang om te weten dat medicatie die hiervoor uit de noodvoorraad wordt gebruikt volgens de Geneesmiddelenwet niet zo maar aan en patiënt mag worden meegegeven. Deze moet eerst op naam worden gesteld en dat mag alleen worden gedaan door een apotheker/apotheek. In dergelijke situaties is het mogelijk om, als deze verandering geen uitstel duldt, de verstrekking kort via een apotheek te laten plaatsvinden. Indien de verandering niet acuut noodzakelijk is moet de patiënt hierover worden ingelicht en is een wachttijd geïndiceerd.

Verantwoordelijkheden van de verslavingsarts

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) stelt dat de verslavingsarts verantwoordelijk is voor het adequaat inschatten van de juiste medicatie uitgiftevorm bij iedere patiënt. Hij/zij moet zich vanuit de medische diagnostiek van de patiënt vergewissen van:

- de medicatietrouw van de patiënt;
- de effectiviteit van de medicatie en de medicatieverstrekkingsvorm;
- de deskundigheid van het personeel dat de medicatie (elders) verstrekt.

De instelling voor verslavingszorg heeft een ambulante medicatiepolikliniek

Via de instelling kunnen hulpverleners de patiënt een dosering onder toezicht geven. Doseringen onder Toezicht (DOT's). Hieronder wordt in deze richtlijn verstaan dat de patiënt aan de uitgiftebalie medicatie krijgt uitgereikt, en dat de patiënt de dosis van het betreffende tijdstip inneemt in aanwezigheid van een hulpverlener. Deze verifieert of de patiënt de dosering ook daadwerkelijk inslikt, inspuit of oproekt. DOT's zijn geïndiceerd tijdens de instelfase van methadon en buprenorfine, nadat een dosering is aangepast of bij een lage therapietrouw van de patiënt. Tijdens heroïneverstrekking is er altijd sprake van dosering onder toezicht. Afhankelijk van de mate van stabilisatie van de patiënt worden de ophaalmomenten (geldt niet voor heroïne) in overleg met de patiënt vastgesteld.

Via de instelling kan op verschillende momenten en dagen worden opgehaald:

- 1 x per week (verstrekking van 7 doseringen);
- 2 x per week (DOT met voor de tussenliggende dagen een meeneemdosis);
- 3 x per week (DOT met voor tussenliggende dagen een meeneemdosis);
- 5 x per week (DOT met alleen in het weekeinde een meeneemdosis);
- 7 x per week (DOT zonder meeneemdosis).

De instelling voor verslavingszorg kan tijdens de uitgifte kiezen voor een groepsgerichte verstrekking met behulp van een open inloop, waarbij het mogelijk is dat verschillende patiënten aan de balie op hun beurt wachten. Voor de privacy en patiëntgerichte benadering wordt deze methode niet aangeraden. Een oplossing hiervoor zijn de zogenaamde ‘10 minuten gesprekken’ die een individuele benadering van deze medicatie-uitgifte mogelijk maken. Tien minuten gesprekken moeten niet letterlijk genomen worden; het gaat hier om een begeleidingscontact waarbinnen de medicatie-uitgifte plaatsvindt. De term is in de dagelijkse praktijk ontstaan om een verschil aan te geven tussen groeps- en individuele contacten. Deze laatste soort gesprekken worden van te voren gepland en een verpleegkundige geeft in dit korte gesprek ook de medicatie. Het is aan te raden diverse mogelijkheden te organiseren om zo vanuit patiëntenperspectief en de kwaliteit van de zorg op basis van de problematiek van de patiënt de juiste wijze van verstrekking aan te kunnen bieden (zie hoofdstuk 2).

Medicatie uitgifte via de plaatselijke apotheek of de apotheekhoudende huisarts

Deze vorm van medicatie-uitgifte is voor de patiënt geschikt als stabiliteit in iemands leven is gegarandeerd en de therapietrouw hoog is, met name omdat de patiënt niet meer via de instelling in aanraking komt met verslaving en verslaafde patiënten, en dat heeft normalisatie als psychologisch effect. Patiënten vinden echter wel dat er een goede selectie plaats moet vinden. En dat daarin meer plaats moet zijn voor de mogelijkheden van de patiënten.

Recepten worden via de verslavingsarts/NP-er/PA-er digitaal naar de apotheek verzonden. In november 2011 is door de 1^{ste} Kamer besloten om NP-ers toestemming te geven geneesmiddelen voor te schrijven. Om deze bevoegdheid toe te kennen is de Geneesmiddelenwet aangepast en is het wachten op de ministeriële regeling die de specifieke groepen NP-ers aanwijst. In deze richtlijn wordt onder een optimale en wenselijke kwaliteit van zorg verstaan dat de patiënt eens per 3 maanden een follow up gesprek met een verpleegkundige van de verslavingsinstelling heeft en eens per 6 maanden eveneens een gesprek met de (verslavings) arts/NP-er/PA-er van de instelling. Het behandelplan van de patiënt en de items die in hoofdstuk 3 in bijlagen staan uitgewerkt dienen als onderwerpen die van belang zijn in deze follow-up gesprekken behandelplan. De bevindingen van de arts en verpleegkundigen (en de eventuele bijstellingen in het medicatiebeleid) dienen via de patiëntenbespreking verwerkt te worden in het behandelplan, evenals welke afspraken er met de patiënt en apotheek gemaakt zijn indien zich in de apotheek problemen voordoen (overlast patiënt en medicatie-uitgifte over nemen door de ambulante verslavingsinstelling of eindverantwoordelijkheid medicatiebeleid/veranderingen hierin bij verslavingsarts laten). Vanuit de verslavingsinstelling moet daarnaast worden vastgesteld wie op werkdagen bereikbaar is als deze problemen zich daadwerkelijk voordoen.

Indien een verdere behandeling door de instelling voor verslavingszorg niet geïndiceerd is omdat de verslaving voldoende in remissie is en de patiënt een stabiele leefwereld, huisvesting en netwerk heeft, kan de behandeling worden overgedragen aan de huisarts, op voorwaarde dat de patiënt en de huisarts hiermee akkoord gaan. De huisarts draagt zorg voor de totale begeleiding van de patiënt.

Wanneer de uitgifte van de medicatie in de eerste lijn plaatsvindt, levert de apotheker rechtstreeks aan de patiënt. De apotheker heeft hierin meerdere taken, namelijk controle, advies, bereiding, eindverantwoordelijkheid in het opiaatbeheer/farmacie en coördinatie van de methadonuitgifte.

Voordelen van een apotheekverstrekking voor de patiënt zijn:

- omzeiling van de scene problemen (bv. dealers en gebruikende patiënten) en eventueel optredende craving naar middelen;
- minder stigmatisering;
- betere medicatiebewaking.

Nadelen van een apotheekverstrekking voor een apotheker en patiënt kunnen zijn:

- het kan overlast geven in de apotheek (agressie, concentratie van gebruikers, schrikeffect naar andere bezoekers van de apotheek);
- mogelijk gebrekkige controle bij het innemen van de medicatie;
- mogelijk gebrekkige observaties omtrent gezondheidstoestand, gedrag; intoxicatieverschijnselen.

Belangrijke voorwaarden voor deze verstrekkingvorm zijn:

- Om dubbele verstrekkingen en andere problemen tegen te gaan is het van belang dat de patiënt een behandelingsovereenkomst met zowel de voorschrijver (huisarts, verslavingsarts) als de verstrekker van de methadon (de apotheek) tekent en de gegevens worden geregistreerd in een centraal medicatie uitgifte systeem dat door de betrokken artsen en verpleegkundigen is in te zien;
- De apotheker moet afspraken met de verslavingsinstelling kunnen maken over de bereikbaarheid van een (eind)verantwoordelijke arts en/of verpleegkundigen waar op werkdagen van 9.00 tot 17.00 uur contact mee kan worden opgenomen (goede en regelmatige bereikbaarheid);
- Er moet een werkbaar beleid ten aanzien van de patiënt van kracht zijn in het geval dat zich problemen voordoen aan de balie van de apotheek.

De meeste apotheken verstrekken tabletten methadon. Alleen in bijzondere gevallen kan worden overgegaan op een vloeibare vorm. Dit is omdat vloeibare methadon niet rechtstreeks gedeclareerd kan worden aan de zorgverzekeraar omdat het een eigen bereiding betreft.

De doseringen/verpakkingen zijn standaard meegeefdoseringen. Innemen aan de balie is alleen in bijzondere gevallen mogelijk (de patiënt is klant net zoals alle andere klanten van de apotheek en om stigmatisering te voorkomen wordt afgezien van inname aan de balie). De lengte van de verstrekkingen hangt af van het recept dat de (verslavings)arts schrijft en dus van de momenten dat de arts de patiënt wil zien op het spreekuur. Meestal zijn het recepten van 8-10 weken in porties van een week mee te geven aan de balie. De maximale duur van een recept is drie maanden.

De medicatie uitgifte is georganiseerd vanuit de verslavingszorg terwijl de patiënt elders verblijft

De verslavingsarts is verantwoordelijk voor het voorschrijven, het monitoren van de effecten van de medicatie en voor de uitvoering van medicatie-uitgifte. De instelling verwerft de diverse medicijnen en zorgt dat deze op naam van de patiënt worden overhandigd aan de instelling/afdeling waar de patiënt verblijft; dit kan bv. een RIBW instelling, een hostel of een palliatieve unit zijn. Het vervoer van de naam gestelde medicijnen verloopt volgens het veiligheidsbeleid van de instelling die verstrekt. Hierin kan de verstrekking hulpverlener op locatie de medicijnen overhandigen aan de patiënt, maar ook hulpverleners van de bezoekende instelling kunnen hier zorg voor dragen. Deze hulpverleners dienen bekwaam te zijn. De verslavingsinstelling is ervoor verantwoordelijk dat deze verstrekking volgens de

professionele standaarden verloopt en moet zich ervan vergewissen dat een en ander goed is verlopen (Geneesmiddelenwet). De patiënt heeft minimaal 2 keer per jaar een consult bij verslavingsarts/NP-er. Zie bijlage 4, organisatie van de uitgifte elders, voor gedetailleerde informatie.

Het uitdelen van medicijnen is geen voorbehouden handeling volgens de Wet BIG, echter de handeling moet wel door bekwame professionals worden uitgevoerd. Een scholing 'medicatie-uitgifte' is een verplichting voor alle agogische medewerkers die geen VIG en/of verpleegkundige opleiding hebben gevolgd. Hoofdstuk 5 geeft meer informatie over de inhoud van deze scholing.

De medicatie verstrekken bij de patiënt thuis

De instelling voor de verslavingszorg kan in het kader van de kwaliteit van zorg kiezen voor het bezorgen van de medicijnen op het huisadres van de patiënt. Belangrijk hierbij is wel dat deze handeling is ingebed in een monitoringsgesprek in de woning van de patiënt zodat een professionele inschatting kan worden gemaakt van de situatie waarin de patiënt zich bevindt. Het allerbeste is dat deze handeling samen gaat met een begeleidingsmoment en/of een moment waarin verpleegtechnische zorg wordt verleend (toediening onder toezicht door een daartoe toegeruste professional). Het huisbezoek moet worden uitgevoerd volgens de regels van het veiligheidsbeleid van de instelling zelf (Wet Kwaliteitszorg en de ARBO Wet). Indien de medicijnen zijn overhandigd tekent de patiënt voor ontvangst (dit is noodzakelijk omdat in normale omstandigheden de medicatie door twee personen wordt gecontroleerd en overhandigd).

De medicatie kan ook via de apotheek aan huis worden bezorgd en wordt dan ter hand gesteld door een medewerker van de apotheek, er vindt dan geen onder toezicht inname plaats.

Opiaten die niet door een apotheek op naam zijn gesteld mogen alleen met een beveiligd transport worden vervoerd (door een apotheek).

Financiële vergoeding

De huidige status van de apotheekverstrekking van methadon en buprenorfine is die van een normale verstrekking volgens het Besluit Farmaceutische Hulp. Voor de vergoeding van de verstrekking geldt derhalve een normale/standaard afrekening via de apotheek naar de zorgverzekeraar. De kosten van een recept inclusief de aflevering zijn als volgt opgebouwd: kosten tablet en kosten per aflevering aan de balie. Hierover zijn afspraken tussen apotheek en zorgverzekeraar. In 2012 zijn de prijzen vrijgegeven en moesten de apotheken opnieuw in onderhandeling. Kosten worden door de apotheek direct gedeclareerd aan de zorgverzekeraar; als de patiënt niet verzekerd is gaat de rekening naar de instelling. Zij hebben dit risico overgenomen van de apotheek.

Een ander probleem ontstaat bij patiënten die enige tijd gedetineerd zijn geweest, daar methadon en andere medicatie hebben gekregen en daarna terugkomen bij de apotheek. Gedetineerde patiënten hebben namelijk tijdens detentie geen ziektekostenverzekering maar vallen onder een aparte vergoedingsregeling vanuit Justitie. Indien zij via de verslavingsinstelling terugkomen bij de apotheek is vaak de verzekering niet geregeld. In de meeste gevallen worden zij later met terugwerkende kracht verzekerd en krijgt de apotheker met terugwerkende kracht declaraties vergoed. Als deze patiënten zich weer melden bij de verslavingsinstelling is het zaak contact op te nemen met de medische dienst van DJI.

6.10 Monitoring van de effecten tijdens behandeling

Intoxicatie

Tijdens de periode van het instellen op een adequate dosering, maar ook als later in de behandeling de dosis wordt bijgesteld kunnen zowel bij methadon als bij buprenorfine intoxicatieverschijnselen optreden bij de patiënt. Bij gebruik van allerlei psychoactieve stoffen zoals alcohol, cocaïne, benzodiazepinen, cannabis en GHB kunnen eveneens intoxicatie verschijnselen optreden. Bij beide middelen worden de volgende verschijnselen waargenomen:

- depressie van het centraal zenuwstelsel (van stupor tot coma); de eerste verschijnselen zijn een verlaagd bewustzijn, slaperigheid en het niet adequaat reageren, of als bewusteloos raken;
- hypothermie; een abnormale daling van de lichaamstemperatuur, is waar te nemen door het opnemen van de lichaamstemperatuur (te lage temperatuur is 35C), eerste verschijnselen zijn koude en bleke huid, soms lichte verwardheid, rillen en klappertanden, onregelmatige hartslag, stijging van de bloeddruk, vertraagde ademhaling, pijnlijke gewaarwording in handen en voeten;
- bradycardie; een abnormale langzame hartwerking met een polsslag van minder dan 60 slagen per minuut;
- hypotensie; extreem lage bloeddruk met een bovendruk van 80 mm kwik en lager. De eerste verschijnselen zijn een licht gevoel in het hoofd, duizeligheid, gaperigheid en flauwvallen;
- shock; de verschijnselen hiervan zijn bleke/koude/klamme huid, snelle en nauwelijks voelbare pols, lage bloeddruk, dorstgevoel, weinig urineproductie, bewustzijnsveranderingen;
- ademhalingsdepressie; bij bewusteloosheid moet de hulpverlener bedacht zijn op een verminderde ademhaling die tot ernstig zuurstof te kort kan leiden.

Behandeling bij zowel methadon- als buprenorfine-intoxicatie (ROBO: Jamin, 2010):

- waarschuw een arts
- arts dient tegengif toe
- arts beslist of opname noodzakelijk is

NB: bij bewustzijnsdaling altijd onmiddellijk ambulance (laten) bellen

Tabel 6.6: Toediening medicatie bij overdosis

Antidotum	Toediening	Herhalen	Vervolg
<i>Naloxon</i>	0,4 mg (1 ampul) i.v., evt. verdeeld over meerdere giften, met 2 à 3 min tussenpozen.	zo nodig na 2 – 3 min, eenmaal.	altijd ziekenhuisopname.

De ideale dosering van naloxon is die waarbij de normale ademhaling weer op gang komt, zonder dat onthoudingsverschijnselen worden opgewekt.

Te hoge doseringen naloxon (intraveneus > 2mg) kunnen heftige onthoudingsverschijnselen, inclusief braken en aspiratie, tot gevolg hebben. Zeer hoge doseringen (i.v.>10 mg) kunnen zelfs levensbedreigend zijn. Overigens dient men zich bij het gebruik van dergelijk hoge doseringen af te vragen of de diagnose wel juist is of dat er sprake is van een overdosering met buprenorfine. Een overdosis naloxon of een te snelle toediening van naloxon kan catecholamines vrij maken en leiden tot longoedeem en hartritmestoornissen (van Dorp et al., 2007).

Onthouding en craving

Naast eventueel optredende intoxicatie is het ook van belang tijdens de periode waarin methadon of buprenorfine ingesteld wordt of waarin de dosering aangepast wordt met meer dan 10 mg (methadon) of 2 mg (buprenorfine) de effecten hiervan goed te volgen. Onthoudingsverschijnselen en ervaren craving zijn belangrijke monitoringsonderwerpen in het dagelijkse contact met de patiënt. Gedegen observatie van de patiënt is ook nodig tijdens de fase van het instellen en bij dosisveranderingen van meer dan 10 mg methadon of 2 mg buprenorfine. Het gaat om intoxicatie, craving en/of onttrekking. Een en ander wordt vastgelegd in het dossier. Het gaat om:

- de door de patiënt ervaren effecten;
- de door de verpleegkundigen geobserveerde effecten.

Bijstelling, door verslavingsarts en/of NP-er van de doseringen (onderhouds)medicatie vindt plaats aan de hand van de klachten van de patiënt en de observaties/gegevens die de verpleegkundigen verzamelen. Drie items zijn hierbij van belang:

- hoe de patiënt zich voelt; vooral in de ochtend wel/niet ziek voelen,
- vermindering of stabilisering van het heroïnegebruik,
- verbetering van het algemeen functioneren.

Afhankelijk van het behandelingsdoel van de medicatie wordt het wegnemen van de onthoudingsverschijnselen en/of de craving nagestreefd. Het is van belang deze onthoudingsverschijnselen en craving (VAS Schaal craving) op een gestandaardiseerde manier te meten, zowel objectief (visie van de hulpverlener met de OOS) als subjectief (visie van de patiënt zelf met de SOS). De OOS, SOS en VAS Craving schaal zijn te vinden in bijlage 3 van hoofdstuk 4.

6.11 Behandeling en medicatiebeleid bij co-morbide psychische problematiek

Dit hoofdstuk is voor een groot deel gebaseerd op *practice* based kennis. De bewijsvoering over het simultaan diagnosticeren en behandelen van co-morbide stoornissen is op de meeste onderdelen niet veel sterker dan een enkele trial, empirie en/of expert opinion. Ondanks deze bedenking is toch besloten om onderstaande tekst op te nemen in de richtlijn, omdat de reeds opgedane ervaringen te waardevol zijn om ze niet aan andere behandelaren en patiënten ten goede te laten komen. In de tekst wordt op diverse plaatsen bij de ziektebeelden farmacologische voorstellen gedaan. Het is echter aan te raden voordat men gaat voorschrijven om eerst de laatste kennis van het desbetreffende ziektebeeld op te zoeken in de diverse (MDR) richtlijnen en/of in het formularium van de instelling.

Angst en stemmingsstoornissen

Afhankelijk van de ernst van de stoornis en de verdere problematiek van de patiënt wordt aangeraden allereerst het gebruik van heroïne te verminderen door methadon voor te schrijven, hierbij gebruik makend van de kalmerende werking van methadon. Verdwijnen de klachten niet of onvoldoende dan is ook andere medicatie een optie. De snel fluctuerende bloedspiegels van heroïne kunnen angststoornissen verergeren als gevolg van de onthoudingsverschijnselen (Van der Stel, 2006). Een laagintensieve cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen is hierbij een optie (Trimbosinstituut, 2011). Wanneer de patiënt tegelijk lijdt aan een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS), is ook het direct medicamenteus ondersteunen van deze klachten geïndiceerd, zodat de patiënt stabiliseert en het functioneren kan verbeteren. De voorkeur gaat uit naar een geïntegreerde behandeling (van der Stel, 2006;

Trimbos/MDR Angststoornissen 2011). Herbelevingen en het optreden van nachtmerries worden namelijk onderdrukt door het gebruik van heroïne, cocaïne en benzodiazepinen. Afbouw van deze middelen zal de herbeleving in verhevigde mate terug laten keren. Het verminderen van het middelengebruik is een belangrijk doel in de behandeling vanwege de sterk negatieve effecten hiervan op de depressie. Farmacotherapie bij PTSS: SSRI's, topiramaat (stemmingsstabilisator, geregistreerd als anti-epilepticum en migraineproylacticum), sertraline (antidepressivum) en risperidon (antipsychoticum) (Snoek, Wits & Meulders, 2011). Men dient alert te blijven op het verslavingspotentieel van benzodiazepines. Aanvullende op de PTSS gerichte therapie is de EMDR. Een geïntegreerde aanpak is Seeking Safety (Van der Meer-Jansma, de Haan, H. & de Jong, 2010), waarin een samenhang geboden wordt tussen psycho-educatie, exposure-therapie en het aanleren van copingvaardigheden vanuit een stabiele en veilige omgeving.

Depressie

Uit recent onderzoek komt naar voren dat er nog weinig kennis is over de werking van antidepressiva bij mensen met een depressie en een opiaatafhankelijkheid die tevens een methadononderhoudsprogramma doorlopen (Pedrelli, Iovieno et al., 2011). Derhalve is onderstaande tekst gebaseerd op de bestaande richtlijn die voor depressies in het algemeen geldig is.

Bij middelzware tot ernstige depressies dient niet te worden gearzeld om een antidepressivum voor te schrijven. Vanzelfsprekend dient het beloop goed te worden gemonitord. Zie voor het algoritme van de biologische behandeling van depressie de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (Trimbosinstituut, 2009). Bij een psychotische depressie kan hier een antipsychoticum aan worden toegevoegd. De MDR Depressie geeft aan dat er twee keuze mogelijkheden zijn; een tricyclisch antidepressivum (TCA) en een TCA met een antipsychoticum. Daarbij gaat de voorkeur uit naar een middel dat niet cardiotoxisch is en weinig serotonerge en sedatieve effecten heeft (van der Stel, 2006).

Schizofrenie en psychosen

Kenmerkende verschijnselen bij schizofrenie en andere vormen van psychose zijn: hallucinaties, waangedachten en verminderde emotionele responsen. Gelijktijdig behandelen van psychose en opiaatgebruik is geïndiceerd. In de dagelijkse praktijk is het belangrijk om aandacht uit te laten gaan naar oorzaken van acute psychoses; is dit het gevolg van drugsgebruik (van onder invloed zijn) of juist van ontwenning/craving? In een acute fase van schizofrenie is het belangrijk dat de patiënt behandeld wordt met antipsychotica. Het ophogen van de dosering methadon bij optredende psychoses, vooral die met dysforie en agitatie, is een andere optie. Middelengebruik heeft in eerste instantie een positief effect op de bijwerkingen van de ingenomen medicatie, op lange termijn is het echter schadelijk. Veel patiënten disfunctioneren ernstig en komen verder in de problemen omdat ze ontijdig minderen of stoppen met antipsychotische medicatie. Instellen op methadon en/of buprenorfine heeft een gunstig effect hierop. Wantrouwen en weerzin tegen antipsychotica zijn bij psychotische aandoeningen onderdeel van de ziekte. Therapietrouw dient dan ook een voortdurend punt van aandacht te zijn.

Het gebruik van alcohol, cannabis, cocaïne, stimulantia en opiaten door patiënten die vanwege schizofrenieklachten antipsychotica gebruiken, heeft tot gevolg dat de antipsychotische effecten van deze medicatie verminderen. Het middelengebruik kan verschijnselen van tardieve dyskinesie en van acute dystonie verergeren. Maar ook andere extrapiramidale verschijnselen zoals rigiditeit, acathisie en tremoren kunnen verergeren na gebruik van diverse middelen. Moderne antipsychotica zoals clozapine (leponex®) laten een vermindering van de positieve symptomen zien en afname van middelengebruik (Lange, van den Brink & Hanneman, 2005). Men moet echter alert blijven op de voor de patiënt

vervelende bijwerkingen van dit middel; strenge controle van het bloedbeeld en alertheid op symptomen van infectie maken het tot een laatste redmiddel. Olanzapine (zyprexa®), risperidon en clozapine zijn berucht vanwege het optreden van een metabool syndroom (MetS) als bijwerking. Ook hier is nauwkeurig monitoren van somatische factoren geïndiceerd.

Bipolaire stoornissen

De symptomen van een bipolaire stoornis kunnen ook optreden bij middelengebruik of onthouding. Voor ernstige manische of mixed-episode problemen is lithium gecombineerd met een antipsychoticum, of valproaat gecombineerd met een antipsychoticum een veel voorgeschreven farmacologische interventie. Bij minder ernstige problemen kan alleen lithium, valproaat of een antipsychoticum afdoende zijn. De literatuur biedt echter onvoldoende bewijs (van der Stel, 2006). Lithium geeft kans op onherstelbare schade aan de nieren en derhalve moet met name bij patiënten die nog alcohol gebruiken en bij patiënten die een lage therapietrouw hebben met grote terughoudendheid worden gehandeld.

ADHD

Bij ADHD is het dringende advies te stoppen met middelengebruik. Van de Wijnckel, Carpentier, Rodrigues Pereira & van de Wetering (2009) stellen dat ADHD in combinatie met cocaïneafhankelijkheid goed behandeld kan worden met hogere doseringen methylfenidaat, tussen de 2-5 mg per kg lichaamsgewicht per dag. In het formularium van Novadic-Kentron (Van Berlo, Bressers, Carpentier, Damen, et al., 2011) wordt het volgende medicatietraject in volgorde van voorkeur aanbevolen:

1. methylfenidaat: met grote voorkeur voor de langerwerkende preparaten en dexamfetamine
2. atomoxetine
3. bupropion
4. venlafaxine/imipramine

Voordat behandeling met langerwerkende preparaten dan methylfenidaat wordt ingesteld, dient de behandelaar nadrukkelijk te informeren of de patiënt bereid en in staat is om de eigen bijdrage te voldoen. Dit geldt juist ook in klinische situaties waarin de kosten pas na ontslag bij de patiënt terecht komen. De actuele meerkosten voor de patiënt zijn te vinden op www.medicijnkosten.nl.

Dexamfetamine (of dextro-amfetamine) wordt al erg lang gebruikt in de behandeling van ADHD bij kinderen, en sinds enkele decennia ook bij volwassenen. Het middel is kortwerkend, zodat nauwkeurige inname meerdere keren per dag noodzakelijk is, wat een fors beroep doet op de therapietrouw. Een langerwerkend preparaat (lysdexamfetamine) komt over enkele jaren ook in Nederland beschikbaar. Atypische antipsychotica en benzodiazepinen zijn niet geïndiceerd in de behandeling van ADHD. Toch worden deze medicijnen vaak voorgeschreven, met name in meer acute situaties en/of wanneer er nog onduidelijkheid is over de diagnose. Is eenmaal de diagnose ADHD gesteld en wordt medicamenteuze behandeling gestart, moeten dergelijke medicijnen afgebouwd en gestaakt worden. Zie voor diagnostiek en psychosociale ondersteuning ook het protocol ADHD bij verslaving (Van der Glind, Kooij, van Duin, Goossens, & Carpentier, 2004).

Persoonlijkheidsproblematiek

Persoonlijkheidsstoornissen - vooral van het cluster B: antisociale, borderline en narcistische persoonlijkheidsstoornissen - komen vaak voor bij opiaatverslaafde patiënten. De behandeling is in eerste instantie vooral gericht op stabiliseren van het middelgebruik, o.a. door substitutiebehandeling met een opiaatvervanger. Dit legt een bodem voor de behandelrelatie, die weer kan leiden tot

toenemende therapietrouw en minder automutilatie (Rutten, 2008; van der Stel, 2006). Hoe ernstiger het beloop van de persoonlijkheidsproblematiek, hoe ongunstiger de prognose van de behandeling wordt. Bij deze persoonlijkheidsstoornissen zijn psychofarmaca niet werkzaam en wordt farmacotherapie afgeraden. Bij borderline persoonlijkheidsproblematiek helpt dialectische gedragstherapie het beste en bij een antisociale persoonlijkheidsprobleem de cognitieve gedragstherapie (Van den Brink, van de Glind, & Schippers, 2012).

LVB

Het aanbod van interventies in de verslavingszorg dient aangepast te worden voor mensen met LVB problematiek. Het is van belang dat de hulpverlener praat met de patiënt als deze in gezelschap is van een begeleider. De vragen die gesteld worden moeten in eerste instantie open van aard zijn. Mocht de patiënt weinig tot geen informatie kunnen vertellen, omdat de vragen bijvoorbeeld te open zijn, kan men als alternatief meerkeuze vragen stellen. Het is dan van belang om de antwoordmogelijkheden zoveel mogelijk door elkaar uit te vragen. Mocht dit dan nog niet het gewenste resultaat geven, dan mag men overgaan op 'ja/nee' vragen. Het geven van complimenten en het stap voor stap plannen maken is belangrijk.

Aandachtspunten in de behandeling van patiënten met LVB zijn (Geus et al. 2009; Nobel-Kozinska, van den Broecke & de Jong, 2009):

- Bij het somatisch onderzoek goed doorvragen naar medicatiegebruik en goed doorvragen naar middelengebruik;
- Geef duidelijke voorlichting in eenvoudige taal en vraag na wat de patiënt ervan heeft begrepen;
- Gebruik rollenspellen en stap voor stap scenario's: Praten over middelengebruik is één, er wat mee doen is iets heel anders. Vaak is het voor mensen met een verstandelijke beperking moeilijk om nieuwe informatie ('ik moet minder drinken') te concretiseren en om te zetten in daadwerkelijk gedrag. Duidelijke handvatten in hoe je bijvoorbeeld een drankje kan weigeren, en oefenen in rollenspellen, ook in één op één contacten, kunnen hierin behulpzaam zijn;
- Gebruik veelal dagelijkse situaties uit het leven van de LVB-er om zo de ander concrete voorbeelden te geven hoe e.e.a. uit te proberen;
- Gebruik concrete en directe beloningen;
- Plan niet te veel tegelijkertijd; niet te snel en creëer rust.

Tot slot vinden patiënten zelf dat de patiënt met een LVB meer bescherming zou moeten krijgen tegen anderen die erop uit zijn middelen en medicatie van hen af te pakken.

Dwangopname in het kader van de Wet BOPZ/toekomstige Wet VGGZ

Door de complexe pathologie, maar ook door toename van de leeftijd van de patiënten en de steeds verder verslechterende somatische gezondheid worden de autonomie en wilsbekwaamheid van patiënten ondermijnd (Spijkerman & de Jong, 2009). Verslaving aan alcohol en/of drugs valt onder het toepassingsbereik van de Wet BOPZ (In de loop van 2012 wordt de Wet VGGZ van kracht), wanneer de verslaving gevaarlijk gedrag veroorzaakt. Sommige patiënten zijn door toenemend autonomieverlies niet meer in staat om voor zichzelf te zorgen en gaan een gevaar voor zichzelf en/of anderen vormen. Vaak is dit het eerste zichtbaar in een vergaande maatschappelijke teloorgang, verergerende psychische problematiek en groeiend gebruik van illegale drugs (Eschweiler, & van de Wetering, 2009; Loth, Slee, & Bootsma, 2009; Spijkerman, & de Jong, 2009). Met instellingsgebonden protocollen waarbij de

psychiater de eindverantwoordelijke beslissing neemt, kan een goede inschatting gemaakt worden van de bestaande problematiek en waar nodig worden overgegaan tot een vrijwillig of een gedwongen traject (BOPZ en in de toekomst VGGZ). Voor de acute problematiek wordt een IBS toegepast en voor de chronische een RM. Echter niet alle verslavingsklinieken hebben gesloten afdelingen of separeerruimtes, en er is meestal onvoldoende geschoold personeel om een onvrijwillige opname te hanteren. In de meeste gevallen wordt de patiënt doorverwezen naar de GGz instelling.

Spijkerman en de Jong (2009) beschrijven dat de dwang ingezet wordt ter bescherming van de ernstig gedemoraliseerde patiënt en noemen de stappen in het besluitvormingsproces in de vorm van een moreel beraad dat tijdens het multidisciplinaire afwegingsmoment (hiervoor is het organiseren van een zorgconferentie gewenst) kan worden toegepast. Zie voor verdere informatie hierover: <http://nvab.artsennet.nl/moreelberaad>. Voorwaarden (in de wet VGGZ) voor een gedwongen hulpverleningstraject zijn (Eschweiler & van de Wetering, 2009, blz. 99):

- het gedrag van de patiënt in het kader van zijn ziekte moet leiden tot een aanzienlijk risico op ernstige schade voor zichzelf of voor een ander;
- er zijn geen mogelijkheden meer voor vrijwillige zorg;
- er zijn geen minder bezwaarlijke alternatieven die ook het beoogde effect kunnen hebben;
- de aard van het verplichte zorgtraject moet proportioneel passen en naar verwachting effectief zijn;
- de wensen van de patiënt worden meegenomen in het te starten behandelplan.

Doelen van een dwangopname zijn:

- bezweren van het gevaar;
- verbeteren van de gezondheidstoestand;
- bieden van mogelijkheden tot nadere diagnostiek;
- doorbreken van de cirkel van gebruik van middelen.

Een gedwongen opname conform de Wet BOPZ impliceert dat het grondrecht op vrijheid aan betrokkene wordt ontnomen. De wet eist dat er een verband wordt aangetoond tussen de 'stoornis van de geestvermogens' en het te verwachten gevaar. Bij de aanvraag is het cruciaal om dit verband helder en in gewone taal te beschrijven. Voor de verdere behandeling is het belangrijk om behandeldoelen te formuleren waaraan tijdens de gedwongen opname gewerkt moet worden, om te vermijden dat de problemen zich na ontslag herhalen.

6.12 Behandeling en medicatie bij co-morbide middelenproblematiek naast opiaatverslaving

De co-morbiditeit van middelenmisbruik of verslaving aan andere psychoactieve stoffen naast opiaten en de verstrekte methadon/buprenorfine is hoog (Knapen, van Gogh, Carpentier, Verbrugge & de Jong, 2007). De meeste patiënten gebruiken 4 tot 5 verschillende psychoactieve stoffen tegelijkertijd. De meeste opiaatverslaafde patiënten gebruikt ook regelmatig cocaïne. Het percentage chronische alcoholgebruikende patiënten neemt toe. Ook het cannabisgebruik is hoog. Niet bij alle middelen geeft de literatuur antwoord op hoe te behandelen, echter bij de diagnostiek en het monitoren van de behandeling is het van belang om de aard en omvang meerdere middelen in kaart te brengen en tijdens de behandeling daar voldoende aandacht aan te besteden.

Behandeling met methadon vermindert het gebruik van illegale opiaten, maar tegelijkertijd ook dat van cocaïne, van cannabis en alcohol. Het starten van een onderhoudsdosering methadon/buprenorfine werkt stabiliserend op het gebruik van andere illegale middelen bij de meeste patiënten.

Nicotinegebruik en - verslaving in combinatie met een opiaatverslaving

Roken kan leiden tot het noodzakelijk verhogen van medicatiedoses, in tabak zitten stoffen die het cytochroom-P450 (CYP1A2) enzymstelsel stimuleren. Dit systeem is betrokken bij het metabolisme van verschillende stoffen, zoals anti-psychotica (clozapine, lanzaoïne, haloperidol en fluphenazine) en antidepressiva (zoals amitriptyline, nortriptyline, imipramine, clomipramine, fluvoxamine en trazodone). Het kan soms leiden tot 40% reductie van het gehalte van bepaalde medicijnen (Van der Stel, 2006). Uit recent onderzoek blijkt dat het tegelijkertijd behandelen van de nicotineverslaving en de opiaatverslaving gunstige effecten sorteert; nicotineverslaving lijkt een cruciale rol te spelen bij het ontstaan en het in stand blijven van andere verslavingen (zie hiervoor de CBO richtlijn 'Behandeling van Tabaksverslaving' (2009) en de Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2012). Het stabiliseren van het gebruik van tabak moet daarom een even belangrijke doelstelling zijn in de opiaatonderhoudsbehandeling als het stabiliseren van het gebruik van illegale middelen. Een combinatie van farmacologische en psychosociale interventies is de meest passende behandeling.

Benzodiazepine gebruik en – afhankelijkheid in combinatie met een opiaatverslaving

Patiënten gebruiken benzodiazepinen (15% van hen is naar schatting ook afhankelijk van deze middelen (CBO, 2008) omdat deze middelen:

- de afkickverschijnselen van opiaten en methadon verminderen,
- het effect van de methadon verhogen,
- een te sterk effect van cocaïne dempen,
- de slapeloosheid voortkomend uit cocaïne gebruik opheffen,
- als zelfmedicatie worden gebruikt bij slapeloosheid, en angst en gespannenheid.

Er is een kleine groep patiënten die al jarenlang benzodiazepinen slikt, waardoor het niet eenvoudig is om het gebruik ervan af te bouwen. Wanneer vanuit medisch oogpunt het gebruik moet worden gestaakt, kan dit problemen opleveren in de interacties tussen de hulpverlener en de patiënt. Het betreft hier patiënten die psychische problematiek hebben. Een benzodiazepine is hierbij dan een medicijn dat de werking van methadon versterkt in de behandeling. In deze gevallen is het langdurig voorschrijven van benzodiazepinen een vorm van palliatie (met name bij chronische angststoornissen). De MDR Opiaatverslaving raadt hierbij aan om deze middelen alleen voor te schrijven als een symptomatische behandeling bij angststoornissen en bij ontweningsverschijnselen zoals slaapproblemen en hevige onrust. Hierbij wordt verwezen naar de Richtlijn Detox (Resultaten Scoren, 2004).

Echter bij het overgrote deel van de opiaatverslaafde patiënten wordt het voorschrijven van benzodiazepinen ernstig afgeraden. In de praktijk blijkt dat bij deze patiënten de mate van psychopathologie en de mate van sociaal disfunctioneren hoger te zijn dan bij patiënten zonder benzodiazepine gebruik. Benzodiazepine gebruik leidt tot meer risicovol gedrag. Afbouwen is geïndiceerd, echter bij een fysiologische afhankelijkheid mogen deze middelen nooit zo maar worden gestopt. Onthouding van benzodiazepinen moet altijd worden behandeld vanwege het risico op onthoudingsinsulten, onthoudingsdelieren en overlijden. De onthouding wordt behandeld met de instelling op de equivalente dosis van een langwerkende benzodiazepine (20-30 daags diazepam of clonazepam) en door deze vervolgens af te bouwen. Uitzondering vormen; ernstige leverfunctiestoornissen, zwangerschap of vertraagd metabolisme, dan heeft een kortwerkende benzodiazepine de voorkeur (CBO, 2008). Voor een adequate en snelle omrekenmethode, zie KNMP-rekenhulp voor benzodiazepines afbouw: <http://benzoschema.knmp.nl>. Zie voor verdere verdiepende informatie bijlage 5.

Alcoholgebruik en -verslaving in combinatie met een opiaatverslaving

Srivastava, Kahan, Ross & Phil (2008) rapporteren in hun studie dat de alcoholconsumptie van patiënten in opiaatonderhoudsprogramma's niet verandert of juist toeneemt. Ook in de dagelijkse praktijk wordt dit de laatste jaren gesignaleerd. Het gemiddelde alcoholgebruik is toegenomen en het aantal chronisch drinkende patiënten ook. Het routinematig monitoren van het alcoholgebruik tijdens het uitgeven van de medicatie, in begeleidingsgesprekken en tijdens thuisbezoeken, is van groot belang. Grenzen stellen aan het alcoholgebruik tijdens de uitgifte van de medicatie staat beschreven in een bijgevoegd voorbeeldprotocol in bijlage 7. Het geven van voldoende aandacht aan de voedingstoestand van de patiënt, het daadwerkelijke gebruik van de alcohol en het noodzakelijke medicatiebeleid in de vorm van verstrekken van thiamine is van groot belang. Symptomen van acute Wernicke, van de ziekte van Korsakov, van polyneuropathie en dementie worden moeilijk herkend omdat deze vaak optreden op plaatsen buiten de ambulante verslavingszorg en/of omdat deze verschijnselen worden verward met afkickverschijnselen. Evenveel aandacht moet uitgaan naar het stabiliseren van het alcoholgebruik als naar het stabiliseren van het illegale opiaatgebruik. Aangezien alcohol en het bijkomende voedingstekort een vit B1 deficiëntie veroorzaken is controle van de inname van thiamine van essentieel belang om neurologische beelden te voorkomen, zie hiervoor het alcoholprotocol in de bijlage.

Cocaïnegebruik in combinatie met een opiaatverslaving

Tachtig procent van de opiaatverslaafde patiënten gebruikt ook zeer regelmatig cocaïne. Hoewel de literatuur weinig informatie hierover biedt, wordt aangeraden om hogere doseringen methadon en buprenorfine voor te schrijven en te combineren met contingency management (Soyka, Kranzler, van den Brink, Krystal, Moller, & Kasper, 2011).

6.13 Geneeskundige behandeling bij speciale doelgroepen

Als uit de verpleegkundige en geneeskundige intake is gebleken dat er problemen zijn op somatisch of psychiatrisch gebied, dan dient hier uiteraard rekening mee gehouden te worden. Veel patiënten gebruiken medicatie die door artsen vanuit verschillende instellingen/posities wordt voorgeschreven, met name verslavingsarts, huisarts, medisch specialist en psychiater. In het algemeen verdient het aanbeveling om in de regie afspraken te maken tussen huisarts en verslavingsarts: de huisarts heeft de regie over de somatiek, de verslavingsarts over de verslavingsgerelateerde medicatie en psychofarmaca, inclusief benzodiazepinen. Afhankelijk van het functioneren van de patiënt kan dit evenwicht schuiven. Voor goed geïntegreerde patiënten (uit de patiëntenprofielen wordt hier dan de groep scene mijders mee bedoeld) kan de huisarts een spilfunctie vervullen en de verslavingsarts op de achtergrond als consulent optreden. Voor de groep 'bewoners' met gecompliceerde problematiek ligt het voor de hand dat de verslavingsarts de gehele regie op zich neemt.

Het verdient de voorkeur alle verslavingsgerelateerde medicatie te laten voorschrijven en monitoren door de verslavingsarts. Deze arts is verantwoordelijk voor het bijstellen van de doseringen en ander geneeskundig beleid in nauwe samenwerking met de andere artsen die bij de behandeling van de patiënt zijn betrokken.

Patiënten met TBC

Het TBC risico bij methadongebruikende patiënten is 10 X hoger dan bij de rest van de bevolking. Rifampicine kan het metabolisme van methadon versnellen en zo leiden tot acute afkickverschijnselen.

Patiënten met hepatitis infecties

Ter voorkoming van hepatitis B kunnen drugsverslaafde patiënten gevaccineerd worden via de GGD in samenwerking met de instelling voor verslavingszorg. Zij krijgen 3 inentingen tegen hepatitis B binnen een half jaar. Als er snel bescherming nodig is, worden 4 inentingen gegeven, gespreid over 1 jaar. Verslavingszorginstellingen gaven tot 1 januari 2012 gratis hepatitis B-vaccinaties aan hun patiënten. Vanaf 1 januari 2012 is dit komen te vervallen. Vaccinatie tegen hepatitis B wordt een onderdeel van de behandeling in een verslavingszorginstelling.

Hepatitis C komt met name voor bij patiënten die intraveneus drugs gebruiken. De standaardbehandeling bestaat uit een combinatie van een wekelijkse onderhuids injectie peginterferon alfa en dagelijks een aantal capsules ribavirine. De behandelingsduur voor genotype 1 en 4 bedraagt 12 maanden. Voor de mildere genotypen 2 en 3 kan volstaan worden met een therapieduur van 6 maanden. Druggebruikers zijn meestal besmet met deze mildere genotypen. Wanneer, op basis van contra-indicatie voor ribavirine monotherapie gekozen wordt is de behandelingsduur voor alle genotypen 12 maanden. Heroïnegebruik is nauwelijks schadelijk voor de lichamelijke gezondheid, alleen versnijdingen kunnen soms de lever belasten. Methadon en buprenorfine geven geen interactie met peginterferon alfa en ribavirine, wel is aandacht nodig voor verslechterde leverfuncties als gevolg van de ziekte zelf. Afgeraden wordt om voor en tijdens de behandeling voor hepatitis C de opiaatonderhoudsmedicatie af te bouwen. Aandacht moet ook gaan naar het alcoholgebruik (dit is een relatieve contra-indicatie voor de therapie) en naar de optredende (neuro)psychiatrische symptomen en hun behandeling. Naast dakloosheid zijn dit de belangrijkste redenen van achteruitgang van de therapietrouw (Buddingh-Knol et al., 2009). Intensieve samenwerking en duidelijke afspraken met een maag-lever-darm (MDL)- specialist zijn essentieel. Wanneer deze spreekuur houdt op locatie blijkt de therapietrouw aanzienlijk toe te nemen (Bergmann, de Bruijne, Hotho, et al., 2011).

HIV en opiaatonderhoudsbehandeling

Sommige hiv-remmers, zoals ritonavir, nevirapine en efavirenz hebben invloed op de methadonspiegel. Ritonavir (Norvir®) kan de afbraak van methadon vertragen (dit geldt ook voor nevirapine en efavirenz). Om hogere pieken en diepere dalen te vermijden kan het zinvol zijn om de methadon twee maal daags te doseren. Ook is het aan te raden een bloedspiegel bepaling methadon te laten bepalen om bij te lage methadonspiegels de dosis op geleide van de symptomen aan te passen. Patiënten vinden het van belang te melden dat het effect van deze medicijnen voor iedere gebruiker anders is moet de dosis worden aangepast. Zij geven aan dat de combinatie HIV en het medicijn Efavirenz een vals positieve urine uitslag kan geven op cannabis en benzodiazepine gebruik.

Opiaatonderhoudsbehandeling en verslaafde zwangere vrouwen

Zwangere patiëntes die opiaatafhankelijk zijn lopen het risico op een beschadiging van hun ongeboren kind door hun vaak ongecontroleerd drugsgebruik, door hun een ongezonde levensstijl en door het gebrek aan prenatale zorg. Een acute ontwenning tijdens de zwangerschap geeft een hoog risico op schade aan de foetus. Kinderen die worden geboren en zijn blootgesteld aan opiaten hebben over het

algemeen een lager geboortegewicht, een kleinere omtrek van het hoofd. Ook zijn deze kinderen zijn over het algemeen kleiner dan kinderen die niet zijn blootgesteld aan opiaten.

Methadon

Het advies bij zwangerschap is de vrouw en haar eventuele partner voorrang te verlenen, zodat snel gestart kan worden met opiaatonderhoudsmedicatie. Voor het ongeboren kind is het van groot belang een stabiele dosering methadon te krijgen, zodat het eventuele gebruik van illegale drugs door de zwangere vrouw vermindert dan wel stopt. De partner snel bij de behandeling te betrekken heeft voor een stabiel leven van de vrouw vaak een positief effect. Het meest veilige gebruik tijdens de zwangerschap lijkt te zijn de zwangere vrouw vroeg in te stellen op een lage dosis (max. 60 mg) methadon en deze dosering vast te houden. Er moet rekening gehouden te worden met veranderingen in het metabolisme van methadon tijdens het laatste trimester van de zwangerschap, waardoor bij gelijke dosis methadon een lagere serumspiegel wordt bereikt dan in het begin van de zwangerschap of na de bevalling. Verhoging van de dosis of deze verdelen in twee keer daags inname zijn hiervoor oplossingen.

Buprenorfine

Bij zwangerschap is Suboxone® een absolute contra-indicatie vanwege de toevoeging van Naloxon, dit in verband met het gevaar voor een spontane abortus. Het gebruik van naloxon gedurende de hele zwangerschap is nooit onderzocht en wordt om die reden afgeraden.

Uit het weinige onderzoek dat is gedaan naar de effecten van zowel methadon als buprenorfine op bijvoorbeeld het neonatale onttrekkingsyndroom (NAS) blijkt dat buprenorfine vergeleken met methadon een gunstiger effect heeft op het aantal te behandelen NAS baby's, ook op de hoeveelheid medicatie die een NAS baby nodig heeft direct na de geboorte en op de lengte van de ziekenhuisopname van deze baby's (Jones et. Al., 2005; Unger et al., 2011). In de literatuur worden echter verschillende aanbevelingen gedaan over gebruik van buprenorfine tijdens de zwangerschap. De FDA bijvoorbeeld raadt in 2004 aan dit middel te staken indien de vrouw zwanger is en over te stappen op methadon (Jones, 2004). Naar de effecten van buprenorfine als onderhoudsbehandeling tijdens de zwangerschap zal verder onderzoek moeten worden gedaan. In deze richtlijn wordt methadon als eerste middel aangeraden, tenzij de behandelend gynaecoloog anders voorstelt. In eerste instantie gaat het erom dat de zwangere vrouw ophoudt met het gebruik van illegale drugs. Indien een vrouw al is ingesteld op buprenorfine is het niet direct noodzakelijk over te stappen op methadon.

Aandachtspunten bij de begeleiding

Veel aandacht moet worden geschonken aan chronisch verslaafde vrouwen die zwanger worden en in een slechte voedingstoestand verkeren, of door matige of slechte therapietrouw moeizaam toegang hebben tot prenatale zorg. Aangeraden wordt om het instellingsgebonden KVO (Kinderen van Verslaafde Ouders) protocol in werking te stellen en als verslavingsarts en verslavingsverpleegkundigen nauw samen te werken met gynaecoloog, verloskundige en Bureau Jeugdzorg. In het behandelplan van de vrouw zal een aantal zaken rondom de zwangerschap nauwkeurig bijgehouden moeten worden. De verpleegkundige speelt een centrale rol in de begeleiding en is de aangewezen persoon om in nauwe samenwerking met de verslaafde vrouw, de verslavingsarts, de huisarts en de gynaecoloog/verloskundige de volgende gegevens bij te houden:

- basale gegevens over de zwangerschap/de ongeboren vrucht,
- samenwerkingsafspraken met de gynaecoloog en de verloskundige,

-
- samenwerkingsafspraken met de huisarts,
 - afspraken over de plaats van de bevalling,
 - afspraken over de opvang van het kind,
 - afspraken over de dosering van de opiaatvervanger en het monitoren van de gezondheid van de vrouw.

Indien de vrouw door de ernst van de verslaving, al dan niet in combinatie met een psychische problematiek of LVB problemen, onvoldoende in staat blijkt om therapietrouw te ontplooien zodat de gezondheid van het kind onaanvaardbaar gevaar gaat lopen dan moet een gedwongen opname in het kader van de Wet BOPZ overwogen worden.

Jongeren (12-18 jaar)

De minimum leeftijd voor het instellen van een opiaatonderhoudsbehandeling is in Nederland 16 jaar, maar het is aan de behandelend arts vast te stellen of van deze grens afgeweken zou kunnen worden. Er is tot nu toe te weinig onderzoek gedaan naar de effecten en bijwerkingen van opiaatonderhoudsmedicatie bij adolescenten jonger dan 16 jaar. Vanaf ongeveer 16 jaar komen jongere verslaafden patiënten in aanmerking voor de normale doseringen opiaatonderhoudsmedicatie. Jongeren ouder dan 16 jaar die wilsbekwaam zijn, kunnen opiaatonderhoudsbehandeling krijgen zonder dat ouders/voogd hiervan op de hoogte worden gesteld. De adolescent moet uitdrukkelijk toestemming geven voor het inlichten van ouders/voogd. Jongeren onder de 16 jaar kunnen voor opiaatonderhoudsbehandeling in aanmerking komen wanneer zowel zichzelf als de ouders/voogd hiervoor toestemming hebben gegeven of een behandelingsovereenkomst hebben gesloten. Hierop is alleen een uitzondering mogelijk wanneer zwaarwegende argumenten aanwezig zijn (bij de adolescent en bij de hulpverlener) om de behandeling te starten zonder deze toestemming. In deze richtlijn wordt aangeraden deze verslaafde jongeren (bijna allemaal met psychische problematiek en daarnaast ook diverse ontwikkelingsstoornissen) door te verwijzen naar de specifieke hulpverlening voor jongeren die verslaafd zijn, zodat ook binnen het gezin de meest adequate behandeling kan worden ingezet.

Ouderen

Op oudere leeftijd verdraagt de mens middelen zoals alcohol en andere drugs slechter dan op jongere leeftijd (Rajaratnam, Sivesind, McWelling Todman, Roane & Seewald, 2009; Bovens & Weingart, 2011). Dit komt doordat de oudere patiënt minder lichaamsvocht en een relatieve toename van vetweefsel heeft. Lever en nieren werken wat minder en de lichamelijke weerstand neemt af. Bij ouderen (55 en ouder) moet de dosis methadon en buprenorfine vaak worden aangepast op geleide van leverfuncties en klinische symptomen die worden veroorzaakt door een vertraagde afbraak (veranderend metabolisme). Er bestaat bij ouderen een verhoogde kans op lage bloeddruk en collaps (een kortdurende en vanzelf-overgaande bewusteloosheid veroorzaakt door een verminderde bloedtoevoer naar de hersenen). Verder moet er bij ouderen extra aandacht zijn voor het mogelijk wegvallen of zwakker worden van hun sociale netwerk. Eenzaamheidsproblematiek is bij deze groep een belangrijke reden om veel middelen te gaan gebruiken.

6.14 Bijzondere regelingen

Vakantieregeling

De instelling dient in een folder de regels en de procedures rondom de vakantieregeling zoals deze in de instelling geldig zijn kenbaar te maken. Per individuele patiënt vast hoe deze regeling in de praktijk uitgewerkt moet worden. In het multidisciplinaire overleg dient op basis van de wens van de patiënt en

de indruk van de verschillende hulpverleners (met de arts als medisch eindverantwoordelijke), besloten te worden of de vakantieverstrekking doorgang kan vinden. Het betreft hier een medisch verantwoorde wijze van beslissen over het meegeven van medicatie. Deze beslissing is afhankelijk van de hulpvraag van de patiënt en de psychosociale stabiliteit van leven van een patiënt.

Gedurende vakantie wordt geen heroïne verstrekt. In overleg met de lokale behandelinstelling en onder bepaalde voorwaarden, kan methadon worden meegegeven. Verhouding is 1:10 voor injecteerbare heroïne en 1:15 voor rookbare heroïne.

Vakantie in het buitenland

Bij verblijf in het buitenland wordt een Schengenverklaring aangevraagd voor de zogenaamde Schengen landen. Wanneer het geen Schengenland betreft dient toestemming bij de ambassade of het consulaat van het betreffende land gevraagd te worden. Overigens geeft noch een Schengenverklaring, noch de toestemming van een ambassade de garantie dat er geen problemen ontstaan bij de grens of in het land zelf door het in bezit hebben van deze middelen. Ook moet men erop bedacht zijn dat niet alleen opiaatonderhoudsmedicatie op de Opiumlijst staan. Onder de Opiumwet vallen ook de meeste benzodiazepinen zoals diazepam en oxazepam. Zie bijlage 3 voor lijsten van middelen die onder de Opiumwet vallen. Als bijlage 6 is bijgevoegd een instellingsprotocol over vakantieverstrekkingen dat als voorbeeld kan dienen.

Patiënten vullen hierbij aan dat zij graag een goed functionerend en up to date medisch paspoort willen hebben en meer informatie over hoe een adequate dosis naloxon toe te dienen indien een overdosis optreedt bij een gebruiker.

Gemiste doseringen

Zie bijlage 6 voor een uitgewerkte tekst m.b.t. methadon. Voor buprenorfine geldt: als een patiënt meer dan vijf dagen geen buprenorfine heeft ingenomen moet deze persoon opnieuw worden ingesteld en door een arts worden gezien. De patiënt zal op een lagere dosis dan voorheen ingesteld moeten worden. Bij braken na inname van het middel zijn geen problemen te verwachten. Bijlage 8 geeft verdere informatie over arrestanten en mediactieverstrekking.

Literatuur

Assum, T., Mathijssen, M. P. M., Houwing, J., Buttress, S. C., Sexton, B., Tunbridge, R. J., et al. (2005). The prevalence of drug driving and relative risk estimations. A study conducted in the Netherlands, Norway and United Kingdom.: IMMORTAL.

Bergmann, J.F., Bruijne, J. de, Hotho, D.M., Knegt, R.J., Boonstra ,A., Weegink, C.J., Vliet, A.A., Wetering, J. van de , Fletcher, S.P., Bauman, L.A., Rahimy, M., Appleman, J.R., Freddo, J.L., Janssen, H.L., & Reesink, H.W. (2011). Randomised clinical trial: anti-viral activity of ANA773, an oral inducer of endogenous interferons acting via TLR7, in chronic HCV. *Aliment Pharmacol Ther.* 34/4, 443-53.

Bernard, J.-P., Mørland, J., Krogh, M., & Khiabani, H. Z. (2009). Methadone and impairment in apprehended drivers. *Addiction*, 104(3), 457-464.

Blanken, P., Hendriks, V.M., Ree, J.M. van & Brink, W. van den (2010). Outcome of long-term heroin-assisted treatment offered to chronic, treatment-resistant heroin addicts in the Netherlands. *Addiction*, 105/2, 300-308.

Bovens, R & Weingart, S. (2011). Vroegsignalering alcohol bij senioren. *Verslaving. Tijdschrift over verslavingsproblematiek*, 7/3, 57-64.

Braun, E., & Christ, R. (2002). *Review of impairment and accident risk for alcohol, drugs and medicines*. Wenen, Oostenrijk Austrian Road Safety Board.

Brink, W. van den, Glind, G. van de, & Schippers, G. (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving*. Utrecht: Ned. Ver. v. Psychiatrie/CCBH/Trimbosinstituut. www.ggzrichtlijnen.nl (in de loop van 2012).

BTTS Research Group (1997). Drugs in het Verkeer. *Via Secura*, 46.

Byas-Smith, M. G., Chapman, S. L., Reed, B., & Cotsonis, G. (2005). The effect of opioids on driving and psychomotor performance in patients with chronic pain. *Clin J Pain*, 21(4), 345-352.

CBO (2008). *Richtlijn Medicamenteuze Zorg aan Gedetineerde verslaafden*. Utrecht: CBO, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg.

CBO (2009). *Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving. Herziening*. Utrecht: CBO, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg.

CCBH (2011). *Handboek Behandeling met Heroïne op Medisch Voorschrift. Veldnormen*. Utrecht: CCBH.

Drummer, O. H., Gerostamoulos, J., Batziris, H., Chu, M., Caplehorn, J., Robertson, M. D., et al. (2004). The involvement of drugs in drivers of motor vehicles killed in Australian road traffic crashes. *Accid Anal Prev*, 36(2), 239-248.

Eap, C.B., Buclin, T. & Baumann, P. (2002). Interindividual Variability of the *Clinical Pharmacokinetics* of Methadone. Implications for the Treatment of Opioid Dependence. *Clin. Pharmacokinet* 41 (14), 1153-1193.

Eschweiler, R., & Wetering, B. van de (2009). *Biedt de Wet Verplichte GGZ betere mogelijkheden voor de behandeling van verslaafden dan de huidige BOPZ?* In: Jong, C. de, Haan, H. de & Wetering, B. van de, *Verslavingsgeneeskunde. Neurofarmacologie, psychiatrie en somatiek*. Assen: Van Gorcum.

Fishbain, D. A., Cutler, R. B., Rosomoff, H. L., & Rosomoff, R. S. (2002). Can patients taking opioids drive safely? A structured evidence-based review. *J Pain Palliat Care Pharmacother*, 16(1), 9-28.

Fishbain, D. A., Cutler, R. B., Rosomoff, H. L., & Rosomoff, R. S. (2003). Are opioid-dependent/tolerant patients impaired in driving-related skills? A structured evidence-based review. *J Pain Symptom Manage*, 25(6), 559-577.

Jong, C. de, Hoek, A.F.M. van & Jongerhuis, M. (2004). *Richtlijn Detox. Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie*. Amersfoort: Resultaten Scoren, GGZNederland.

Giacomuzzi, S. M., Ertl, M., Vigl, A., Riemer, Y., Gunther, V., Kopp, M., et al. (2005). Driving capacity of patients treated with methadone and slow-release oral morphine. *Addiction*, 100(7), 1027.

Glind, G. van de, Kooij, S., Duin, D. van, Goossensen, A., & Carpentier, P. *Protocol ADHD bij Verslaving. Screening, diagnostiek en behandeling voor de ambulante en klinische verslavingszorg*. Utrecht: Trimbosinstituut.

Gschwend, P., Rehm, J., Blättler, R., Steffen, T., Seidenberg, A., Christen, S., Bürki, C. & Gutzwiller, F. (2004). Dosage regimes in the prescription of heroin and other narcotics to chronic opioid addicts in Switzerland--Swiss national cohort study. *Eur Addict Res.*, 10/1, 41-48.

Jamin, R. (2010). *Richtlijn onderhoudsbehandeling met opioïden. ROBO. Operationalisering voor Bouman GGZ van de Richtlijn opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB) van Resultaten Scoren*. Rotterdam: Bouman GGZ.

Hauri-Bionda, R., Bar, W., & Friedrich-Koch, A. (1998). [Driving fitness/driving capacity of patients treated with methadone]. *Schweiz Med Wochenschr*, 128(41), 1538-1547.

Jamison, R. N., Schein, J. R., Vallow, S., Ascher, S., Vorsanger, G. J., & Katz, N. P. (2003). Neuropsychological effects of long-term opioid use in chronic pain patients. *J Pain Symptom Manage*, 26(4), 913-921.

Knapen, L.J.M., Gogh, M van, Carpentier, P., Verbrugge, C.A.G. & Jong, C.A.J. de (2007) *Niet met methadon alleen. Een klinisch epidemiologisch onderzoek naar psychiatrische co-morbiditeit en co-morbide verslaving bij opiaatafhankelijke patiënten in een ambulante methadonbehandeling*. Nijmegen: NISPA.

Kress, H. G., & Kraft, B. (2005). Opioid medication and driving ability. *Eur J Pain*, 9(2), 141-144.

Lange, T.H., Brink, W. van de, Hanneman, P.J.J. (2005). Antipsychotica bij patiënten met een dubbeldiagnose schizofrenie en middelenmisbruik. Een literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47/4, 219-228.

Loth, C.A., Slee, Y., & Bootsma, B. (2009). *Professionele verpleegkundige zorg bij verslavingsproblemen*. In: Rutten, R., Loth, C., & Hulshoff, A. Verslaving. Handboek voor zorg, begeleiding en preventie. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Maes, V., Charlier, C., Grenez, O., & Verstraete, A. (1999). *Drugs and medicines that are suspected to have a detrimental impact on road user performance*. Gent: Rijksuniversiteit Gent.

Mattick, R.P., Ali, R. & Lintzeris, N. (2009). *Pharmacotherapies for the Treatment of Opioid Dependence. Efficacy, Cost-Effectiveness, and Implementation Guidelines*. New York: Informa healthcare.

Meer-Jansma, M van, Haan, H. de & Jong, C. de (Najavits, L.M.) (2010). *Seeking Safety. Handboek Behandeling Trauma en Verslaving*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Movig, K. L., Mathijssen, M. P., Nagel, P. H., van Egmond, T., de Gier, J. J., Leufkens, H. G., et al. (2004). Psychoactive substance use and the risk of motor vehicle accidents. *Accid Anal Prev*, 36(4), 631-636.

Noorlander, E. (2008). Verslavingsgedrag en somatiek. In: Kerssemakers, R., Meerten van, R., Noorlander, E. & Vervaeke, H. *Drugs en Alcohol. Gebruik, misbruik en verslaving*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
Rajaratnam, R., Sivesind, D., Todman, M., Roane, D. & Seewald, R. (2009). The aging methadone maintenance patient: Treatment adjustment, longterm success, and quality of live. *J.Opioid Manag*, 5 1:27-37.

Rutten, R. (2008). In: Kerssemakers, R., Meerten van, R., Noorlander, E. & Vervaeke, H. *Drugs en Alcohol. Gebruik, misbruik en verslaving*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Schering-Plough (2009). *Behandeling van opiaatafhankelijkheid met Suboxone. Informatie voor gebruikers van Suboxone*. Houten: Schering-Plough.

Schindler, S. D., Ortner, R., Peterzell, A., Eder, H., Opgenoorth, E., & Fischer, G. (2004). Maintenance therapy with synthetic opioids and driving aptitude. *Eur Addict Res*, 10(2), 80-87.

Shmygalev, S., Damm, M., Weckbecker, K., Berghaus, G., Petzke, F., & Sabatowski, R. (2011). The impact of long-term maintenance treatment with buprenorphine on complex psychomotor and cognitive function. *Drug and Alcohol Dependence, In Press, Corrected Proof*.

Snoek, A., Wits, E., & Meulders, W. (2011). Richtlijn Middelenmisbruik of -afhankelijkheid en angststoornissen. Addendum bij de MDR Angststoornissen. Amersfoort: Resultaten Scoren

Soyka, M., Hock, B., Kagerer, S., Lehnert, R., Limmer, C., & Kuefner, H. (2005). Less impairment on one portion of a driving-relevant psychomotor battery in buprenorphine-maintained than in methadone-maintained patients: results of a randomized clinical trial. *J Clin Psychopharmacol*, 25(5), 490-493.

Soyka, M., Kranzler, H.R., Brink, W. van den, Krystal, J., Moller, H., Kaspar, S. (2011). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Substance Use and Related Disorders. Part 2: Opioid dependence. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 12, 160-187.

Strike, C. & Rufo, C. (2010). Embarrassing, degrading, or beneficial: Patient and Staff perspectives on urine testing in methadone maintenance treatment. *Journal of Substance Use*, 15/5, 303-312.

Srivastava, A., Kahan, M., Ross, S. & Phil., M. (2008). The effect of methadone maintenance treatment on alcohol consumption: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34/2, 215-223.

Stel, J. G. van der (2006). *Co-morbiditeit. Verslaving plus een psychische stoornis. ZONMW Verslaving, deel 5*. Den Haag: ZonMw.

Stel, J. van der (2010). *Heroïne op medisch voorschrift. De geschiedenis van een geneesmiddel in Nederland*. Utrecht: CCBH.

Spijkerman, E, & Jong, C, de (2009). *Is dwang bij ernstig verslaafde patiënten effectief en hoe besluit je tot dwang?* In: Jong, C. de, Haan, H. de & Wetering, B. van de, *Verslavingsgeneeskunde. Neurofarmacologie, psychiatrie en somatiek*. Assen: Van Gorcum.

Toennes, S. W., Kauert, G. F., Steinmeyer, S., & Moeller, M. R. (2005). *Driving under the influence of drugs -- evaluation of analytical data of drugs in oral fluid, serum and urine, and correlation with impairment symptoms*. *Forensic Sci Int*, 152(2-3), 149-155.

Trimbos-instituut (2011). *Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (tweede revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Vlierden, K. van, & Lammar, P. (2007). *Drugs en medicijnen in het verkeer. Literatuurstudie*. Diepenbeek: Steunpunt Verkeersveiligheid.

Wijnckel, R. van de, Carpentier, P.J., Rodrigues Pereira, R. & Wetering, B. van de (2009). *Is een hoge dosering methylfenidaat verantwoord bij volwassen patiënten met ADHD en cocaïneafhankelijkheid?* In: Jong, C. de, Haan, H. de & Wetering, B. van de, *Verslavingsgeneeskunde. Neurofarmacologie, psychiatrie en somatiek*. Assen: Van Gorcum.

Unger, A., Jagsch, R., Jones, H., Arria, A., Leitich, H., Rohrmeister, K., Aschauer, C., Winklbaaur, B., Bäwert, A., & Fischer, G. (2011). *Randomized controlled trials in pregnancy: scientific and ethical aspects*.

Exposure to different opioid medications during pregnancy in an intra-individual comparison. *Addiction*, 106(7):1355-62.

Van Berlo, M., Bressers, B., Carpentier, P., Ghijsen, L., & Graaff, E. de (2011). *Protocol ADHD Bij Verslaving Nocvadic-Kentron*. Vught: Novadic-Kentron.

Van den Brink, W., Van de Glind, G., & Schippers, G. (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving*. Utrecht: Ned. Ver. v. Psychiatrie/CCBH/Trimbosinstituut. www.ggzrichtlijnen.nl.

World Health Organization (2009). *Guideline for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*. Geneva: WHO.

Winklbaur, B., Jagsch, R., Ebner, N., Thau, K. & Fischer, G. (2008). Quality of Live in Patients Receiving Opioid Maintenance Therapy. *European Addiction Research*, 18, 14, 99-105.

Wijnckel, R. van de, Carpentier, P.J., Rodrigues Pereira, R. & Wetering, B. van de (2009). Is een hoge dosering methylfenidaat verantwoord bij volwassen patiënten met ADHD en cocaïneafhankelijkheid? In: Jong, C. de, Haan, H. de & Wetering, B. van de, *Verslavingsgeneeskunde. Neurofarmacologie, psychiatrie en somatiek*. Assen: Van Gorcum.

Bijlagen bij hoofdstuk 6

Bijlage 1: Interacties methadon/buprenorfine

Bijlage 2: Doseringenschema's heroïne (uit Handboek CCBH, 2011)

Bijlage 3: Medicijnen vallend onder de Opiumwet

Bijlage 4: Organisatie uitgifte medicatie elders

Bijlage 5: Vakantieverstrekking

Bijlage 6: Tussentijdse onderbreking

Bijlage 7: Alcoholbeleid

Bijlage 8: Arrestanten

Interacties methadon/buprenorfine

Overzicht van middelen die het effect van methadon of buprenorfine kunnen verminderen

Groep	Middel(en)	Interactie	Opmerkingen
<i>Analgetica*</i>	Tramadol	Zou effect kunnen verminderen	
<i>Anti-arythmica*</i>	Amiodaron	Verlenging QT-int	Geld ook voor andere (quinidine)
	Diltiazem	Verlenging QT-int	Ook antihypertensivum
<i>Antibacteriele middelen*</i>	Rifampicine*	Versneld metabolisme	Acute afkickverschijnselen ook rifabutine en rifapentine)
	Isoniazide	Effect verminderd	anti-tbc
<i>Anti-convulsiva*</i>	Barbituraten*	Effect verminderd (versnelt afbraak) Versterkte depressie CZS	Ook sedativa/hypnotoca
	Carbamazepine*	Effect verminderd (versnelt afbraak)	
	Phenytoine*	Versneld metabolisme	Verlaagt bloedspiegel
<i>Anti-retrovirale middelen*</i>	Abacavir (ABC)	Effect verminderd (max 30%)	(NRTI) ook in combinatie met lamivudine of lamivudine+zidovudine. Inductie cytochroom
	Amprenavir (AMP)	Effect verminderd	(PI) Ook bloedspiegel A. wordt verlaagd
	Efavirenz (EFV)	Effect verminderd (max 60%)	(NNRTI) Inductie cytochroom
	Nelfinavir (NVF)	Effect verminderd	(PI) Ook andere PI remmers: Fosamprenavir, Ritonavir (RTV) (max 37%), Saquinavir(SQV) (20-32%), combinatie Ritonavir/ Lopinavir (LVP+R) (28-53%) en Tipranavir (TPV) (Door verhoging levertoxiciteit)
<i>Diureticum*</i>	Nevirapine (NVP)	Effect verminderd (max 60%)	(NNRTI) Acute afkickverschijnselen Acute afkickverschijnselen
<i>Opiatantagonisten*</i>	Spironolacton	Effect verminderd Verdringing receptoren of juist versterkt	
	Buprenorfine	Verdringing receptoren	Laag gedoseerd werking als agonist Acute afkickverschijnselen ook Pentazocine, ook nalbufine
<i>St. Jans kruid</i>	Naltrexon & Naloxon	Effect verminderd	
<i>Vitamine</i>	Hypericum perforatum Ascorbinezuur	Verminderd spiegel	Zuurt urine aan, versnelt excretie

* Ook genoemd voor buprenorfine

Vet gedrukt: klinisch relevant

Overzicht van middelen die het effect van methadon of buprenorfine kunnen versterken

Groep	Middel(en)	Interactie	Opmerkingen
<i>Anti-arythmicum*</i>	Verapamil	Effect versterkt	Ook antihypertensivum
<i>Antibacteriele Middelen*</i>	Clarithromycine* Ciprofloxacine Erythromycine*	Effect versterkt Effect versterkt Effect versterkt	Macrolide Chinolon, ook movifloxacine
<i>Antidepressiva*</i>	Fluvoxamine*	Effect versterkt	SSRI Ook andere SSRI's: Sertraline, Fluoxetine
	Paroxetine	Effect versterkt (42%)	SSRI
	Moclobemide*	Effect versterkt Verandering bloeddruk	(MAO-remmer) Excitatie, hypertensie, crisis. Mogelijk ook andere MAO-remmers: Selegine
<i>Antimycotica*</i>	Ketoconazol*	Effect versterkt	Significant; P-glycoproteïne effect ook fluconazol, itroconazol, en voriconazol
<i>Antipsychotica*</i>	Quetiapine	Effect versterkt (30%)	Atypisch antipsychoticum P-glycoproteïne effect
Antiretrovirale middelen	Ritonavir*	Effect versterkt Effect onduidelijk/verminderd	(PI) Mogelijk ook andere PI's: Indinavir Literatuur niet eenduidig
<i>Grapefruitsap*</i>	Grapefruit	Effect versterkt	(remt metabolisme)
<i>Hormoon*</i>	Oestrogenen	Verhoogde clearance	
<i>Maagmiddelen*</i>	Cimetidine* Omeprazol	Verhoogde spiegel Verhoging methadonspiegel	H2-antagonist PPI; Alleen aangetoond bij dierproeven
<i>Natrium bicarbonaat*</i>		Vertraagt uitscheiding	Geldt ook voor andere urinealkalyserende Middelen

* Ook genoemd voor buprenorfine

Vet gedrukt: klinisch relevant

Overzicht van middelen die bepaalde interacties met methadon of buprenorfine kunnen vertonen

Groep	Middel(en)	Interactie	Opmerkingen
<i>Alcoholen*</i>	Ethanol* (Zelf niet beïnvloed door opiaten)	Verhoging concentratie (versterking sedatie) Versnelt metabolisme	Bij kortdurend gebruik Alcohol Mogelijk versterking hepatotoxiciteit Bij langdurig gebruik Alcohol.
<i>Anti-arythmica*</i>	Propranolol	Verhoogde letaliteit bij toxische dosis	Beta-blokker, ook antihypertensivum alleen aangetoond bij dierproeven
<i>Antidepressiva*</i>	Tricyclische Anti-depressiva (TCA's)	Verhoging toxiciteit TCA's	m.n. desipramine (verhoging bloedspiegel)
<i>Antihistaminica*</i>	Cyclizine	Versterking hallucinogeen effect	Ook andere sederende Antihistaminica
	Mizolastine	Verlenging QT-interval	
	Terfenadine	Verlenging QT-interval	
<i>Antihypertensivum*</i>	Nifedipine*	Verhoging spiegel Nifedipine	Ca-antagonist
<i>Antipsychotica*</i>	Chloorpromazine*	Versterkt sedatief, Hypotensie	Fenothiazine, groepseffect
	Droperidol & Haloperidol*	Versterkt sedatief Hypotensie	Butyrofenonen. Ook andere neuroleptica: Pimozide, sertindol
<i>Anti-parasiticum*</i>	Metronidazol	Versterkt effect methadon	
<i>Antivirale middelen*</i>	Didanosine	Verlaging bloedspiegel Didanosine max. 41%	(NRTI)
	Interferon*	Beeld afkickverschijnselen	Verhoging dosis Buprenorfine niet per sé geïndiceerd
	Ribavirine*	Beeld afkickverschijnselen	Verhoging dosis Ribavirine niet persé geïndiceerd
	Stavudine (SVD)	Verlaging bloedspiegel Stavudine max. 27%	(NRTI) prodrug minder bioactief
	Zidovudine (ZDV)	Verhoging bloedspiegel Zidovudine max. 40%	(NRTI) remming glucoridering
<i>Hormoon*</i>	Thyroxine	Verhoging TBG	Monitoren met FT ₃ , FT ₄ en TSH
<i>Maag/darmmiddelen*</i>	Cisapride	QT-interval verlenging	
	Domperidon*	Versnelling methadon effect Blokkeert GI-activiteit	Anti-emeticum, ook metoclopramide
<i>Opiaten*</i>	Methadon*	Effecten versterken, echter vermindering analgetisch effect	Opeenvolgend voorschrijven Ook: Fentanyl, LAAM
	Buprenorfine*	Kan oversedatie of afkick geven	Laag gedoseerd agonistisch
<i>Sedativa*</i>	Benzodiazepines*	Versterkte depressie CZS	(diazepam, alprazolam, midazolam) Kans op OD
	Zopiclon	Versterkt depressie CZS	Hypnoticum
<i>Overig*</i>	Disulfiram	Versterkt effect	

* Ook genoemd voor buprenorfine

Vet gedrukt: klinisch relevant

Doseringenschema's bij gemiste dosering heroïne

Deze tekst is rechtstreeks overgenomen uit het handboek van de CCBH (2011).

Gemiste afspraken/dagen en verlies van tolerantie

Als patiënten enkele dagen niet geweest zijn, kun je je als arts nooit baseren op het door de patiënt gerapporteerde illegale gebruik gedurende deze afwezigheid (ook als je ervan overtuigd bent dat hij de waarheid spreekt). Dat betekent dat je ervan uit moet gaan dat er sprake zal zijn van tolerantieverlies. In het rapport van Seidenberg (1996) wordt uitgegaan van 20% tolerantieverlies per gemiste dag. Dat betekent dat er na vijf of meer dagen geen sprake meer is van tolerantie en dat er moet worden begonnen met een geheel nieuwe opbouw van de dosering heroïne (uitgaande van een basis van 30 MTQ). Het onderstaande voorbeeld geeft aan hoe het zit:

	methadon p.o	heroïne i.v.	MTQ-totaal	volgende dagdosering
<i>laatste gebruiksday</i>	30 mg	3 x 130 mg	160 MTQ	
<i>na 1 gemiste dag</i>				160 x 0,8 = 128 MTQ
<i>na 2 gemiste dagen</i>				160 x 0,6 = 96 MTQ
<i>na 3 gemiste dagen</i>				160 x 0,4 = 64 MTQ
<i>na 4 gemiste dagen</i>				160 x 0,2 = 32 MTQ
<i>na 5 gemiste dagen</i>				160 x 0,0 = 0 MTQ Maar altijd recht op 30 MTQ

Omzetting heroïne in methadon (vakantie/detentie)

Uit het rapport van Seidenberg (1996) is niet helemaal duidelijk wat de rekenregels zijn die er worden gebruikt bij het omzetten van heroïne in methadon. Globaal zijn er twee varianten te onderscheiden. Variant 1 betreft een acute omzetting (bijvoorbeeld in geval van detentie of onverwachte vakantie) en variant 2 betreft een vooraf geplande omzetting (zoals bij een geplande vakantie).

Het is goed hier op te merken dat vanuit de CCBH met de gevangenisartsen geen formele afspraken zijn gemaakt met betrekking tot deelnemers aan het heroïne onderzoek die in detentie geraken. Dat wil zeggen dat de gevangenisartsen over het algemeen (a) zullen zorgen voor continuïteit van zorg ten aanzien van de methadonuitgifte en (b) daarbij de dosis methadon vóór detentie zullen gebruiken als uitgangspunt bij de (start) dosering in detentie. De dosering heroïne blijft hier dus naar alle waarschijnlijkheid geheel buiten beschouwing! Artsen van de behandelunit kunnen echter afspraken proberen te maken met de arts of medische dienst van een gevangenis met betrekking tot de methadondosering.

voorbeelden	laatste 2 dagen voor gebeuren	eerste dag van het gebeuren	tweede dag van het gebeuren	rest gebeuren	terug
HER METH var 1 METH var 2	400 mg/dag 0 100 mg/dag	0 150 mg/dag 100 mg/dag	0 120 mg/dag 100 mg/dag	0 100 mg/dag 100 mg/dag	400 mg/dag 0 0
HER METH var 1 METH var 2	300 mg/dag 0 75 mg/dag	0 100 mg/dag 75 mg/dag	0 75 mg/dag 75 mg/dag	0 75 mg/dag 75 mg/dag	300 mg/dg 0 0
HER METH var 1 METH var 2	90 mg/dag 0 30 mg/dag	0 30 mg/dag 30 mg/dag	0 30 mg/dag 30 mg/dag	0 30 mg/dag 30 mg/dag	90 mg/dag 0 0

Het is goed voorstelbaar dat een patiënt eerder terug komt van vakantie dan vooraf was afgesproken. Wanneer hij de resterende methadon inlevert, kan vervolgens opnieuw methadon worden vervangen door een MTQ dosis heroïne. Als de patiënt de resterende methadon niet meer heeft (omdat hij deze heeft verloren of omdat de methadon is gestolen) kan in principe geen aanvullende/vervangende methadon worden verstrekt en ook geen heroïne worden voorgeschreven voor de periode, waarover reeds methadon was verstrekt. Er wordt dus in principe niet dubbel verstrekt! Een uitzondering kan eventueel worden gemaakt bij die patiënten die kunnen aantonen dat er daadwerkelijk sprake is geweest van verlies of diefstal, bijvoorbeeld door middel van een aangifteformulier van de lokale politie. Natuurlijk kan dat laatste ook niet bij herhaling voorkomen. Het is goed dat men zich hierbij realiseert dat hier geen sprake is van straf via het onthouden van de verstrekking van methadon en/of heroïne. Deze patiënten hebben hun dosering opiaten reeds gehad en er is in die zin geen sprake van onthouding als straf.

Wellicht ten overvloede zij hier vermeld, dat een verlaging of vertraagde verhoging van de dosering methadon of heroïne niet gebruikt kan worden als strafmaatregel.

Bijlage 3

Medicijnen vallend onder de Opiumwet

Lijst I

International Non-proprietary
Name (INN), d.w.z. de door de
Wereldgezondheidsorganisatie
vastgestelde generieke benaming

andere benamingen	nadere omschrijving
acetorfine	–
–	acetyl- <i>alfa</i> -methylfentanyl <i>N</i> -[1-(<i>alfa</i> -methylfenethyl)-4-piperidyl]-acetanilide
–	acetyldihydrocodeïne 4,5-epoxy-3-methoxy- <i>N</i> -methylmorfinan-6-yl-acetaat
acetylmethadol	–
alfacetylmethadol	–
alfameprodine	–
alfamethadol	–
–	<i>alfa</i> -methylfentanyl <i>N</i> -[1(<i>alfa</i> -methylfenethyl)-4-piperidyl]propionanilide
–	<i>alfa</i> -methylthiofentanyl <i>N</i> -[1-[1-methyl-2-(2-thienyl)ethyl]-4-piperidyl]propionanilide
alfaprodine	–
alfentanil	–
allylprodine	–
amfetamine	–
amineptine	7-[(10,11-dihydro-5H-dibenzo[a,d]cyclohepten-5-yl)amino] heptanoic acid
anileridine	–
benzethidine	–
–	benzylmorfine 3-benzoyloxy-4,5-epoxy- <i>N</i> -methyl-7-morfineen-6-ol
betacetylmethadol	–
–	<i>beta</i> -hydroxy-3-methylfentanyl <i>N</i> -[1-(<i>beta</i> -hydroxyfenethyl)-3-methyl-4-piperidyl] propionanilide
–	<i>beta</i> -hydroxyfentanyl <i>N</i> -[1-(<i>beta</i> -hydroxyfenethyl)-4-piperidyl]-propionanilide
betameprodine	–
betamethadol	–
betaprodine	–
bezitramide	–
–	bolkaf alle delen van de plant <i>Papaver somniferum</i> L. na het oogsten, met uitzondering van het zaad
broramfetamine	–
cathinon	–

	2C-B	4-bromo-2,5-dimethoxyfenetylamine
–	2C-I	2,5-dimethoxy-4-iodofenetylamine
–	2C-T-2	2,5-dimethoxy-4-ethylthiofenetylamine
–	2C-T-7	2,5-dimethoxy-4-(n)-propylthiofenetylamine
clonitazeen	–	
–	cocablad	bladeren van planten van het geslacht Erythroxylon
–	cocaïne	(-)-3- <i>beta</i> -benzoyloxytroopaan-2- <i>beta</i> -carbonsure methylester
–	codeïne	4,5-epoxy-3-methoxy- <i>N</i> -methyl-7-morfineen-6-ol
codoxim	–	
–	concentraat van bolkaf	het materiaal dat wordt verkregen door bolkaf te onderwerpen aan een behandeling ter concentratie van zijn alkaloiden
desomorfine	–	
dexamfetamine	–	
dextromoramide	–	
dextropropoxyfeen	–	
diampromide	–	
diethylthiambuteen	–	
–	<i>N,N</i> -diethyltryptamine, DET	3-[2-(diethylamino)ethyl]indol
difenoxine	–	
difenoxylaat	–	
dihydrocodeïne	–	
–	dihydroethorfine	7,8-dihydro-7- <i>alfa</i> -[1-(<i>R</i>)-hydroxy-1-methylbutyl]-6,14- <i>endo</i> -ethano-tetrahydro-oripavine
–	dihydromorfine	4,5-epoxy- <i>N</i> -methylmorfinan-3,6-diol
dimefeptanol	–	
dimenoxadol	–	
–	2,5-dimethoxyamfetamine, DMA	(\hat{A})-2,5-dimethoxy- <i>alfa</i> -methylfenetylamine
–	2,5-dimethoxy-4-ethylamfetamine, DOET	(\hat{A})-4-ethyl-2,5-dimethoxy- <i>alfa</i> -methylfenetylamine
–	2,5-dimethoxy-4-methamfetamine, STP, DOM	2,5-dimethoxy- <i>alfa</i> ,4-dimethylfenetylamine
dimethylthiambuteen	–	
–	<i>N,N</i> -dimethyltryptamine, DMT	3-[2-(dimethylamino)ethyl]indol
dioxafetylbutiraat	–	
dipipanon	–	
–	DMHP	3-(1,2-dimethylheptyl)-7,8,9,10-tetrahydro-6,6,9-trimethyl-6 <i>H</i> -dibenzo[<i>b,d</i>]pyran-1-ol
drotebanol	–	
–	ecgonine	3-hydroxy-2-tropaancarbonsuur

–	<i>N</i> -ethyl-3,4-methyleendioxy-amfetamine, <i>N</i> -ethyl-MDA	(\hat{A})- <i>N</i> -ethyl- <i>alfa</i> -methyl-3,4-(methyleen-dioxy) fenethylamine
ethylmethylthiambuteen	–	
–	ethylmorphine	4,5-epoxy-3-ethoxy- <i>N</i> -methyl-7-morfineen-6-ol
eticyclidine	–	
etonitazeen	–	
etorfine	–	
etoxeridine	–	
etryptamine	–	
fenadoxon	–	
fenampromide	–	
fenazocine	–	
fencyclidine	–	
fenetylline	–	
fenmetrazine	–	
fenomorfan	–	
fenoperidine	–	
fentanyl	–	
folcodine	–	
–	furethidine	1-(2-tetrahydrofurfuryloxyethyl)-4-fenyl-piperidine-4- carbonszure ethylester
–	hennepolie	concentraat van planten van het geslacht Cannabis (hennep) verkregen door extractie van hennep of hasjesj, al dan niet vermengd met olie
–	heroïne, diamorfine	4,5-epoxy-17-methylmorfinan-3,6-diyl-diacetaat
hydrocodon	–	
hydromorfinol	–	
hydromorfon	–	
–	<i>N</i> -hydroxymethyleen-dioxy-amfetamine, <i>N</i> -hydroxyMDA	(\hat{A})- <i>N</i> -[<i>alfa</i> -methyl-3,4-(methyleendioxy)-fenethyl] hydroxylamine
hydroxypethidine	–	
isomethadon	–	
ketobemidon	–	
levamfetamine	–	
levofenacylmorfan	–	
–	levomethamfetamine	(-)- <i>N</i> , <i>alfa</i> -dimethylfenethylamine
levomethorfan	–	
levomoramide	–	
levorfanol	–	
lysergide	–	
mecloqualon	–	

–	mescaline	3,4,5-trimethoxyfenethylamine
metamfetamine	–	
metamfetamine racemaat	–	
metazocine	–	
methadon	–	
–	methadon-tussenproduct	4-cyano-2-dimethylamino-4,4-difenylbutaan
methaqualon	–	
–	methcathinon	(2-methylamino)-1-fenylpropaan-1-on
–	2-methoxy-4,5-methyleendioxyamfetamine, MDMA	2-methoxy- <i>alfa</i> -methyl-4,5-(methyleendioxy)-fenethylamine
–	4-methylaminorex	(\hat{A})- <i>cis</i> -2-amino-4-methyl-5-fenyl-2-oxazoline
methyl-desorfine	–	
methyl-dihydromorfine	–	
–	3,4-methyleendioxymethamfetamine, MDMA	(\hat{A})- <i>N,alfa</i> -dimethyl-3,4-(methyleendioxy)-fenethylamine
methylfenidaat	–	
–	3-methylfentanyl	<i>N</i> -(3-methyl-1-fenethyl-4-piperidyl)propion-anilide
–	MPPP	1-methyl-4-fenyl-4-piperidinol propionaat (ester)
–	4-methylthioamfetamine, 4-MTA	4-methylthio- <i>alfa</i> -methylfenethylamine
–	3-methylthiofentanyl	<i>N</i> -[3-methyl-1-[2-(2-thienyl)ethyl]-4-piperidyl]propionanilide
metopon	–	
–	moramide-tussenproduct	2-methyl-3-morfolino-1,1-difenylpropaan-carbonzuur
morferidine	–	
–	morfine	4,5-epoxy- <i>N</i> -methyl-7-morfineen-3,6-diol
–	morfine-methobromide	4,5-epoxy- <i>N</i> -methyl-7-morfineen-3,6-diol methylbromide
–	morfine- <i>N</i> -oxide	4,5-epoxy-3,6-dihydroxy- <i>N</i> -methyl-7-morfine
myorfine	–	
nicocodine	–	
nicodicodine	–	
nicomorfine	–	
noracymethadol	–	
norcodeïne	–	
norlevorfanol	–	
normethadon	–	
normorfine	–	
norpibanon	–	
–	opium	het gestremde melksap, verkregen van de plant <i>Papaver somniferum</i> L.
oripavine	3- <i>O</i> -demethylthebaine	6,7,8,14-tetrahydro-4,5- <i>alpha</i> -epoxy-6-methoxy-17-methylmorphinan-3-ol

oxycodon	–	
oxymorfon	–	
–	<i>para</i> -fluorfentanyl	4'-fluoro- <i>N</i> -(1-fenethyl-4-piperidyl)propion-anilide
–	parahexyl	3-hexyl-7,8,9,10-tetrahydro-6,6,9-trimethyl-6 <i>H</i> -dibenzo[<i>b,d</i>]pyran-1-ol
–	<i>para</i> -methoxyamfetamine, PMA	<i>p</i> -methoxy- <i>alfa</i> -methylfenethylamine
	<i>para</i> -methoxymethamfetamine, PMMA	<i>N</i> -methyl-1-(4-methoxyfenyl)-2-aminopropaan
	PEPAP	1-fenethyl-4-fenyl-4-piperidinolacetaat (ester)
pethidine	–	
–	pethidine-tussenproduct A	4-cyano-1-methyl-4-phenylpiperidine
–	pethidine-tussenproduct B	4-fenylpiperidine-4-carbonzure ethylester
–	pethidine-tussenproduct C	1-methyl-4-fenylpiperidine-4-carbonzuur
piminodine	–	
piritramide	–	
proheptazine	–	
properidine	–	
propiram	–	
–	psilocine	3-[2-(dimethylamino)ethyl]indol-4-ol
psilocybine	–	
racemethorfan	–	
racemoramide	–	
racemorfan	–	
remifentanil	–	
rolicyclidine	–	
secobarbital	–	
sufentanil	–	
tenamfetamine	–	
tenocyclidine	–	
–	tetrahydrocannabinol	(6 <i>aR</i> ,10 <i>aR</i>)-6 <i>a</i> ,7,8,10 <i>a</i> -tetrahydro-6,6,9-trimethyl-3-pentyl-6 <i>H</i> -dibenzo[<i>b,d</i>]pyran-1-ol
thebacon	–	
–	thebaïne	4,5-epoxy-3,6-dimethoxy- <i>N</i> -methyl-6,8-morfine
–	thiofentanyl	<i>N</i> -[1-[2-(2-thienyl)ethyl]-4-piperidyl]propion-anilide
tilidine	–	
–	TMA-2	2,4,5-trimethoxyamfetamine
trimeperidine	–	
–	3,4,5-trimethoxyamfetamine, TMA	(\hat{A})-3,4,5-trimethoxy- <i>alfa</i> -methylfenethylamine
zipeprol	–	

De esters en derivaten van ecgonine, die kunnen worden omgezet in ecgonine en cocaïne;
 de mono- en di-alkylamide-, de pyrrolidine- en morfolinederivaten van lyserginezuur, en de daarvan door
 invoering van methyl-, acetyl- of halogeengroepen verkregen middelen;
 vijfwaardige stikstof-gesubstitueerde morfinederivaten, waaronder begrepen morfine-*N*-oxide-derivaten,
 zoals codeïne-*N*-oxide;
 de isomeren en stereoisomeren van tetrahydrocannabinol;
 de ethers, esters en enantiomeren van de bovengenoemde substanties, met uitzondering van
 dextromethorfan (INN) als enantiomeer van levomethorfan en racemethorfan, en met uitzondering van
 dextrorfanol (INN) als enantiomeer van levorfanol en racemorfan;
 preparaten die één of meer van de bovengenoemde substanties bevatten.

Lijst II

International Non-proprietary Name (INN)	andere benamingen	nadere omschrijving
allobarbital	–	
alprazolam	–	
amobarbital	–	
amfepramon	–	
aminorex	–	
barbital	–	
benzfetamine	–	
bromazepam	–	
brotizolam	–	2-bromo-4-(o-chlorofenyl)-9-methyl-6H-thieno(3,2-f)-s-triazolo(4,3-a)(1,4)diazepine.
buprenorfine	–	
butalbital	–	
bzp	1-benzylpiperazine	1-benzyl-1,4-diazacyclohexaan
camazepam	–	
cathine	–	
chlordiazepoxide	–	
clobazam	–	
clonazepam	–	
clorazepaat	–	
clotiazepam	–	
cloxazolam	–	
cyclobarbital	–	
delorazepam	–	
diazepam	–	
estazolam	–	

ethchlorvynol	-	
ethinamaat	-	
ethylloflazepaat	-	
ethylamfetamine	-	
fencamfamine	-	
fendimetrazine	-	
fenobarbital	-	
fenproporex	-	
fentermine	-	
fludiazepam	-	
flunitrazepam	-	
flurazepam	-	
gluthethimide	-	
halazepam	-	
haloxazolam	-	
-	hasjiesj	een gebruikelijk vast mengsel van de afgescheiden hars verkregen van planten van het geslacht Cannabis (hennep), met plantaardige elementen van deze planten
-	hennep	elk deel van de plant van het geslacht Cannabis (hennep), waaraan de hars niet is onttrokken, met uitzondering van de zaden
		4-hydroxyboterzuur
ketazolam	-	
lefetamine	-	
loprazolam	-	
lorazepam	-	
lormetazepam	-	
mazindol	-	
medazepam	-	
mefenorex	-	
meprobamaat	-	
mesocarb	-	
methylfenobarbital	-	
methyprylon	-	
midazolam	-	
nimetazepam	-	
nitrazepam	-	
nordazepam	-	
oxazepam	-	
oxazolam	-	

pemoline	-
pentazocine	-
pentobarbital	-
pinazepam	-
pipradrol	-
prazepam	-
pyrovaleron	-
secbutabarbital	-
temazepam	-
tetrazepam	-
triazolam	-
vinylbital	-
zolpidem	-

Paddo's

A: paddenstoelen die van nature de stof psilocine of psilocybine bevatten:

agrocyste farinacea	–
conocybe cyanopus	blauwvoetbreeksteeltje
conocybe kuehneriana	grasbreeksteeltje
conocybe siligineoides	–
conocybe smithii	–
copelandia affinis	–
copelandia anomala	–
copelandia bispora	–
copelandia cambodginiensis	–
copelandia chlorocystis	–
copelandia cyanescens	–
copelandia lentisporus	–
copelandia mexicana	–
copelandia tirunelveliense	–
copelandia tropica	–
copelandia tropicalis	–
copelandia westii	–
galerina steglichii	–
gerronema fibula	–
gerronema solidipes	–
gymnopilus aeruginosus	–
gymnopilus braendlei	–
gymnopilus intermedius	–
gymnopilus lateritius	–
gymnopilus liquiritiae	–
gymnopilus luteofolius	–
gymnopilus luteoviridis	–
gymnopilus luteus	–
gymnopilus purpuratus	–
gymnopilus sapineus	dennevlamhoed
gymnopilus spectabilis	–
gymnopilus subpurpuratus	–
gymnopilus validipes	–
gymnopilus viridans	–
hypholoma gigaspora	–

hypholoma guzmanii	–
hypholoma naematoliformis	–
hypholoma neocaledonica	–
hypholoma popperianum	–
hypholoma rhombispora	–
inocybe aeruginascens	groenverkleurende vezelkop
inocybe coelestium	–
inocybe corydalina corydalina	groenige perevezelkop
inocybe corydalina erinaceomorpha	schubbige perevezelkop
inocybe haemacta	blozende stinkvezelkop
inocybe tricolor	–
mycena cyanorrhiza	blauwvoetmycena
panaeolina foeniseccii	gazonvlekplaat
panaeolina rhombisperma	–
panaeolina sagarae	–
panaeolina microsperma	–
panaeolus africanus	–
panaeolus ater	zwartbruine vlekplaat
panaeolus castaneifolius	–
panaeolus fimicola	grauwe vlekplaat
panaeolus microsporus	–
panaeolus moellerianus	–
panaeolus olivaceus	–
panaeolus papilionaceus	witte vlekplaat
panaeolus retirugis	geaderde vlekplaat
panaeolus rubricaulis	–
panaeolus sphinctrinus	franjevlekplaat
panaeolus subbalteatus	gezoneerde vlekplaat
panaeolus venezolanus	–
pluteus atricapillus	–
pluteus cyanopus	blauwvoethertezwam
pluteus glaucus	–
pluteus nigriviridis	–
pluteus salicinus	grauwgroene hertezwam
pluteus villosus	–
psilocybe acutipilea	–
psilocybe angustipleurocystidiata	–
psilocybe antioquensis	–

psilocybe aquamarina	-
psilocybe argentipes	-
psilocybe armandii	-
psilocybe aucklandii	-
psilocybe australiana	-
psilocybe aztecorum	-
psilocybe aztecorum bonetii	-
psilocybe azurescens	-
psilocybe baeocystis	-
psilocybe banderiliensis	-
psilocybe barrerae	-
psilocybe bohemica	-
psilocybe brasiliensis	-
psilocybe brunneocystidiata	-
psilocybe caeruleoannulata	-
psilocybe caerulescens	-
psilocybe caerulescens ombrophila	-
psilocybe caerulipes	-
psilocybe carbonaria	-
psilocybe chiapanensis	-
psilocybe collybioides	-
psilocybe columbiana	-
psilocybe coprinifacies	-
psilocybe cordispora	-
psilocybe cubensis	-
psilocybe cyanescens	-
psilocybe cyanofibrillosa	-
psilocybe dumontii	-
psilocybe eucalypta	-
psilocybe fagicola	-
psilocybe fagicola mesocystidiata	-
psilocybe farinacea	-
psilocybe fimetaria	-
psilocybe fuliginosa	-
psilocybe furtadoana	-
psilocybe galindoi	-
psilocybe goniospora	-
psilocybe graveolens	-

psilocybe guatapensis	-
psilocybe guilartensis	-
psilocybe heimii	-
psilocybe heliconiae	-
psilocybe herrerae	-
psilocybe hispanica	-
psilocybe hoogshagenii hoogshagenii	-
psilocybe hoogshagenii convexa	-
psilocybe inconspicua	-
psilocybe indica	-
psilocybe isabelae	-
psilocybe jacobsii	-
psilocybe jaliscana	-
psilocybe kumaenorum	-
psilocybe laurae	-
psilocybe lazoi	-
psilocybe liniformans	-
psilocybe liniformans americana	-
psilocybe mairei	-
psilocybe makarorae	-
psilocybe mammillata	-
psilocybe meridensis	-
psilocybe mexicana	-
psilocybe moseri	-
psilocybe muliercula	-
psilocybe natalensis	-
psilocybe natarajanii	-
psilocybe ochreate	-
psilocybe papuana	-
psilocybe paulensis	-
psilocybe pelliculosa	-
psilocybe pericystis	-
psilocybe pintonii	-
psilocybe pleurocystidiosa	-
psilocybe plutonia	-
psilocybe portoricensis	-
psilocybe pseudoaztecorum	-
psilocybe puberula	-

psilocybe quebecensis	–
psilocybe ramulosa	–
psilocybe rostrata	–
psilocybe rzedowskii	–
psilocybe samuiensis	–
psilocybe sanctorum	–
psilocybe schultesii	–
psilocybe semilanceata	puntig kaalkopje
psilocybe septentrionalis	–
psilocybe serbica	–
psilocybe sierrae	–
psilocybe silvatica	–
psilocybe singerii	–
psilocybe strictipes	–
psilocybe stuntzii	–
psilocybe subacutipilea	–
psilocybe subaeruginascens	–
psilocybe subaeruginosa	–
psilocybe subcaerulipes	–
psilocybe subcubensis	–
psilocybe subtropicalis	–
psilocybe subyungensis	–
psilocybe subzapotecorum	–
psilocybe tampanensis	–
psilocybe tasmaniana	–
psilocybe uruguayensis	–
psilocybe uxpanapensis	–
psilocybe venenata	–
psilocybe veraecrucis	–
psilocybe villarrealii	–
psilocybe wassoniorum	–
psilocybe weilii	–
psilocybe weldenii	–
psilocybe wrightii	–
psilocybe xalapensis	–
psilocybe yungensis	–
psilocybe zapotecorum	–

B: paddenstoelen die van nature muscimol en iboteenzuur bevatten:

amanita muscaria muscaria	vliegenzwam
amanita pantherina	panteramaniet

Preparaten die één of meer van de bovengenoemde substanties bevatten, met uitzondering van hennepolie.

Organisatie uitgifte medicatie elders

Inleiding

In de verslavingszorg wordt gewerkt met medicatie vallend onder de Opiumwet. Deze medicatie valt onder strengere wetgeving wat betreft eisen aan vervoer, opslag, uitgifte en administratie dan andere medicatie. Deze medicatie wordt in de meeste gevallen direct aan patiënten verstrekt voor wie deze medicatie is bestemd. Echter, er zijn situaties waarin de patiënt niet in staat is zelf de medicatie op te halen, of waarin dit de afspraak is. In deze gevallen wordt de medicatie door derden (uitzonderlijke situaties) opgehaald, of gaat een medewerker op pad met de medicatie. Deze richtlijn biedt instructies voor deze situaties.

Wetgeving

Het is volgens de wet verboden om middelen die vallen onder de Opiumwet binnen of buiten het grondgebied van Nederland te brengen, te telen te bereiden, te bewerken, te verwerken, te verkopen, af te leveren, te verstrekken of te vervoeren; aanwezig te hebben; te vervaardigen.

Onder bepaalde voorwaarden is dit verbod niet van toepassing op apothekers, apotheehoudende artsen en dierenartsen. Daarnaast is het niet van toepassing op door de overheid aangewezen instellingen en personen of instellingen die dergelijke geneesmiddelen in voorraad hebben voor de uitoefening van de geneeskunst, tandheelkunde of voor eigen geneeskundig gebruik. Ontheffing wordt verleend door het ministerie van VWS.

Apothekers voeren een administratie omtrent de ontvangst, de herkomst, de bestemming, de aflevering, de toediening, het verlies en de vernietiging, be- en verwerking van opiumwetmiddelen. Deze gegevens worden alle afzonderlijk genoemd. Uit de administratie is eenvoudig te herleiden in welke hoeveelheid een Opiumwetmiddel in voorraad is. Volgens de Opiumwet zijn de verboden inzake het vervoeren of aanwezig hebben niet van toepassing op hen die de middelen vervoeren of daartoe aanwezig hebben in opdracht van degene die tot zodanig vervoer bevoegd is. Tevens zijn de verboden op het aanwezig hebben, verstrekken of vervoeren van opiumwetmiddelen uit lijst I of II niet van toepassing op instellingen die door de wet zijn toegelaten voor zorg aan verslaafden. De wet zegt niets specifiek over het verstrekken van opiaten.

Van belang zijn verder de volgende documenten: het besluit vergiften in apotheken en ziekenhuizen, dat is vervallen in 2007, de Opiumontheffing, beleidsregels opiumwetontheffing en het Opiumwetbesluit. In het Besluit 'Vergiften in apotheken en ziekenhuizen' staat gedetailleerder beschreven op welke wijze opiaten moeten worden opgeslagen. Deze wet is echter in 2007 vervallen, waarschijnlijk met de komst van de geneesmiddelenwet. Het is onduidelijk of er vervanging voor dit besluit is gekomen.

In het Opiumwetbesluit staat onder andere verder uitgewerkt waar recepten aan moeten voldoen, maar ook voor wie ontheffing geldt voor het aanwezig hebben, verstrekken of vervoeren van Opiumwetmiddelen, zoals verslavingszorginstellingen. Ook is hierin bepaald dat apotheken verplicht zijn een administratie bij te houden van de ontvangst, de herkomst, de bestemming, de aflevering, de toediening, het verlies, de vernietiging en de be- of verwerking van middelen.

Vervoeren van opiaten naar patiënten kan door medewerkers van verslavingszorginstellingen gedaan worden indien zijn daartoe opdracht krijgen van een bevoegd persoon. Het vervoer kan niet los gezien

worden van de verstrekking. Hierop is het zorgvuldigheidsbeginsel van toepassing uit de Wet BIG. Tevens kan het vervoer van opiaten niet los gezien worden van de eisen gesteld op het gebied van registratie. De eisen gesteld aan een apotheek gelden ook voor een verslavingszorginstelling met opiaatvoorraden. Gegarandeerd moet worden dat het afgegeven middel daadwerkelijk de gebruiker bereikt. In het kader van veiligheid, efficiëntie en wetgeving is het wenselijk dat zoveel mogelijk patiënten hun medicatie op de daarvoor bestemde locaties persoonlijk komen afhalen. Met name binnen de sociale verslavingszorg is de doelgroep echter niet altijd in staat om zich aan dergelijke afspraken of tijden te houden, om verschillende legitieme redenen. Het is wenselijk de patiënt de medicatie niet te onthouden, omdat dit nadelige effecten heeft op de gezondheid.

Om de kans op misbruik zo klein mogelijk te houden hierbij de volgende aanbevelingen, in de volgorde van keuze:

1. Een patiënt komt dagelijks persoonlijk halen en innemen onder toezicht op de daarvoor bestemde locatie;
2. Een patiënt komt persoonlijk halen en neemt de dagdosering in onder toezicht; de patiënt krijgt voor enkele dagen medicatie mee, zoals passend is bevonden bij het profiel van patiënt;
3. Een medewerker van de verslavingszorg brengt de medicatie naar patiënt toe en laat de patiënt ter plaatse de medicatie onder toezicht innemen. Dit is bij voorkeur een medewerker met een verpleegkundige achtergrond, en anders een medewerker die de autorisatietraining medicatie heeft gedaan. Bij het uitzetten is de medicatie dan al gecontroleerd door een verpleegkundige collega. In het EPD wordt geregistreerd dat de medicatie is thuisgebracht. Bij thuisbezorging tekent de patiënt voor ontvangst;
4. Medicatie kan worden meegegeven aan een partner of familielid van de patiënt, wanneer de patiënt daar uitdrukkelijke (schriftelijk) toestemming voor heeft gegeven. Hierbij moet het formulier 'gedelegeerde methadonuitgifte' gebruikt worden. Deze persoon moet bij voorkeur een ID-bewijs laten zien, en geregistreerd staan in USER/Psychis onder het opiaatscherm van de patiënt als 'bevoegde';
5. Slechts in uitzonderlijke gevallen kan medicatie meegegeven worden aan medepatiënten of huisgenoten, op dezelfde wijze als onder punt 4.

Om de werkwijze inzichtelijk en controleerbaar te houden wordt een centrale registratie van uitzonderingen (3 niet volgens protocol), 4 of 5 bijgehouden in de vorm van MIT-meldingen.

Formulier gedelegeerde methadonuitgifte

Naam patiënt :
Geboortedatum :
Usernummer :

Verzoekt op

Datum :
Tijd :

Zijn/haar medicatie

Naam medicatie :
Dosering :

Mee te geven aan

Naam :
Geboortedatum :

Instantie (indien van toepassing):

NB: Indien patiënt verzoekt om voor meerdere dagen medicatie mee te mogen nemen dan bij dit item eigen patiënt naam invullen.

Periode waarop de afspraken betrekking hebben: van tot

Reden gedelegeerde verstrekking:

Hierbij verklaart ondergetekende op-.....-..... (datum) bovengenoemde dosering voor benoemde periode in ontvangst te hebben genomen.

Naam :

Datum :

Handtekening :

Naam medewerker :

Paraaf medewerker :

Vakantieverstrekking

Protocol Vakantieverstrekking binnen de opiaatonderhoudsbehandeling

Inleiding

In feite is een vakantieverstrekking niets anders dan een afwijking van het bestaande, met de patiënt overeengekomen, haalschema. Bij de overweging om een patiënt voor langere tijd (opiaathoudende) medicatie mee te geven dienen twee belangrijke aspecten te worden onderzocht: (1) Wat is voor de betreffende patiënt een verantwoord medicatiebeleid; (2) Wat zijn de wettelijke beperkingen in het buitenland met betrekking tot het invoeren deze medicijnen. Immers, bepaalde geneesmiddelen mogen niet zonder meer de grens over.

In dit protocol worden de kaders geschetst voor het meegeven van onder de opiumwet vallende geneesmiddelen aan patiënten die voor een langere periode op vakantie willen. Daarbij wordt ook beschreven (3) wat het aandeel in de procedure is van zowel patiënt als instelling (met name: wie is waarvoor verantwoordelijk). Tenslotte wordt beschreven in welke situaties dit protocol van toepassing is (4).

1. Verantwoord medicatiebeleid

Een patiënt kan alleen maar een vakantieverstrekking mee krijgen indien er sprake is van:

- een stabiele dosis opiaatvervanger (tenminste 4 weken een vaste dosering) óf bezig zijn met een afbouwschema, met daarbij een positieve urineuitslag op methadon;
- een overtuiging bij de hulpverleners, op basis van vooraf verkregen informatie van de patiënt en het netwerk van de patiënt, dat het meegeven van methadon aan juist deze patiënt geen risico's met zich meebrengt. De patiënt dient een behoorlijke controle over het gebruik te hebben, kan met medicatie omgaan, en heeft in het afgelopen half jaar geen onderbrekingen in het methadonprogramma gehad of meldingen van verlies/diefstal van methadon.

Absolute contra-indicatie is:

- Instabiele psychische conditie, zoals bij psychose, depressie en/of suïcidaliteit.

De patiëntprofielen, die aangeven hoe stabiel een patiënt is wat betreft de verslavingsproblematiek zijn een hulpmiddel bij het vaststellen van de vakantie medicatieregelingen.

Indicaties voor een vakantieverstrekking

Hoofdprofielen	Mogelijk medicatieregelingen
<i>Scene mijder</i>	Meegeef-dosis aan patiënt
<i>Scene bezoeker</i>	Verstrekking via een apotheek elders of verstrekking via een instelling voor verslavingszorg of GGD elders, voor het buitenland een meegeef-dosis aan patiënt
<i>Scene bewoner</i>	Verstrekking onder toezicht elders via een instelling voor verslavingszorg of GGD

Bij vakantie in het binnenland dient een patiënt voor deze periode zijn of haar medicatie op te halen bij de plaatselijke instelling. Het verzoek en de overdracht naar deze verslavingszorginstelling wordt door de eerste verantwoordelijke hulpverlener van de patiënt gedaan. Slechts wanneer dit niet mogelijk is worden extra doses meegegeven.

2. Wettelijke beperkingen in het buitenland

Voor een vakantie in het buitenland gelden als extra aandachtspunten:

- Er dient toestemming te zijn van het betreffende land om de medicatie in te voeren cq in bezit te hebben. Op www.indro-online.de/travel.htm staat voor welke gebieden de invoer van medicatie verboden is. Wanneer de patiënt voor deze gebieden aantoonbaar (d.w.z. van de desbetreffende ambassade en/of het consulaat) schriftelijk toestemming heeft gekregen om het betreffende middel in te voeren kan alsnog tot vakantieverstrekking worden overgegaan;
- De patiënt kan valide reisdocumenten laten zien.

Bij verblijf in het buitenland wordt een Schengenverklaring (Schengenformulier: Origineel is te verkrijgen via het IGZ. Formuliercode: SCH/Com-ex(94)28 herz.) aangevraagd voor België, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Italië, Luxemburg, Oostenrijk, Portugal, Spanje en Zweden.

Betreft de vakantiebestemming of één van de doorreislanden een niet-Schengenland, dan wordt de patiënt geadviseerd officieel een invoer –of doorvoervergunning voor de medicatie te vragen bij een consulaat of ambassade van de betreffende landen en de verkregen vergunningen voor te leggen aan het Ministerie van VWS voor uitvoer van de medicatie. De patiënt dient te worden gewezen op de risico's van het niet navolgen van dit advies. Via de link www.indro-online.de/travel.htm is per land te zien wat mogelijk is. Voor een niet –Schengenland wordt aan de patiënt een medische verklaring in vier talen meegegeven, waarmee aangetoond kan worden dat de medicatie voor eigen gebruik is.

Voor het legaliseren van deze vertaling zie: www.farmatec.nl. *Farmatec controleert de verklaring op volledigheid en echtheid, eveneens de inschrijving van de arts in het BIG register. Vervolgens volgt de waarmerk. Mocht de patiënt vertrekken naar een land dat is aangesloten bij het Apostilleverdrag dan moet vervolgens een Apostillestempel gehaald worden bij de Centrale Balie van het Paleis van Justitie in Den Haag (kan ook per post) . Zie hiervoor www.cibg.nl. Voor een overzicht van deze Apostillelanden ook het CIBG.*

Overigens geeft noch een Schengenverklaring, noch de toestemming van een ambassade de garantie dat er geen problemen ontstaan bij de grens of in het land zelf door het in bezit hebben van deze middelen. Ook moet men erop bedacht zijn dat niet alleen opiaatonderhoudsmedicatie op de opiumlijst staan. Onder de opiumwet vallen ook de meeste benzodiazepinen zoals diazepam en oxazepam. Zie bijlage voor lijsten van middelen die onder de opiumwet vallen.

3. Organisatie, rol van patiënt

De instelling dient in een folder de regels en de procedures rondom de vakantie-regeling zoals deze in de instelling geldig zijn kenbaar te maken. In elke medicatiemodule staat per individuele patiënt vast hoe deze regeling in de praktijk uitgewerkt moet worden. In het multidisciplinaire overleg dient op basis van de wens van de patiënt en de indruk van de verschillende hulpverleners (met de arts als medisch eindverantwoordelijke), besloten te worden of de vakantie-verstrekking doorgang kan vinden. Het betreft hier een medisch verantwoorde wijze van beslissen over het meegeven van medicatie. Deze beslissing is afhankelijk van de hulpvraag van de patiënt.

Vanwege het regelen van een verstrekking elders en/of het organiseren van een hoeveelheid opiaatonderhoudsmedicatie is het noodzakelijk dat de patiënt de vakantie-verstrekking ruim van te voren aanvraagt.

Procedure

1. Een patiënt die met een opiaathoudende medicatie op vakantie wil vult een *aanvraagformulier vakantie-verstrekking* t.b.v. medicatie in. Het formulier wordt minimaal drie weken voor de beoogde afhaaldatum ingeleverd bij de verpleegkundige. De aanvragende patiënt is zelf verantwoordelijk voor de juiste invulling van het aanvraagformulier en de tijdige inlevering hiervan.
2. De verpleegkundige bepaalt welke verklaringen nodig zijn, afhankelijk van het land dat de patiënt gaat bezoeken.
3. Blijft de patiënt in Nederland dan voldoet een *medische verklaring* (voorbeeld bijlage 1) en *het bewijs van verstrekking en ontvangst*.
4. Is het vakantie-land een 'Schengenland' dan wordt een *Schengenformulier* (voorbeeld bijlage 5) ingevuld en door de arts ondertekend. De verpleegkundige controleert de ingevulde formulieren op volledigheid en legt deze voor aan de arts. De verpleegkundige draagt zorg voor verzending aan de inspectie Gezondheidszorg (IGZ).
5. Landen, niet behorend tot de Schengenlanden, zie **niet Schengenland**;
6. De verpleegkundige draagt er zorg voor dat op de laatste verstrekkingdatum voor vertrek van de patiënt de te verstrekken vakantie-mediatie op de unit aanwezig is.
7. De verpleegkundige overhandigt op de laatste verstrekkingdag voor de vakantie van de patiënt de vakantie-mediatie en het bijbehorende *Schengenformulier of Medische verklaring*.
8. Het *verstrek -en ontvangstbewijs* wordt door zowel verstrekker als patiënt ondertekend.

Vastleggen en overdragen besluitvorming

- De aanvraag, gemaakte keuzes en overwegingen (op basis van patiëntprofiel, criteria en land van bestemming) worden gerapporteerd in het patiëntregistratiesysteem.
- Verzend- ontvangstdata formulieren naar en van IGZ rapporteren in het patiëntregistratiesysteem.
- Bij afwijken van protocol: maak een rapportage met motivatie.
- De aanvragen, verklaringen van de IGZ en het ontvangstbewijs worden gearchiveerd.
- Maak een aantekening i.v.m. het eventueel extra bestellen van methadon

Alternatief verstrekpunt

- Patiënt voldoet niet aan criteria/protocol
- Bespreek met patiënt de voorwaarden om aan een vakantie-verstrekking te voldoen en de motieven waarom wij geen vakantie-verstrekking kunnen leveren, zoals uit oogpunt van zorg en behandelverantwoordelijkheid.

-
- Zoek samen met de patiënt naar alternatieven, eventueel een alternatief verstrekpunt in het land.
 - De verpleegkundige zoekt contact met het alternatieve verstrekpunt en draagt de patiënt over via een overdrachtsformulier.

4. Wanneer is dit protocol van toepassing?

- In voorkomende gevallen dat een patiënt voor zijn of haar werk naar het buitenland moet kan voor de verstrekking van medicatie gehandeld worden in de sfeer van dit protocol.
- Bij met name allochtone patiënten komt het voor dat er gevraagd wordt om medicatie mee te geven voor langere tijd, met als doel in het land van herkomst hun toestand te verbeteren. Dit is dan geen vakantieverstrekking in de zin van het woord maar er wordt een therapeutisch effect beoogd. Deze vraag dient dan ook besproken te worden in het kader van het bestaande zorgplan. Maar ook in deze gevallen gelden dezelfde wettelijke beperkingen en wordt het protocol voor vakantieverstrekking gevolgd.

Bijlage 1

Medische verklaring

Medical certificate/declaration medicale/ärztliches attest/certificado medico

Plaats : the Netherlands/Pays-Bas/die Niederlande/Paises Bajos
Place/lieu/Ort/localidad

Datum:
Date/date/Datum/fecha

Ondergetekende, behandelend arts, verklaart dat de hieronder genoemde patiënt:

The undersigned, doctor in attendance, declares that the patiënt named below/je soussigné, médecin traitant, declare que le patiënt nommé ci-dessous/Unterzeichneter behandelnder Arts erklärt, daß der/die genannte Patiënt(in)/El firmante, médico que lleva el tratamiento, declara que el siguiente paciente:

Naam+voorletters :
name/nom/Name/nombre

Geboortedatum :
date of birth/date de naissance/Geburtsdatum/fecha nacimiento

Geslacht : vrouwelijk/female/female/weiblich/feminine
Mannelijk/male/male/männlich/masculine

Woonplaats :
address/adresse de résidence/Wohnort/lugar de domicilio

Nummer paspoort/identiteitskaart:
Passport/id card number/numéro de passeporte/carte d`identité/Paß-/Personalausweisnummer/número de pasaporte/carnet de identidad

Gedurende zijn/haar verblijf in het buitenland, de volgende noodzakelijke medicatie in bezit heeft:

has de following essential medication in his/her possession during his/her stay abroad/a en da possession les médicaments necessaries suivants, durant son séjour á l`étranger/während seines/ihrer Aufenthalts im Ausland die folgende notwendige Medikation mitführt/necesita de la siguiente medication que obra en su poder durante el tiempo de residencia en el extranjero

Generieke naam (merknaam)

:.....
Generic name (brand name)/nom générique (nom de marque)/generischer Name (Markenname)/
nombre générico (marca)

Dagdosering

:.....mg
Daily dose/dosage journalier/Tagesdosis/Dosis diaria

Reisduur

:.....dagen/days/jours/Tagen/dias

Duration of journey/durée du voyage/Dauer de Reise/Duración del viaje

Totale dosering voor reisduur

:

mg=tabl of or/ou/oder/o: flacons/....capsules.

Total dose for duration of journey/dose total pour la durée du voyage/Gesamtdosis während der Reise/
dosis total por duración del viaje

Geldigheidsduur document

:.....

Periode of validity of document/délai de validité du document/Geltungsdauer des Dokuments/
plazo de validez documento

Behandelend arts:

Doctor in attendace/Médecin traintant/behandelnder Arzt/el médico que lleva el tratamiento.

.....

Nadere informatie

Additional information/Autres informations/nähere Informationen/más información

Tussentijdse onderbreking

Tussentijdse onderbreking opiaatonderhoudsprogramma

Inleiding

Voor een adequate werking van de opiaatonderhoudsbehandeling is een continuïteit van toediening noodzakelijk, om zo een constante methadon dan wel buprenorfinespiegel in het bloed te verkrijgen zodat onttrekkingsverschijnselen zo min mogelijk optreden en een overdosering wordt voorkomen.

Het onderbreken van een onderhoudsprogramma komt regelmatig voor in de dagelijkse praktijk. Indien het gaat om detentie of ziekenhuisopname is het vaak mogelijk om de verstrekking over te dragen. Vaak hebben patiënten ook andere redenen om één of meerdere verstrekkingen over te slaan. Als iemand meer dan twee dagen geen methadon slikt dan daalt de beoogde methadonspiegel en de tolerantie voor die dosis dusdanig dat daar rekening mee gehouden moet worden in de dosering. Dit heeft te maken met de verantwoordelijkheid die de verpleegkundige draagt met betrekking tot de kwaliteit en veiligheid van de methadonuitgifte. De afname van de tolerantie komt overeen met een vermindering van circa 5 mg methadon per dag.

Voor buprenorfine geldt dat als een patiënt meer dan vijf dagen geen buprenorfine heeft ingenomen deze persoon opnieuw worden ingesteld en door een arts worden gezien. De patiënt zal op een lagere dosis dan voorheen ingesteld moeten worden. Bij braken na 'inname' van het middel zijn geen problemen te verwachten.

Medicatiepoli's die dagelijks geopend zijn en daardoor in staat zijn patiënten dagelijks op een spreekuur te zien, kunnen snel reageren op onderbrekingen en daarmee de continuïteit waarborgen. Is dit niet het geval dan dienen de verstrekkingseenheden op lokaal niveau de continuïteit van een goede medicatievoorziening te waarborgen. Te denken valt hierbij aan samenwerking met een plaatselijke apotheek en andere locaties van de instelling.

Werkwijze en keuzes

Patiënt meldt zich na gemiste dosering aan de balie	Verpleegkundige controleert de gemiste dagen en vraagt na of patiënt elders verstrekt heeft gekregen.	Verpleegkundige checkt bij de andere verstrekker de laatste inname en de dosering en legt dit vast in User.
<u>Aantal gemiste doses</u>	<u>Afname tolerantie</u>	<u>Gevolgen voor te verstrekken dosering</u>
1 dag	niet	Geen gevolgen, wel informeren naar redenen en eventuele rapportage.
Na 2 gemiste doses. (dit geldt ook voor wegblijven na een vakantieverstrekking)	Niet significant	* Er wordt wel methadon verstrekt zonder aanpassing van de dosis. * EVH informeren die patiënt kan spreken over de oorzaken en oplossingen
Na 4 gemiste doses of meer. (dit geldt ook voor wegblijven na een vakantieverstrekking)	Wel	* Er wordt op dat moment geen methadon verstrekt. Continuïteit waarborgen door contact met de arts welke het beleid voorschrijft. * Patiënt kan zich melden voor een herziening van de dosis bij de arts. * EVH informeren die de patiënt kan spreken over oorzaken en oplossingen.
Elke onderbreking van een afbouwschema	Afhankelijk van het afbouwtempo en laatste doseringen kan dit een rol spelen.	* Verwijzing naar EVH om redenen en vervolg te bespreken. * Een nieuw voorstel voor een afbouwschema dient de arts te flatteren.
Bij sterke onttrekkingsverschijnselen	Hanteer SOS-OOS	* Verwijzing verpleegkundig spreekuur: * Hanteer SOS/OOS * Consulteren N.P./arts voor

Vastleggen en overdragen besluitvorming

- De informatie over de methadondosering en laatste dag van inname via een andere verstrekker bij voorkeur schriftelijk, en altijd rapporteren in User.
- Gemaakte keuzes en besluitvorming, en ook eventuele afwijking van het protocol (dit kan pas na overleg met de arts) rapporteren in User.
- De verpleegkundige past de opiaatschermen voor op/afbouw aan.
- De EVH wordt ingelicht.

Alcoholbeleid

Voorbeeld protocol Ambulante Opiatoonderhoudsbehandeling: verstrekking onderhoudsmedicatie, alcoholgebruik en het inschatten van de voedingstoestand

Inleiding

De laatste jaren blijkt dat veel patiënten naast heroïne en ander drugs ook chronisch alcohol gebruiken. Uit de literatuur en praktijkobservaties blijkt dat ongeveer 50% van de huidige methadongebruikende populatie vaak en veel alcohol gebruikt, naast illegale drugs en de legale methadon (Soyka et al, 2011). Dit brengt voor patiënten in de opiaatonderhoudsbehandeling verschillende risico's met zich mee. Bij langdurig overmatig alcoholgebruik wordt de methadon versneld omgezet (Srivastava et al., 2008). Patiënten hebben daardoor sneller last van ontwenningsverschijnselen, en hebben geen of onvoldoende baat van hun methadon. Daar staat tegenover dat kort en hevig alcoholgebruik juist de omzetting van methadon door de lever tegenhoudt, met als gevolg dat de methadonspiegel in het bloed stijgt. Dit brengt het risico van overdosering met zich mee.

Behalve de ongewenste combinatie van alcohol en methadon, brengt het vaak en veel drinken van alcohol somatische problemen met zich mee waaronder een verslechterende voedingstoestand; er bestaat o.a. een risico op een vitamine B- tekort (m.n. Thiamine), met als mogelijk gevolg o.a. ziektebeelden zoals Wernicke en Korsakoff en leverfunctiestoornissen. Patiënten met een hepatitis C infectie moet alcoholgebruik sterk worden afgeraden: door de verslechterde leverfunctie wordt alcohol niet goed verdragen. Tenslotte kan alcohol een negatief effect hebben op al bestaande psychiatrische problemen. Alcoholgebruik verdient dus de nodige aandacht binnen de opiaatonderhoudsbehandeling. Het doel van het onderstaande voorbeeldprotocol is om de verstreker/verpleegkundige een handvat te bieden hoe om te gaan met alcoholgebruik door patiënten. Mag de patiënt die alcohol gebruikt wel of juist geen methadon of andere medicatie aangeboden krijgen en hoe wordt deze beslissing zo eenduidig en objectief mogelijk genomen? In de wetenschappelijke literatuur is geen onderbouwing gevonden voor onderstaande normen. Ze zijn geheel gebaseerd op praktijkkennis, gevonden in protocollen van verschillende Nederlandse verslavingszorginstellingen. Op basis daarvan is een inschatting gemaakt van wat verantwoord alcoholbeleid is. NB: De verstreker/verpleegkundige die het probleem aanpakt dient over voldoende ervaring in de verslavingszorg te beschikken.

Praktijkvoorbeeld

Een patiënt die methadon voorgeschreven krijgt in het kader van zijn heroïneverslaving en daarnaast kampt met manisch-depressieve episoden meldt dat hij daar zelf alcohol en benzodiazepines bij gebruikt. Deze patiënt moet zich ervan bewust zijn dat de combinatie alcohol en benzo's juist zijn psychiatrisch probleem in stand houdt.

Werkwijze en keuzes

1. Wie blaast?

Bij alle patiënten voor wie een BAC-beleid is afgesproken wegens alcoholafhankelijkheid wordt standaard een blaastest afgenomen. Per individuele patiënt tot een promillage van 2,0 procent dient een individueel beleid in het behandelplan te worden opgenomen. Beleid, gebaseerd op (alcohol)tolerantie, gedrag,

co-medicatie, wordt vastgelegd in het behandelplan. Het beleid wordt besproken met de patiënt. Het gaat om patiënten bij wie de hulpverlening en de patiënt zijn overeengekomen op de navolgende manier te gaan samenwerken aan het terugdringen van de alcohol inname van de patiënt. Op basis van een aantal BAC-metingen worden individuele grenswaarden voor de BAC-metingen afgesproken. Verschijnt de patiënt voor verstrekking met een BAC-waarde boven deze afgesproken grenswaarden, dan wordt de methadon gedeeltelijk of helemaal niet verstrekt.

Ook wanneer door middel van observatie door verpleegkundige of arts wordt geconstateerd dat een patiënt onder invloed van alcohol zou kunnen verkeren (lallen en onvast ter been kan ook betekenen dat de patiënt teveel benzodiazepine heeft gebruikt), waardoor het eventueel niet verantwoord is om methadon of andere (opiaatonderhouds)medicatie te verstrekken, wordt de patiënt gevraagd een blaastest te doen.

2. *Inschatten alcoholpromillage en maatregelen*

De test is niet leidend voor een beslissing over het niet of gedeeltelijk verstrekken van methadon.

Het beeld dat de verpleegkundige/verstrekker heeft van de patiënt moet leidend zijn hierin.

De verpleegkundige/verstrekker maakt een inschatting van de ernst van de situatie, daarbij in acht nemend de symptomen van **intoxicatie**: lallende spraak, coördinatiestoornissen, onzekere gang, verstoorde volgbewegingen van de ogen, aandacht- en geheugenproblemen en bewusteloosheid.

En de symptomen die een **alcoholonthoudingsdelier** kenmerken: (wisselende) bewustzijnsstoornissen, desoriëntatie, zweten, trillen, hartkloppingen en andere verschijnselen van hyperactiviteit van het autonome zenuwstelsel, verstoorde waarnemingen (hallucinaties) met bewegingsonrust. Indien er twijfel ontstaat over de ernst van de situatie kan de Delirium Observatieschaal worden ingevuld (DOS)

De opgedane observaties moeten **altijd** worden gevolgd door een blaastest. Let op: het uitvoeren van een blaastest en het hebben van een uitslag betekent altijd dat er consequent moet worden gereageerd.

Grenswaarden

Alcohol tot 1,0 promille:	<i>geen actie</i>
Alcohol vanaf 1,0 tot 2,0 promille:	<i>halve dosering methadon</i>
Alcohol vanaf 2,0 promille en hoger:	<i>geen methadon</i>

Als de verpleegkundige/verstrekker de situatie van de patient te risicovol inschat is het van belang de patiënt zonder medicatie weg te sturen met het verzoek na 1 uur terug te komen om op nieuw een inschatting te maken van de situatie.

Mocht een patiënt een alcoholpromillage hebben tussen de 1.0 en 2.0 promille, dan is het aan te bevelen om de patiënt na inname van een halve dosering te blijven observeren. Mocht de patiënt alsnog niet goed reageren op de ingenomen portie, dan dient er zonodig eerste hulp te worden verricht.

Bij verlaagde dosis methadon (of geen methadon) geldt: geen methadon mee en volgende dag opnieuw blazen. Vervolgens de meting herhalen tijdens drie opeenvolgende verstrekkingen. Bij drie uitslagen < 1,0 ‰ stoppen met extra testen en reguliere verstrekking hervatten. Blijven de waarden boven 1,0 ‰ dan volgt dagelijkse verstrekking + alcoholblaastest. Zijn de waarden na twee weken gezakt onder 1,0 ‰ dan volgen de reguliere richtlijnen.

3. *Besluitvorming*

Wanneer er aan de balie op basis van observaties aanleiding bestaat om een blaastest af te willen nemen, wordt deze beslissing altijd door het aanwezige behandelteam genomen. Leg de eigen observaties dus altijd eerst voor aan minimaal een directe collega, zodat vermoedens gecheckt en bijgesteld kunnen worden.

Laat de uitkomst van de blaastest aan de patiënt zien en overleg met collega's over de te nemen vervolgstappen. Neem ook hier altijd gezamenlijk een besluit. Zoek bij twijfel afstemming met de verslavingsarts en hoofd behandeling. Als de te nemen beslissing en acties helder zijn kan het inlichten van verslavingsarts en hoofd behandeling achteraf plaats vinden.

4. *Gedragsregels voor de patiënten die alcohol gebruiken naast methadon*

- De patiënt krijgt mondeling en schriftelijk goede uitleg over de risico's van alcoholgebruik.
- De patiënt neemt geen alcohol mee naar de methadonpost.
- Op advies van de verpleegkundige of arts, doet de patiënt een blaastest om het alcoholpromillage vast te stellen.
- Indien de patiënt niet mee wil werken aan een blaastest, dan kan er geen medicatie uitgegeven worden.
- Kan de patiënt niet blazen vanwege bv. COPD klachten, dan moet er een individueel beleid afgesproken worden.

5. *Benadering patiënt*

De verstrekker/verpleegkundige moet altijd alle stappen en beslissingen aan de patiënt mededelen vanuit een niet veroordelende houding. De patiënt heeft recht op goede begrijpelijke informatie, die moet worden gegeven door de hulpverlener zelf. In deze gesprekken moet de hulpverlener rekening houden met de reacties, wensen en houding van de patiënt. Probeer zoveel mogelijk aan te sluiten hierbij, maar blijf zeker en krachtig de beslissing die is genomen uitdragen. Het is belangrijk op een later tijdstip terug te komen op het incident, de voedingstoestand en het alcoholgebruik van de individuele patiënt. De consulten binnen bv. een verpleegkundige spreekuur zijn hiervoor met name geschikt. Een actieve benadering hierin is van belang voor een goede behandelrelatie, met name voor het tot stand komen van de dialoog.

Rapportage

Alle stappen en beslissingen moeten in het patiëntendossier/patiëntenregistratie worden gerapporteerd. Per patiënt moet in het individuele behandelplan gesprekaantekeningen en besluiten terug te vinden zijn over dit onderwerp en over de genomen beslissingen.

Bijlage 1 bij alcoholbeleid: inschatten voedingstoestand

Inschatten voedingstoestand en uitzetten beleid

Alcoholgebruik leidt tot een aantal somatische en in combinatie met verslavingsproblemen ook tot psychiatrische klachten. Beide probleemgebieden hebben de professionele aandacht van verstrekkers en verpleegkundigen aan het uitgifteloket nodig.

Bij verpleegkundige observaties is het erg belangrijk om aandacht te geven aan de algemene voedingstoestand van de patiënt. Het inschatten hiervan heeft de volgende onderdelen;

- Lengte en gewicht opnemen: BMI berekenen
De Body Mass Index wordt als volgt berekend: het gewicht (in kg) gedeeld door de lengte (in m) in het kwadraat:
BMI = gewicht (bijvoorbeeld: 68 kg) : lengte in kwadraat (bijvoorbeeld: 1,78 x 1,78):
68 : 3,17 = 21.45

Er is sprake van ondergewicht wanneer de BMI < 18. Bij personen boven de 65 jaar is bij een BMI < 22 sprake van ondergewicht

- Observeren op basis van de klinische blik
Aandachtspunten hierbij zijn:
 - Uiterlijk patiënt (ingevallen gelaat)
 - Reactie (apathisch, moe en passief)
 - Handdruk (slap)
 - Conditie huid (droog, schilferig, bleek, eventueel met blauwe plekken)
 - Conditie haar (dof)
 - Zieke indruk
 - Geen belangstelling voor de omgeving
 - Slechte aanspreekbaarheid
 - Kracht ademhalingspijpen: testen door tegen papiertje te laten blazen (zwak)
 - Oogopslag/pupillen
 - Stabiliteit (staan, lopen)
 - Spraak (dubbele tong)
- Invullen van de Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ)
 1. Ben je onbedoeld afgevallen?
 - meer dan 6 kg in de laatste 6 maanden
 - meer dan 3 kg in de afgelopen maand
 2. Had je de afgelopen maand een verminderde eetlust?
 3. Heb je de afgelopen maand drinkvoeding of sondevoeding gebruikt?

Indien twee vragen met ja worden beantwoord is moet de patiënt worden verteld dat hij/zij 2 keer per dag een tussenmaaltijd moet gebruiken

- Inventariseren van de inname van voedsel en drinken de laatste week
- Inventariseren alcoholgebruik laatste weken
- Informeren bij patiënt en in dossier of patiënt een aanvullend Vit. B beleid aangeboden krijgt.

Als uit de bovenstaande vragen en inschattingen een indruk naar voren komt dat de patiënt ondervoed is, zal de patiënt doorverwezen moeten worden naar de verslavingsarts of ANP-er/verpleegkundig casemanager voor een verdere diagnostiek en behandeling.

Bijlage 2 bij alcoholbeleid:

Thiamine beleid bij chronisch alcoholgebruik

Algemene aanwijzingen voor een adequaat vitamine beleid bij chronisch alcoholbeleid zijn (overgenomen uit Multidisciplinaire Richtlijn Alcohol, 2008):

Normale voedingstoestand	Slechte voedingstoestand	Aanwezig zijn van Korsakoff syndroom of hebben doorgemaakt van een acute Wernicke
2 x daags 50 mg. Thiamine in combinatie met Vit B complex oral	Drie tot vijf dagen 1 x daags 250 mg. Thiamine intramusculair	3x daags 500 mg. Thiamine intramusculair en 3 x daags Vit B complex in combinatie met 500 mg. Vit C oraal

DELIRIUM OBSERVATIE SCREENING (DOS) SCHAAL (versie 0 - 1)

datum:

naam patiënt:

OBSERVATIES De patiënt:		dag dienst			late dienst			nacht dienst			TOTAAL SCORE DEZE DAG (0 - 39)
		nooit	soms - altijd	weet niet	nooit	soms - altijd	weet niet	nooit	soms - altijd	weet niet	
1	zakt weg tijdens gesprek of bezigheden	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
2	is snel afgeleid door prikkels uit de omgeving	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
3	heeft aandacht voor gesprek of handeling	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
4	maakt vraag of antwoord niet af	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
5	geeft antwoorden die niet passen bij de vraag	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
6	reageert traag op opdrachten	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
7	denkt ergens anders te zijn	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
8	beseft wel welk dagdeel het is	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
9	herinnert zich recente gebeurtenis	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
10	is plukkerig, rommelig, rusteloos	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
11	trekt aan infuus, sonde, catheter enz.	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
12	is snel of plotseling geëmotioneerd	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
13	ziet/hoort dingen die er niet zijn	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
TOTAAL SCORE PER DIENST (0 - 13)											
DOS SCHAAL EINDSCORE = TOTAAL SCORE DEZE DAG / 3											



DOS SCHAAL eindscore	< 3	geen delier
	≥ 3	waarschijnlijk delier

Arrestanten

Protocol Arrestanten en verstrekking van opiaatonderhoudsmedicatie

Inleiding

Dit protocol beschrijft de te ondernemen stappen in het geval een patiënt van het medicatieprogramma wordt gearresteerd. Het doel is de zorg rondom de patiënt zo goed mogelijk te coördineren zodat er in de medicatieverstrekking geen onderbrekingen komen en er heldere communicatie is met derden. NB: het gaat hier alleen patiënten die al in behandeling zijn van een instelling voor verslavingszorg.

Werkwijze en keuzes

- Wanneer arrestantenzorg met een verzoek komt voor medicatie voor een arrestant, controleer dan of deze persoon inderdaad in het medicatieprogramma zit. Zo nee dat is overleg met de politiearts noodzakelijk.
- Afhankelijk van het aantal verstrekmomenten van de behandelafdeling kan er medicatie en medicatie worden meegegeven aan de politie: bij een medicatiepost die dagelijkse verstrekkingmogelijkheden heeft, wordt bij voorkeur maar 1 dagdosis meegegeven en kan men de dag erop weer contact opnemen indien nodig. Dit om zo min mogelijk medicatie uit zicht te verliezen.
- De dagdoseringen worden per dag, apart verpakt, met duidelijke datum erop meegegeven.
- Met de arrestantenzorg wordt duidelijk afgesproken dat niet uitgegeven medicatie retour komt.
- Wanneer een cliënt doorgaat naar een PI of HVB, zal de medische dienst doorgaans contact opnemen met de door de patiënt aangegeven medicatiepost voor overdracht van medicatie. Wanneer de patiënt naast medicatie ook nog andere medicatie krijgt moet dit worden doorgegeven.
- Wanneer een patiënt vrijkomt uit detentie zal hij of zij zich weer melden voor medicatie. Er wordt altijd contact opgenomen met de medische dienst van de PI of HVB of dosering hetzelfde is gebleven en wanneer de laatste dosering is uitgegeven.
- Tevens wordt geïnformeerd naar eventuele bijzonderheden, naar bloedsuitslagen en de uitslag van de x-thorax van de detentieperiode.
- Wanneer de patiënt lang uit beeld is geweest opnieuw inplannen bij de verslavingsarts; opnieuw aandragen bij de behandelcoördinator voor (her)opstarten verdere hulpverlening.

Vastleggen en overdragen besluitvorming

- De uitgifte moet worden geregistreerd in het registratiesysteem voor de medicatieuitgifte, en in het patiëntendossier (welke medicatie, voor hoeveel dagen). De verpleegkundige die de dosering uitgeeft blijft verantwoordelijk voor de uitgifte.
- De eerst verantwoordelijke hulpverlener moet op de hoogte gesteld worden van de arrestatie van de patiënt.
- Wanneer de verwachting is dat patiënt voor lange tijd gedetineerd zal zijn, wordt het opiaatscherm afgesloten. Als de verwachting is dat de patiënt na detentie weer terug komt in het programma kan de module medicatie open blijven staan.

Afkortingen

BOA	bloed overdraagbare aandoeningen
Bopz	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz)
CCBH	Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden
DOT	dosering onder toezicht
HIV	human immunodeficiency virus
HKZ	harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector
IBS	in bewaring stelling
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISD	Inrichting Stelselmatige Daders: maatregel om meerderjarige stelselmatige daders te plaatsen in een daartoe aangewezen inrichting.
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem
LVB	licht verstandelijke beperking
MDR	multidisciplinaire richtlijn
RM	rechterlijke machtiging
SOA	seksueel overdraagbare aandoeningen
Wet VGGZ	Wet Verplichte GGZ

