

Uitvoeringsprotocol

Opiaatonderhoudsbehandeling bij heroïneverslaving met medische heroïne, methadon en buprenorfine¹

Boukje Dijkstra, Barbara van Straaten, Marjolein van Tongeren, Elske Wits (in alfabetische volgorde)

3 juli 2019

¹ Het Uitvoeringsprotocol is ontwikkeld door NISPA en IVO in opdracht van Resultaten Scoren / Verslavingskunde Nederland. Dit uitvoeringsprotocol is een samenvoeging van de Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB) en het Handboek Behandeling met Heroïne op Medisch Voorschrift en vervangt daarmee deze documenten. Het uitvoeringsprotocol reflecteert de stand van zaken van de aanwezige documenten, met actualisatie op de volgende gebieden: personeelsmix, aantal behandelcontacten, integreren Medische Heroïne Unit (MHU) en methadonverstrekkingen en thuisbezorging.

Sommige aspecten rond de zorg voor patiënten met een opiaatverslaving kunnen achterhaald zijn, inhoudelijk maar ook op het gebied van wenselijke normeringen. We streven ernaar dit uitvoeringsprotocol in de toekomst te actualiseren. Hiervoor is een ontwikkelagenda opgesteld.

Voorwoord

Een opiaatonderhoudsbehandeling behoort tot de meest effectieve interventies voor mensen met een opiaatverslaving. Door middel van opiaatonderhoudsbehandeling is stabilisatie over langere termijn te bereiken (Van den Brink et al., 2013). Verslavingsinstellingen bieden allen verantwoorde zorg als het gaat om ambulante heroïne- en methadonbehandeling, zo bleek uit onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2017. Dat is goed nieuws. Dit uitvoeringsprotocol Opiaatonderhoudsbehandeling voor de zorg aan patiënten met een opiaatverslaving heeft als doel de kwaliteit van de uitvoeringspraktijk van de opiaatonderhoudsbehandeling verder te bestendigen. Het gaat om verantwoorde behandeling met opiaatvervangers en/of medische heroïne en het inrichten van een professionele organisatie in de huidige methadon- en heroïneverstrekking. Professionals die werken met patiënten met een opiaatverslaving hebben met dit uitvoeringsprotocol een praktisch en overzichtelijk instrument in handen om hun patiënten kwalitatief goede zorg en behandeling te kunnen bieden. Met name binnen de medische heroïneverstrekking vindt de behandeling plaats aan de hand van strikte voorschriften. Deze voorschriften vindt u in dit uitvoeringsprotocol.

De taakverdeling van onder andere artsen, verpleegkundigen, verzorgenden en behandelaren worden in dit uitvoeringsprotocol niet vastgelegd. Dit kan per instelling verschillen. Het is aan de instellingen zelf om, met in achtneming van het BIG register en kwaliteitsregisters, taken te verdelen, zodat verantwoorde zorg gegeven kan worden aan de patiënt.

Het uitvoeringsprotocol sluit aan op andere bestaande documenten, als de MDR Opiaten, de Standaard Opiaatverslaving en de Richtlijn detoxificatie. Dit was nodig vanwege diverse ontwikkelingen zoals de decentralisaties en de komst van de basis-ggz, het verschijnen van de Richtlijn Detoxificatie (Dijkstra, Van Oort, Schellekens, De Haan, & De Jong, 2017), het feit dat de behandeling met heroïne op medisch voorschrift steeds verder is geïntegreerd met de reguliere opiaatonderhoudsbehandeling en het steeds meer centraal staan van herstelondersteunende zorg binnen de verslavingszorg.

De kwaliteit van de uitvoeringspraktijk van de opiaatonderhoudsbehandeling krijgt met dit nieuwe uitvoeringsprotocol Opiaatonderhoudsbehandeling een extra impuls. Toch dient het uitvoeringsprotocol Opiaatonderhoudsbehandeling op verschillende punten aangepast te worden. Een aantal aspecten rond de zorg voor patiënten met een opiaatverslaving zijn achterhaald, inhoudelijk maar ook op het gebied van wenselijke normeringen. Belangrijke wenselijke aanpassingen die verricht dienen te worden zijn op gebied van opiaatonderhoudsdosering, kaders en beleid. We streven ernaar het uitvoeringsprotocol in de toekomst te actualiseren. Hiervoor is een ontwikkelagenda opgesteld.

De auteurs

Inhoudsopgave

1. Opiaatverslaving	7
2. Behandeling van een opiaatverslaving	9
2.1 Behandeldoelen	9
2.2 Psychosociale begeleiding en behandeling	12
3. Organisatie van zorg	15
3.1 Organisatie medische heroïne-unit en methadonverstrekkingen	15
3.2 Kaders voor het verstrekken van opiaten	15
3.3 Organisatie van psychosociale behandeling en begeleiding	19
4. Consulten	24
A. Consult intake	26
B. Medische Consult	29
C. Startgesprek onderhoudsbehandeling	32
D. Tussenconsulten onderhoudsbehandeling	34
E. Tussenconsult behandelplanbespreking	36
F. Consult crisisinterventie bij overdosering	38
5. Instellen opiaatonderhoudsbehandeling	40
5.1 Onderhoudsdosering methadon	40
Indicaties voor methadon	40
Contra-indicaties voor methadon	40
Bijwerkingen van methadon	40
Instellen op methadon	40
5.2 Onderhoudsbehandeling buprenorfine	43
Indicaties voor buprenorfine	43
Relatieve contra-indicaties voor buprenorfine	43
Bijwerkingen van buprenorfine	43
Instellen op buprenorfine	44
Van methadon/heroïne naar buprenorfine	45
5.3 Onderhoudsbehandeling heroïne	47
Indicatiecriteria voor heroïne op medisch voorschrift	47
Voorwaarden medische heroïne behandeling	47
Conditie voor behandeling	47
Contra-indicaties voor heroïne op medisch voorschrift	47
Bijwerkingen heroïne	48
Instellen op medische heroïne	48
Omzetting methadon naar heroïne	50

6. Comorbide problematiek	52
6.1 Psychiatrische comorbiditeit	52
6.2. Lichamelijke comorbiditeit	53
6.3 Sociaal-maatschappelijke problemen	57
7. Uitzonderlijke situaties medicatieverstrekking	59
Vakantieregelingen.....	59
Vakantie in het buitenland	59
Gemiste doseringen	60
Detentie.....	60
8. Landelijke richtlijnen	61
Literatuur.....	64
Bijlagen	61
Bijlage 1 Inrichting MHU.....	66
Bijlage 2 Somatisch onderzoek opiaten	67
Bijlage 3 Urineonderzoek	72
Bijlage 4 Voorbeeldprotocol alcoholbeleid en voedingstoestand	75
Bijlage 5 Tussentijdse onderbreking van methadon en heroïne.....	79
Bijlage 6 Inschatten voedingstoestand.....	82
Bijlage 7 Werkzaamheden verstrekking medische heroïne	83
Bijlage 8 Richtlijn thuisbehandeling opiaten	88
Bijlage 9 Doseringsschema's injecteerbare en rookbare heroïne	91
Bijlage 10 Voorbeelden van doseringsschema's medische heroïne behandeling	94
Bijlage 11 omzetting heroïne naar methadon.....	99
Bijlage 12 Protocol arrestanten en verstrekking van opiaatonderhoudsmedicatie	100
Bijlage 13 Drug accountability (specifiek voor MHU).....	102

Inleiding

Dit uitvoeringsprotocol is bedoeld voor professionals die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met een opiaatverslaving. Het geeft praktisch en overzichtelijk weer hoe de zorg en behandeling voor deze patiënten dient te worden ingericht.

Dit uitvoeringsprotocol is gebaseerd op 2 eerdere richtlijnen en handboeken, namelijk:

- De Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB) (Loth, Wits, De Jong, & Van de Mheen, 2012)
- De Manual onderzoek heroïne op medisch voorschrift (CCBH/Kendle, 2000) / het Handboek Behandeling met Heroïne op Medisch Voorschrift – veldnormen (ofwel handboek Medische Uitgifte Heroïne, MHU) (CCBH, 2010)

Het uitvoeringsprotocol vervangt bovenstaande documenten. Het protocol sluit daarnaast aan op de volgende richtlijnen en zorgstandaarden:

- De Multidisciplinaire richtlijn (MDR) opiaatverslaving (Van den Brink, Van de Glind, & Schippers., 2013)
- De Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve stoffen (Dijkstra e.a., 2017)
- De Zorgstandaard Opiaatverslaving (IVO, Resultaten Scoren, Het Zwarte Gat, & Werkgroep Zorgstandaard Opiaatverslaving, 2017)
- Het Somatisch Onderzoek bij Opiaatverslaving (SOO). Een praktische handreiking voor artsen, verpleegkundig specialisten. (De Gee, A., Laghaei, F. & Van der Poel, A. (red), 2016)
- Handreiking Somatiek & Infectieziekten voor opiaatafhankelijke patiënten in de Verslavingszorg' (Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction, 2016)

De huidige versie van dit uitvoeringsprotocol is een beknopte samenvoeging van informatie uit bovenstaande bestaande richtlijnen en handboeken. Sommige aspecten rond de zorg voor patiënten met een opiaatverslaving kunnen achterhaald zijn, inhoudelijk maar ook op het gebied van wenselijke normeringen. We streven ernaar dit uitvoeringsprotocol in de toekomst verder te actualiseren. Een eerste stap in deze richting is gemaakt door het verwijderen van de zeer strikte beschrijving van de benodigde personeelsmix. Er is voor gekozen om de taakverdeling van onder andere artsen, verpleegkundigen, verzorgenden en behandelaren niet vast te leggen in dit protocol. Het is aan de instellingen zelf om, met in achtneming van het BIG register en de kwaliteitsregisters, de taken te verdelen. Tevens wordt de instellingen meer ruimte gegeven om, daar waar mogelijk en wenselijk is, de MHU's, methadonverstrekkingsposten of overige posten te integreren. De mogelijkheid om methadon / buprenorfine thuis te verstrekken is uitgewerkt en toegevoegd. Op basis van de beschikbare kennis en ervaring is ervoor gekozen om de behandel frequentie en behandel tijden voor de MHU's niet aan te passen.

Leeswijzer

Het Uitvoeringsprotocol voor de zorg aan patiënten met een opiaatverslaving bestaat uit 8 hoofdstukken. Voor de leesbaarheid wordt er in deze handleiding in de hij-vorm gesproken. Wanneer er hij, zijn of hem staat kan er ook zij of haar gelezen worden.

In het eerste deel wordt algemene informatie gegeven over een opiaatverslaving. Hoofdstuk 2 geeft een uitwerking hoe de behandeling van een opiaatverslaving vorm gegeven kan worden. In

hoofdstuk 3 is uitgewerkt hoe de zorg voor patiënten met een opiaatverslaving georganiseerd dient te worden. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 de algemene taken per consult beschreven. De beschreven consulten zijn een leidraad voor de begeleiding van patiënt voor en tijdens de behandeling. In hoofdstuk 5 wordt informatie gegeven hoe een patiënt in te stellen op een opiaatonderhoudsdosering. De indicaties en contra-indicatie voor een opiaatonderhoudsbehandeling worden hier uitgewerkt. In hoofdstuk 6 worden veelvoorkomende andere klachten en aandoeningen naast opiaatverslaving beschreven. Hoofdstuk 7 geeft een overzicht van hoe te handelen in geval van vakantie, een gemiste dosering en detentie. In het afsluitende hoofdstuk, hoofdstuk 8, worden de landelijke richtlijnen uitgewerkt met betrekking tot behandeling van patiënten met een opiaatverslaving.

1. Opiaatverslaving

Opiaten zijn stoffen die direct uit de slaapbol (Papaver somniferum) worden gewonnen of daar een synthetische bewerking van zijn, bijvoorbeeld morfine, codeïne, heroïne, oxycodon. Opiaten vallen onder de bredere groep van opioïden. Dit zijn alle stoffen die door interactie met opioïdereceptoren morfine-achtige effecten veroorzaken, waaronder bijvoorbeeld endorfine, methadon, fentanyl en buprenorfine. De termen opiaten en opioïden worden vaak door elkaar gebruikt. Hoewel opioïden beter de lading dekt, kiezen we in dit uitvoeringsprotocol voor de term opiaten, omdat deze term het meest gebruikt wordt. Dit komt overeen met de MDR Opiaatverslaving (Van den Brink, Van de Glind, & Schippers., 2013) en de zorgstandaard opiaatverslaving (IVO, Resultaten Scoren, Het Zwarte Gat, & Werkgroep Zorgstandaard Opiaatverslaving, 2017).

Hoe vaak komt een opiaatverslaving voor?

Gebruik van heroïne komt weinig voor in de algemene bevolking. In 2015 had 0,5 procent van de Nederlanders van 18 jaar en ouder ervaring met heroïne (Van Laar et al., 2016). In 2015 waren er 9.093 personen in de verslavingszorg geregistreerd met opiaatproblematiek. De meeste opiaatcliënten waren al eerder in behandeling bij de verslavingszorg. Slechts 3 procent werd ingeschreven in 2015 en stond niet eerder ingeschreven (Van Laar et al., 2016). Patiënten in de verslavingszorg met een opiaatverslaving vormen een relatief 'oude' doelgroep: 68 procent is 45 jaar of ouder en 4 procent is jonger dan 30 jaar (Van Laar et al., 2016).

Wat is een opiaatverslaving?

In de DSM-5 (American Psychiatric Publishing, 2013) wordt een opiaatverslaving (stoornis in het gebruik van opiaten) gedefinieerd als "een onaangepast patroon van opiaatgebruik dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk". Een opiaatverslaving voldoet aan de DSM-criteria wanneer minstens 2 van in totaal 11 criteria in het laatste jaar aanwezig zijn.

De DSM-criteria zijn:

1. Opiaten worden vaak gebruikt in grotere hoeveelheden of langduriger dan de bedoeling was.
2. Er is een blijvende wens, of er zijn vergeefse pogingen gedaan, om het opiaatgebruik te minderen of in de hand te houden.
3. Veel tijd wordt besteed aan activiteiten die nodig zijn om aan opiaten te komen, opiaten te gebruiken of te herstellen van de effecten ervan.
4. Hunkering, sterke wens of drang tot opiaatgebruik.
5. Terugkerend opiaatgebruik met als gevolg dat de belangrijkste rolverplichtingen niet worden nagekomen op het werk, op school of thuis.
6. Aanhoudend opiaatgebruik ondanks blijvende of terugkerende sociale of interpersoonlijke problemen, veroorzaakt of verergerd door de effecten van opiaten.
7. Belangrijke sociale, beroepsmatige of vrijetijdsactiviteiten zijn opgegeven of verminderd vanwege het opiaatgebruik.
8. Terugkerend opiaatgebruik in situaties waarin dit fysiek gevaar oplevert.
9. Opiaten blijven gebruiken terwijl men weet dat er een blijvend of terugkerend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk is veroorzaakt of verergerd door de opiaten.
10. Tolerantie, zoals gedefinieerd door één van de volgende kenmerken:

- a. Behoeftte aan een duidelijk toegenomen hoeveelheid opiaten om een intoxicatie of het gewenste effect te bereiken.
 - b. Een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid opiaten.
11. Ontwenningssverschijnselen, zoals blijkt uit minstens één van de volgende kenmerken:
- a. Het kenmerkende onthoudingssyndroom van opiaten.
 - b. Opiaten worden gebruikt om onttrekkingssymptomen te verlichten of te voorkomen.

De DSM-5 onderscheidt de volgende niveaus in ernst van de verslaving:

- licht (2 tot 3 symptomen aanwezig)
- matig (4 tot 5 symptomen aanwezig)
- ernstig (6 of meer symptomen aanwezig)

De patiënt met een opiaatverslaving

Een opiaatverslaving is meestal een chronische aandoening, met diverse periodes van behandeling en terugval. Toch is er een aanzienlijk verschil tussen patiënten in de ernst van de problematiek. Dit hangt vooral af van de mate van integratie in de maatschappij, en van de lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand van de patiënt. Hieronder volgt een indeling in de mate van ernst van de problematiek in drie categorieën. Deze indeling heeft een parallel met de indeling in een lichte, matige en ernstige verslaving in de DSM 5, maar is gebaseerd op meer indicatoren dan alleen het middelengebruik² (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017).

1. lichte problematiek: mensen met een goede gezondheidstoestand, met daarbij niet of nauwelijks maatschappelijke en sociale problemen (bijvoorbeeld zelfstandig wonend, reguliere dagbesteding, een vast inkomen, goede controle over het middelengebruik, en contacten met familie en niet-gebruikende vrienden);
2. matige problematiek: mensen met matige gezondheidsklachten met daarbij matige maatschappelijke en sociale problemen zoals een sociaal netwerk dat zich vooral binnen de 'scene' concentreert, redelijke controle over het gebruik, een laag aantal niet ernstige contacten met politie of justitie (zoals boetes), weinig daginvulling;
3. ernstige problematiek: ernstige gezondheidsproblemen, ernstige maatschappelijke en sociale problemen, zoals verwaarlozing, gebrek aan (vaste) woonruimte, geen inkomen en dagbesteding, geen contacten buiten de 'scene', veel in aanraking komen met justitie en zwaar middelengebruik.

De ernst van de verslaving en eventuele bijkomende psychische problemen heeft gevolgen voor de aard en intensiteit van de behandeling.

² Van den Brink en Schippers (Van den Brink & Schippers, 2012) hebben een aanzet gegeven om via staging en profilering een betere inschatting van de aard, ernst en beloop van de verslaving te maken. Zo wordt beter rekening gehouden met de heterogeniteit van de groep patiënten met een verslaving.

2. Behandeling van een opiaatverslaving

Behandeling vindt zoveel als mogelijk ambulant plaats. Bij gebleken noodzaak voor opname is de klinische behandeling ingebed in een ambulant traject. Overwegingen voor klinische detoxificatie zijn opgenomen in de Richtlijn Detoxificatie (Dijkstra et al., 2017), evenals een leidraad voor de duur van detoxificatie per middel. Bij ernstige verslavingsproblematiek, ernstige sociaal-maatschappelijke problematiek en psychiatrische comorbiditeit dient klinische behandeling met de patiënt en diens naasten te worden overwogen (IVO et al., 2017).

2.1 Behandeldoelen

Er zijn 5 mogelijke behandeldoelen specifiek gericht op het middelengebruik bij opiaatverslaving (Van den Brink et al., 2013) (in willekeurige volgorde):

1. Volledige abstinentie van alle voorgeschreven, niet-voorgeschreven en illegale opiaten, die begint met ontgiftiging (detoxificatie) en indien mogelijk wordt gevolgd door een behandeling voor terugvalpreventie.
2. Abstinentie van alle niet-voorgeschreven en illegale opiaten, door middel van een onderhoudsbehandeling met een effectieve dosis opiaatagonisten: methadon, buprenorfine of heroïne op medisch voorschrift.
3. Vermindering van het gebruik van niet-voorgeschreven en illegale opiaten en het voorkomen van drugsgelateerde schade door een onderhoudsbehandeling methadon of buprenorfine.
4. Beperking van drugsgelateerde schade, bijvoorbeeld door verwijzing naar een gebruikersruimte of een gebruikersorganisatie of eventueel in combinatie met deelname aan een spuitomruilprogramma of door het aanbieden van stabiele woonruimte zonder daaraan de eis te verbinden dat (al direct) deelgenomen moet worden aan een van de eerdergenoemde behandelprogramma's.
5. Crisisinterventie, onder meer bij overdoseringen.

De zorgverlener gaat bij aanvang van een behandeling samen met de patiënt na welk doel de patiënt met de behandeling voor ogen heeft. De keuze voor een van de 5 bovenstaande opties wordt bepaald door de voorkeur van de patiënt, comorbiditeit, eerdere ervaringen, motivatie en patiëntkenmerken. De wens van de patiënt staat hierin centraal: wat zijn de eigen ideeën over de in te zetten behandeling? Een behandeling moet 'empowerment' van patiënten stimuleren, dat wil zeggen dat de behandeling het door een patiënt zelf ingezette herstelproces ondersteunt (De Haan & Oude Bos, 2011).

Behandelplan

De doelen van de patiënt leiden tot het behandelplan, met als doel de gezondheid (in de brede zin van het woord) van de patiënt te verbeteren. Het sociaal maatschappelijk functioneren wordt nadrukkelijk hierin betrokken. Het behandelplanplan beschrijft wie welke rol oppakt binnen het plan. Het behandelplan beschrijft onder meer de zorgvraag, de oorzaken van de ervaren beperkingen, de persoonlijke behandeldoelen en (maatschappelijke) hersteldoelen, en de behandelinterventies. Het bevat een duidelijk omschreven stappenplan met zicht op de toekomst. De patiënt bepaalt (mede)

het tijdsplan. Het tempo, de herstelfase en de persoonlijke beleving van de patiënt zijn zoveel mogelijk leidend. Een patiënt of diens behandelaar kan een second opinion aanvragen (herbeoordeling van een diagnose en/of behandeladvies).

Het behandelplanplan is een instrument voor patiënt, naasten en behandelaar om steeds na te gaan of ze op de juiste weg zitten met de behandeling en of de doelen gehaald gaan worden. Zorgverlener en patiënt evalueren periodiek ('Hoe is het gegaan en waar werken we dit gesprek aan, gerelateerd aan de afgesproken doelen?') en aan het einde ('Wat heeft u eraan gehad?').

Over het algemeen is opiaatonderhoudsbehandeling gericht op stabilisatie eerste keus bij behandeling (behandeldoel 2 of 3). Stabiele abstinentie, oftewel helemaal stoppen met gebruik (behandeldoel 1), is voor veel mensen met een opiaatverslaving moeilijk haalbaar. Dat betekent niet dat het onmogelijk is. De kans op succes is via een onderhoudsbehandeling (d.w.z. langdurig gebruik van opiaatvervangende middelen) het grootst (Van den Brink et al., 2013).

Sommige patiënten willen illegale opiaten blijven gebruiken. Zij willen daarnaast een onderhoudsdosering methadon of buprenorfine voorgeschreven krijgen om minder snel ontwenningsverschijnselen 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.

Volledige abstinentie door middel van detoxificatie (behandeldoel 1)

Patiënten die nieuw in behandeling komen hebben vaak de wens tot volledige abstinentie. Daarbij speelt het taboe op drugsgebruik, maar ook op een middel als methadon, een grote rol. Patiënten hebben vaak het idee dat het pas 'goed' gaat wanneer ze van alle middelen af zijn, inclusief de voorgeschreven middelen. Het is de taak aan de hulpverlener om daarover in gesprek te gaan om samen de haalbaarheid te beoordelen: naarmate het (poly)middelengebruik, de chroniciteit, comorbiditeit en psychosociale problematiek in ernst toeneemt, ligt de keuze voor een onderhoudsbehandeling meer voor de hand. Wanneer de patiënt en de behandelaar volledige abstinentie haalbaar achten, kan worden overgegaan tot detoxificatie.

Detoxificatie

Bij detoxificatie ('detox') is het terugvalpercentage hoog. Detoxificatie is nooit een op zich staande behandeling, maar altijd onderdeel van een behandeltraject. Het dient altijd samen te gaan met een psychosociale behandeling, in dit geval gericht op terugvalpreventie. Voorafgaand aan een detoxificatie dient een uitvoerige verslavingsanamnese, psychiatrische screening, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek plaats te vinden.

Onthouding van opiaten begint vaak met subjectieve klachten en bestaat doorgaans uit angst- en spanningsklachten, rusteloosheid, prikkelbaarheid en spierpijn in (vooral) de rug en de benen. Vervolgens ontstaan er meer objectieve klachten als dysforie, misselijkheid, braken, traanogen, loopneus, verwijde pupillen, kippenvel, zweten, diarree, gapen, koorts en slaapklachten. Het onthoudingssyndroom is zelden levensbedreigend, maar moeilijk te doorstaan door het oncomfortabele gevoel. Onthouding kan enkele uren na de laatste inname ontstaan (National Institute on Drug Abuse (NIDA), 2014). Bij kortwerkende opioïden ontstaat het acute onthoudingsbeeld doorgaans binnen enkele uren na de laatste inname en dalen de klachten sterk na

dag vier. Bij langer werkende opioïden, zoals methadon of buprenorfine, beginnen de klachten gemiddeld twee tot vier dagen na de laatste dosis en nemen af rond dag tien (Dijkstra et al., 2017).

Er zijn geen absolute contra-indicaties voor detoxificatie, wel relatieve contra-indicaties. Dit zijn instabiele psychiatrische problematiek en de inschatting dat abstinentie onhaalbaar is. Hierbij is belangrijk te vermelden dat bij hernieuwd gebruik na abstinentie er een hoger risico is op overdosering. Detoxificatie tijdens zwangerschap wordt afgeraden, eventueel is het alleen tijdens tweede trimester veilig.

Detoxificatie kan plaatsvinden in een ambulante setting (tot 12 weken) of in een klinische setting (tot 28 dagen). De indicaties die aangegeven of een patiënt in aanmerking komt voor klinische detoxificatie zijn:

- niet succesvol afronden van eerdere ambulante detoxificatie
- behoefte aan zorg
- ondergaan van complexe meervoudige detoxificatie
- aanzienlijke sociale problemen die de uitvoer van ambulante detoxificatie bemoeilijken
- niet succesvolle stabilisatie van het gebruik van opioïden door middel van farmacologische behandeling
- eerdere hevige onthoudingsverschijnselen.

Aanbevolen wordt om de Richtlijn Detoxificatie (Dijkstra et al., 2017) te volgen voor het vaststellen en evalueren van onthoudingsverschijnselen bij verslaving. De richtlijn geeft aanwijzingen voor monitoring van de patiënt tijdens het proces van detoxificatie en adviseert daarbij het gebruik van de monitoringsinstrumenten als de COWS, SOS en of OOS (zie Bijlage 2, 3 en 4).

De keus voor medicatie hangt af van het middel waarmee de patiënt op dat moment al behandeld wordt. Zo nodig kan ervoor worden gekozen om eerst om te zetten naar een ander opiaat. Er kan ook voor andere medicatie dan opiaten gekozen worden om af te bouwen, of voor ondersteunende medicatie om de ontwenningssklachten op te vangen. Lees meer hierover in de Richtlijn Detoxificatie (Dijkstra e.a., 2017).

Terugvalpreventie

Terugval, ofwel *relapse*, na een verslavingsbehandeling komt vaak voor. Wanneer de behandeling of ondersteuning gericht is op abstinentie moet expliciet aandacht zijn voor terugvalpreventie.

Cognitieve gedragstherapeutische methodieken worden hiervoor ingezet. De vermindering van psychische klachten en de vergroting van het welbevinden dient centraal te staan. Terugvalpreventie bij patiënten met psychische comorbiditeit leidt tot minder heftige terugvalmomenten (Loth, Wits, De Jong, et al., 2012; Van den Brink et al., 2013).

Bij het afronden van het hulpverleningscontact dienen de risico's te worden besproken, evenals eventuele onderliggende problemen die na het werken aan de verslaving weer naar boven kunnen komen.

Abstinentie van alle niet-voorgeschreven en illegale opiaten door middel van een onderhoudsbehandeling (behandeldoel 2)

Een opiaatonderhoudsbehandeling behoort tot de meest effectieve interventies voor mensen met een opiaatverslaving. Door middel van opiaatonderhoudsbehandeling is stabilisatie over langere termijn te bereiken (Van den Brink et al., 2013).

De middelen die kunnen worden ingezet voor een opiaatonderhoudsbehandeling zijn methadon, buprenorfine en heroïne op medisch voorschrift. De uitwerking van deze middelen treft u in hoofdstuk 4.

Vermindering gebruik van niet-voorgeschreven en illegale opiaten (behandeldoel 3)

In dit behandeldoel gaat het om vermindering van het gebruik van niet-voorgeschreven en illegale opiaten, en het voorkomen van drugsgelateerde schade door een onderhoudsbehandeling met een effectieve dosering methadon of buprenorfine.

Beperking van drugsgelateerde schade (behandeldoel 4)

Laagdrempelige voorzieningen, zoals het bieden van een vorm van wonen (bijvoorbeeld een hostel), een voorziening waar de patiënt zijn gebruikte spuitattributen kan inleveren of ruilen, en voorzieningen waarbij de patiënt veilig kan gebruiken onder toezicht, zijn belangrijke voorzieningen binnen de Nederlandse verslavingszorg. Voor de patiënten die zowel psychiatrische als verslavingsproblemen hebben en die daarnaast kampen met een slechte lichamelijke gezondheid, zijn deze voorzieningen een belangrijke eerste mogelijkheid om de kwaliteit van leven te verbeteren. Dergelijke voorzieningen dienen, in samenwerking met andere instellingen, onderdeel uit te maken van het begeleidingsaanbod.

Voor meer informatie over dit soort voorzieningen (o.a. gebruikruimte en spuitomruil) kunt u de MDR Opiatverslaving (Van den Brink et al., 2013) raadplegen.

Crisisinterventie bij overdosering (behandeldoel 5)

Overdosering met opiaten levert een acute situatie op en kan levensbedreigend zijn. Tolerantie, gelijktijdig gebruik van andere middelen en overgevoeligheid van de opiaatreceptoren ten gevolge van het gebruik van opiaatantagonisten zijn factoren die kans op een overdosering beïnvloeden. Meer over interventies bij overdosering kunt u vinden op pagina 34, consult crisisinterventie.

2.2 Psychosociale begeleiding en behandeling

Het bieden van een zo goed mogelijke kwaliteit van leven voor de patiënt staat voorop in de behandeling. Ook na uitstroom uit een behandeling dient altijd een concrete vorm van ondersteuning te worden geboden, afhankelijk van de wens van de patiënt. Vaak blijft sprake van langdurige zorg. Deze langdurige zorg kan ook in de vorm van zelfhulp geboden worden. Rehabilitatie en herstel zijn beide begrippen die gebruikt worden bij het (leren) leven met een beperking (IVO et al., 2017). De in te zetten interventies, gericht op de verslaving en ondersteunend aan de opiaatonderhoudsbehandeling, zijn afhankelijk van het individuele doel. Denk hierbij aan CGT, contingentie management, diverse klinische behandelingen, Minnesota behandeling, zelfhulp of terugvalpreventie. Voor een uitgebreide beschrijving van deze interventies verwijzen we naar de

MDR Opiaten (van de Brink e.a., 2013). Voor meer informatie over de organisatie van zorg, zie hoofdstuk 3.

Herstel

Herstel is een uniek en persoonlijk proces waarbij men toewerkt naar een volwaardig en zinvol leven, ondanks de beperkingen die opiaatverslaving kunnen geven. Het gaat daarom ook om het – naar het oordeel van de patiënt - psychisch en sociaal weer goed kunnen functioneren en het kunnen deelnemen aan de maatschappij. Dat laatste kan natuurlijk alleen in een samenleving die voldoende kansen biedt. Er is meer oog gekomen voor de persoonlijke ontwikkeling van mensen met een verslaving. Uiteindelijk is het hún leven. Zij zijn – met hulp vanuit de zorg – aan zet. De verslavingszorg ondersteunt hun persoonlijke herstelproces. Dat richt zich onder andere op het ontwikkelen van een positieve identiteit, het vestigen van hoop op verandering en een betere toekomst, het praten over wat men zelf belangrijk vindt in het leven en het onder ogen zien van het eigen levensverhaal (GGZ Nederland, 2013).

Binnen herstel speelt zingeving een belangrijke rol. Zingeving is het betekenis geven aan gebeurtenissen in het leven en aan de eigen ervaringen. Kenmerkende thema's bij een herstelproces zijn het rouwen om verlies van toekomstdromen en levensmogelijkheden, het omgaan met gevoelens van wanhoop, isolement, marginalisering, autonomieverlies en aantasting van de eigen identiteit, alsook het zoeken naar mogelijke betekenis in de psychische aandoening. Het vinden van een hernieuwde levensoriëntatie en het opdoen van positieve zin- en betekenisgeving vergt inspanning, tijd en aandacht. Zorgverleners dienen meer en specifiekere aandacht te besteden aan de betekenisgeving en zingeving van mensen met ernstige psychische beperkingen en verslavingsproblemen. Deze ondersteuning is niet voorbehouden aan professionals. Het kan, afhankelijk van de aard en ernst van de vraag en de behoeften en wensen van de persoon, ook gegeven worden door lotgenoten, vrijwilligers en naasten, bijvoorbeeld via zelfhulpgroepen. Lees verder in de Generieke Module Zelfmanagement (<http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2015/04/Generieke-module-zelfmanagement.pdf>).

3. Organisatie van zorg

3.1 Organisatie medische heroïne-unit en methadonverstrekkingsposten

In Nederland wordt op een beperkt aantal locaties de behandeling met heroïne op medisch voorschrift uitgevoerd. Heroïne mag alleen worden verstrekt in door het Ministerie van VWS aangewezen behandelcentra. 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. De medische heroïne units (MHU's) zijn divers van grootte. Voor meer informatie over de inrichting van de MHU's zie bijlage 1.

De MHU's, methadonverstrekkingsposten en overige vormen van verslavingsbehandeling kunnen een multifunctioneel karakter hebben, waarbij zowel de patiënten van de MHU, de methadonpatiënten en overige patiënten met een verslavingsbehandeling gebruik kunnen maken van hetzelfde pand. Belangrijke voorwaarde om MHU's, methadonposten en overige verslavingsbehandelingen te integreren zijn:

- Een voor de hand liggende combinatie is die van heroïnebehandeling met intensieve methadonbehandeling. De verstrekking van heroïne in combinatie met methadon en van methadon alleen dient in gescheiden ruimtes plaats te vinden of op gescheiden tijden. Vermenging van de verschillende patiëntengroepen moet worden voorkomen. Een toezichthouder cq beveiligingsmedewerker kan een belangrijke schakel zijn om de veiligheid op de verschillende poli's te waarborgen.
- In het gebouw waar de heroïnebehandeling plaatsvindt, kunnen ook andere behandel- en begeleidingsvormen gevestigd zijn.
- Voor patiënten die trek in middelen krijgen of problemen ervaren bij integrale voorzieningen wordt samen met de cliënt gekeken naar andere mogelijkheden.

3.2 Kaders voor het verstrekken van opiaten

De instelling is verantwoordelijk voor de uitwerking van de te leveren zorg, beschreven in instellingsprocedures. 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.

Er dient helder te zijn omschreven welke openingstijden de instelling kent, welke huisregels er worden gehanteerd, hoe het hulpaanbod eruitziet en bij wie de patiënt zich kan melden bij vragen en opmerkingen hierover. Een patiëntenfolder is gewenst waarin de intake, behandeling en de werking van medicatie (de verschillende agonisten) wordt uitgelegd.

Algemene richtlijn medicatieverstrekking

De wijze waarop de medicatie wordt overhandigd aan de patiënt kan op verschillende manieren worden georganiseerd:

- een medische zorg-unit/heroïne unit
- via de plaatselijke apotheek of de apotheekhoudende huisarts*;
- via een andere instelling waar de patiënt verblijft en die de medicatie op eigen locatie verstrekt*;
- via bezorging bij de patiënt thuis*.

* Dit geldt niet voor heroïne op medisch voorschrift.

De mate van stabiliteit in iemands leven en de ernst van de verslaving van de patiënt zijn belangrijke inschattingscriteria voor een arts bij het vaststellen van de vorm en de frequentie. De drie categorieën waarin de ernst van de verslaving staat beschreven (hoofdstuk 1) kunnen als richtsnoer hierbij dienen. In de tabel hieronder staan de mogelijkheden uitgewerkt:

Tabel 8. Mate van problematiek en advies frequentie en vorm van verstrekking

Mate van problematiek	Frequentie en vorm
Lichte problematiek	1 x per week via de instelling. Of apotheekverstrekking
Matige problematiek	2 of 3 x per week op locatie
Ernstige problematiek	3 keer per week, 5 x per week, 7 x per week, op locatie

Verstrekking via methadon verstrekkingsposten

Via de instelling kunnen hulpverleners de patiënt een dosering onder toezicht geven. Doseringen onder Toezicht (DOT's) zijn geïndiceerd tijdens de instelfase, nadat een dosering is aangepast of bij een lage therapietrouw van de patiënt. Afhankelijk van de problematiek van de patiënt worden de ophaalmomenten in overleg met de patiënt vastgesteld. Via de instelling kan op verschillende momenten en dagen worden opgehaald:

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

Verstrekking via medische heroïne unit

Ten aanzien van de verstrekkingprocedures gelden de volgende algemene richtlijnen:

1. De behandelunit dient elke ochtend, middag en avond gedurende ten minste 2 uur geopend te zijn, bijvoorbeeld op de volgende openingstijden:
 - 's ochtends: 08.30 - 10.30/11.30 uur
 - 's middags: 13.00 - 15.00/16.00 uur
 - 's avonds: 18.00 - 20.00/21.00 uur
2. De voorgeschreven heroïne dient 3 keer per dag beschikbaar te zijn en 7 dagen per week geopend te zijn gedurende vaste openingstijden (6 tot 9 uur per dag).

3. Om de stroom patiënten goed te kunnen verwerken kan overwogen worden (een deel van) de patiënten op afspraak te laten komen. Gesprekken met medisch en of psychosociaal personeel vinden altijd op afspraak plaats.
4. Er kunnen maximaal 5-7 patiënten tegelijkertijd toegelaten worden tot de gebruiksruidtes. Bij inhalerende patiënten dient rekening gehouden te worden met een verblijfsduur in de gebruiksruidte van ten minste 30 minuten. Omdat spuiten minder tijd in beslag neemt, is de verblijfsduur voor injecterende patiënten in het algemeen aanzienlijk korter (ongeveer 15 minuten). Voor en na het gebruik kan de patiënt (binnen de openingstijden) gebruik maken van de huiskamer van de MHU.
5. In de behandelunit wordt zowel injecteerbare als inhaleerbare heroïne voorgeschreven.
6. De werkzaamheden tijdens de verstrekkingprocedure staan gespecificeerd in bijlage 7.

Verstrekking via apotheek of apotheekhoudende huisarts

De patiënt dient elk kwartaal een gesprek te hebben bij de instelling over zijn medicatie. De bevindingen (en de eventuele bijstellingen in het medicatiebeleid) dienen verwerkt te worden in het behandelplan van de patiënt. Daarin moet ook worden vermeld welke afspraken er met de patiënt en apotheek gemaakt zijn indien zich in de apotheek problemen voordoen. Vanuit de verslavingsinstelling wordt daarnaast vastgesteld wie op werkdagen bereikbaar is indien 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/of de patiënt een stabiele leefwereld, huisvesting en netwerk heeft, kan de behandeling worden afgeschaald naar de generalistische basis-ggz. Dit is geïndiceerd mits de situatie bij een eventuele terugval in ongecontroleerd gebruik niet risicovol en goed beheersbaar is, de lokale generalistische basis-ggz-behandelaren / huisarts zich capabel achten (module chronisch) en de patiënt en de huisarts hiermee akkoord gaan. De huisarts draagt zorg voor de totale begeleiding van de patiënt.

Verstrekking via een andere instelling waar de patiënt verblijft

De voorschrijvend arts of verpleegkundig specialist 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 verstreckende 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 dit goed verloopt (Geneesmiddelenwet). De patiënt heeft minimaal twee keer per jaar een consult bij een verslavingsarts KNMG /verpleegkundig specialist GGZ.

Verstrekking via bezorging 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 samengaat 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). (Voor meer informatie over thuisbezorging zie bijlage 8 Richtlijn thuisbehandeling opiaten).

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.

3.3 Organisatie van psychosociale behandeling en begeleiding

Behandeling en begeleiding worden georganiseerd rondom de patiënt. Dit betekent dat behandeling en begeleiding bij een verslaving en eventuele andere lichamelijke of psychische problemen geïntegreerd worden aangeboden. Aanvullende hulp moet ingeschakeld kunnen worden zonder dat daardoor de eerder gestarte behandeling stagneert of stopt. Tijdens de behandeling en begeleiding van de patiënt kan met verschillende organisaties worden samengewerkt:

- huisartsen
- ziekenhuizen
- de zorgsector voor verstandelijk gehandicapten
- de ouderenzorg
- politie, justitie en reclassering
- gemeenten
- woonbegeleiding en beschermd wonen
- wijkteams
- veiligheidshuis

Informatie over de inrichting van deze samenwerkingen vindt u in de Zorgstandaard Opiaatverslaving (IVO, Resultaten Scoren, Het Zwarte Gat, & Werkgroep Zorgstandaard Opiaatverslaving, 2017), hoofdstuk 8.

Het beste is om comorbide problematiek vanuit één instelling te behandelen. De interventie Geïntegreerde behandeling van cliënten met een dubbele diagnose (IDDT) – link naar <https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies/geintegreerde-behandeling-van-clienten-met-een-dubbele-diagnose-iddt->, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met een psychiatrische stoornis en problematisch middelengebruik, kan hierbij behulpzaam zijn (IVO et al., 2017).

Belangrijk in de zorg aan patiënten met een opiaatverslaving is dat de zorg eenvoudig op- en afgeschaald kan worden. Het risico op (tijdelijke) terugval bij een verslaving is groot. Vervolgzorg zal daarom afgestemd dienen te worden met bijvoorbeeld de generalistische basis-ggz, ambulant werkende interdisciplinaire teams zoals F-ACT, of wijkteams. Ook zelfmanagement, zelfhulpgroepen,

naastbetrokkenen en de huisarts kunnen een rol spelen bij terugvalpreventie. Zie voor meer informatie de Zorgstandaard Opiaatverslaving, paragraaf 5.1.4 (IVO et al., 2017).

Casemanagement

In het algemeen betreft casemanagement de coördinatie van zorg en behandeling voor individuen met complexe problematiek. De te verlenen zorg kan worden uitbesteed aan derden, of door de casemanager of diens team zelf worden uitgevoerd. De meest toegepaste modellen in de Nederlandse sociale verslavingszorg zijn het intensieve casemanagement (met name F-ACT) en het Strengths model (Brun & Rapp, 2001; Jenner, 2008; Van der Sande & Neijmeijer, 2011).

Centraal in beide modellen staat de eerstverantwoordelijke hulpverlener die de zorg rondom een patiënt coördineert en ofwel alle begeleiding zelf biedt of juist andere hulpverleners delen van de begeleiding laat uitvoeren in de vorm van deelplannen.

F-ACT

'F-ACT' staat voor Flexible Assertive Community Treatment. F-ACT werkt outreachend en assertief: hulpverleners gaan af op (potentiële) patiënten via huisbezoek, op het dagcentrum of op straat, daar waar de patiënt zich bevindt. Zij onderhouden het contact, desnoods met dwang- of drangmiddelen. De zorg wordt geleverd door een breed samengesteld multidisciplinair team, inclusief verslavings- en rehabilitatiedeskundigheid (d.w.z. kennis over middelengebruik en behandeling hiervoor en over rehabilitatiemethodieken die meehelpen aan het door de patiënt weer opnemen van rollen in de maatschappij). Een verslavingsarts KNMG of verpleegkundig specialist GGZ maakt onderdeel uit van een verslavings-F-ACT-team. De zorg aan patiënten vanuit de F-ACT-teams is van lange duur, omdat de problematiek vaak ernstig en hardnekkig is. Het gaat over patiënten die soms meerdere malen per week in crisis raken. Patiënten die stabiel zijn en minder intensieve zorg nodig hebben, maar wel voor langere duur, worden behandeld in de generalistische basis-ggz. Intensiever casemanagement kan worden geboden via Assertive Community Treatment (ACT).

F-ACT kan worden verrijkt met 'Resource ACT'. Bij deze nieuwe methode stelt een patiënt bij de start van de behandeling zelf een groep mensen samen, die met elkaar aan de in het behandelplan geformuleerde doelen gaan werken. Doel is dat de patiënt uiteindelijk met zijn eigen gekozen team verder kan, zonder begeleiding van zorgverleners uit het F-ACT-team.

Zie verder:

<http://www.kenniscentrumphrenos.nl/wp-content/uploads/2014/09/29-Zelfregie-met-Resource-ACT-binnen-FACT-teams.pdf>.

Zelfmanagement

Zelfmanagement is tijdens alle fasen van verslaving van belang, ook in een vroeg stadium van de problemen. Zelfmanagement leidt - op de juiste manier toegepast - tot een betere kwaliteit van leven, betere zorg en vermindering van zorgkosten. Belangrijke zaken bij zelfmanagement zijn: samen beslissen, vertrouwen in eigen kunnen, zelf vorm geven aan veranderingen en verbonden zijn met de omgeving (De Haan & Oude Bos, 2011). Ervaringsdeskundigen kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Lees verder in de Generieke Module Zelfmanagement (<http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2015/04/Generieke-module-zelfmanagement.pdf>).

Zelfhulpgroepen

Zelfhulpgroepen, supportgroepen en buddyprojecten kunnen een goede aanvulling zijn op professionele hulpverlening: het is aannemelijk dat deelname aan zelfhulpgroepen de kans op blijvende abstinentie vergroot (Van den Brink et al., 2013). Zelfhulp en inzet van ervaringsdeskundigen zorgen 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 (Loth, Wits, de Jong, et al., 2012). Zorgverleners dienen alle patiënten met opiaatafhankelijkheid op de hoogte te brengen van het bestaan en de werkwijze van zelfhulporganisaties en hoe patiënten ermee in contact kunnen komen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). Zij kunnen patiënten wijzen op de NA (Narcotics Anonymous) of andere zelfhulpgroepen (<http://www.zelfhelp.nl>, www.zelfhulpnetwerk.nl). Ook veel instellingen voor verslavingszorg organiseren zelfhulpgroepen. Informatie over (de mogelijkheden van) lotgenotencontact en de patiëntenvereniging moet verkrijgbaar zijn bij de zorgverlener.

Strengths-model

Het Strengths-model is gebaseerd op theorieën en kennis over herstel en empowerment (Brun & Rapp, 2001; Jenner, 2008; Van der Sande & Neijmeijer, 2011). Het Strengths-model is een face-to-face methode die mensen helpt om hun persoonlijke kracht te ontdekken (en die van hun omgeving), belangrijke levensdoelen te formuleren en gebruik makend van de krachten deze doelen te bereiken. De interventie is ontwikkeld voor gebruik bij mensen met ernstige psychische aandoeningen, maar kan ook toegepast worden bij andere mensen in kwetsbare posities, zoals bij mensen die kampen met verslaving of dakloosheid.

De aanpak kent vijf onderdelen:

1. contact maken en ontwikkelen van een helpende samenwerkingsrelatie
2. het maken van een krachteninventarisatie
3. doelstelling en planning
4. het verwerven van hulpbronnen uit de omgeving
5. voortdurende samenwerking en geleidelijke losmaking.

De methode is erkend door de Erkeningscommissie langdurige ggz. Zie:

<https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies/strengths-model>, april 2015.

Samen beslissen

Samen Beslissen is een effectieve manier om tot evaluatiegesprekken te komen en de vooruitgang van de patiënt te kunnen observeren en rapporteren. Er zijn verschillende factsheets en handleidingen beschikbaar over de toepassing van Samen Beslissen.

Complementaire en aanvullende behandelwijzen

Als aanvulling op reguliere behandelwijzen maken patiënten gebruik van andere manieren om hun klachten te verminderen en hun kwaliteit van leven te verbeteren. Het gaat hier om complementaire of aanvullende behandelwijzen, zoals homeopathie, natuurgeneeswijzen, antroposofische geneeswijzen, acupunctuur en manuele geneeskunde. Hierover kunnen patiënt en zorgverlener informatie uitwisselen en afspraken maken (gedeelde besluitvorming). Het toepassen van

complementaire behandelingen bij verslavingsproblematiek wordt niet aanbevolen in de huidige richtlijnen wegens gebrek aan bewijs of zelfs wegens bewijs van afwezige effectiviteit.

4. Consulten

De meeste opiaatpatiënten waren al eerder in behandeling bij de verslavingszorg. Slechts 3% van de opiaatpatiënten die stonden ingeschreven in 2015 waren niet eerder ingeschreven. In 2016 lag het percentage nieuwkomers op 5% (Van Laar et al., 2017).

Behandeling vindt zoveel als mogelijk ambulant plaats. Het algehele doel van de behandeling is herstel. De zorgverlener gaat bij aanvang van een behandeling samen met de patiënt na welk doel de patiënt met de behandeling voor ogen heeft. De wens van de patiënt staat hierin centraal: wat zijn de eigen ideeën over de in te zetten behandeling? Een behandeling moet 'empowerment' van patiënten stimuleren, dat wil zeggen dat de behandeling het door een patiënt zelf ingezette herstelproces ondersteunt (De Haan & Oude Bos, 2011).

Over het algemeen is opiaatonderhoudsbehandeling gericht op stabilisatie eerste keus. Stabiele abstinentie, oftewel helemaal stoppen met gebruik is voor veel mensen met een opiaatverslaving moeilijk haalbaar. Dat betekent niet dat het onmogelijk is. De kans op succes is via een onderhoudsbehandeling (d.w.z. langdurig gebruik van opiaatvervangende middelen) het grootst (Van den Brink et al., 2013).

Voor behandeling van een opiaatverslaving is een verwijzing nodig naar de (specialistische) GGZ. Via verschillende wegen kunnen patiënten met opiaatproblematiek zich melden of worden aangemeld:

- via de huisarts
- via justitie
- via een sociaal wijkteam
- via een internetbehandeling

De tijd tussen het moment dat een patiënt zich aanmeldt of wordt aangemeld en de dag dat de patiënt daadwerkelijk terecht kan dient maximaal 4 weken te zijn (Nederlandse Zorgautoriteit, 2015). Bij voorkeur dient er maximaal 6 weken de tijd te worden genomen voor alle stappen in het diagnostische proces. De tijd die mag verstrijken tussen het gesprek met de zorgverlener en de dag dat de eerste dosis opiaatvervangende medicatie wordt uitgereikt mag niet langer zijn dan maximaal 7 dagen (Loth, Wits, De Jong, et al., 2012).

Om een opiaatonderhoudsbehandeling uit te voeren is contact noodzakelijk met een arts en/of verpleegkundig specialist. De taakverdeling, tussen artsen, verpleegkundigen, verzorgenden en behandelaren wordt per instelling vastgelegd. In dit protocol worden de taken niet per functie uitgewerkt. Het is belangrijk om in elk consult aandacht te besteden aan de volgende onderdelen: opiaatdosering (medicatie), middelengebruik, onthouding, psychische klachten, lichamelijke klachten, maatschappelijke problemen en monitoring.

Kort overzicht consulten

De beschreven consulten zijn een leidraad voor de begeleiding van patiënt voor en tijdens de behandeling. De volgende indeling is gemaakt:

- Intake
- Medische intake
- Startgesprek onderhoudsbehandeling
- Tussenconsulten opiaatverstrekking
- Tussenconsult behandelplan
- Crisisinterventie overdosering

Het kan zijn dat niet alle beschreven taken passen binnen de instellingsprocedures. Er zijn bewuste afwegingen gemaakt tussen de toepasbaarheid en specificiteit in beschrijving, al kan dit in enkele gevallen wringen. Het is aan de instellingen om deze balans aan te vullen waar nodig.

Bij de *intake* wordt uitleg gegeven over opiaatonderhoudsbehandeling en wordt een anamnese uitgevoerd, waarin het opiaatgebruik wordt geïnventariseerd en de ernst van verslaving wordt ingeschat. Tevens worden de verwachtingen van de patiënt en mogelijke behandelopties besproken.

Het *medisch consult* sluit aan op de intake waarbij een medische anamnese wordt uitgevoerd en somatisch en psychiatrisch onderzoek wordt verricht. De patiënt kan onder invloed zijn bij de start van een consult. Het kan hierdoor ingewikkeld zijn de mate van gebruik juist in te schatten en een goede anamnese af te nemen. Informatie beklijft ook slecht als een patiënt onder invloed is.

Afhankelijk van de ernst van de intoxicatie gaat het consult door. Zo mogelijk bespreekt de behandelaar/specialist met de patiënt zijn intoxicatie, het belang van het consult en stimuleert de patiënt 'minder geïntoxiceerd' op het volgende consult te komen. Er wordt besproken hoe dit te realiseren is.

Wanneer de uitkomsten van lichamelijk, psychisch onderzoek en uitslagen van laboratoriumonderzoek goed zijn, kan gestart worden met instellen op onderhoudsdosering methadon, buprenorfine of heroïne. Dit staat beschreven in *consult startgesprek onderhoudsdosering*.

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 en goede monitoring van deze medicatie-uitgifte mogelijk maken. De uitwerking van deze monitoring staat beschreven in het *tussenconsult opiaatverstrekking*. 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.

Naast monitoring is evaluatie van een onderhoudsbehandeling eveneens belangrijk. De uitwerking van de evaluaties staat beschreven in het *tussenconsult behandelplan*.

Bij de behandeling van patiënten met een opiaatonderhoudsbehandeling kan het voorkomen dat patiënten te veel innemen. Hoe te handelen bij overdosering staat uitgewerkt in *crisisinterventie overdosering*.

A. Consult intake

Doel: Uitleg geven over opiaatonderhoudsbehandeling; anamnese; inventariseren van opiaatgebruik; inschatten ernst van verslaving; verwachtingen van de patiënt bespreken; motivatie versterken

Waar: Meestal ambulant

Benodigheden:

- Verwijzing naar (specialistische) GGZ
- Voorlichtingsmateriaal zo nodig
- Bij kinderen, kindcheck
- Bij forensisch, risicotaxatie

Taken

1. Controleer of verwijzing naar (specialistische) GGZ aanwezig is
2. Eventuele kennismaking met de patiënt
3. Uitvoeren anamnese: korte verslavingsanamnese en middelengebruik, onthoudingsverschijnselen, behandelingen, korte sociale anamnese en familieanamnese
4. Bij forensisch kader, neem een risico taxatie af
5. Inventariseer het behandel doel
6. Geef uitleg over opiaatonderhoudsbehandeling
7. Geef uitleg over de rol die naasten kunnen hebben bij behandeling
8. Bij aanwezigheid van kinderen, neem kindcheck af
9. Afsluiting

Versnelde intake

Zorgverleners kunnen oordelen dat onmiddellijk moet worden gestart met een behandeling, nog voor de intakeprocedure is afgerond. Op basis van urineonderzoek, ECG (hartfilmpje), kort uitvragen van de problemen, lichamelijk onderzoek wordt beoordeeld of versnelde intake medisch verantwoord is.

Kennismaking

Na kennismaking met de patiënt wordt uitleg gegeven over de intakeprocedure. Stem de werkwijze af op de behoeften van de patiënt. Ga zo te werk dat de patiënt zoveel mogelijk de regie heeft over het proces. Om dit te bereiken wordt telkens goede uitleg gegeven op welk gebied diagnostiek bij voorkeur plaatsvindt en op welke manier, en over de relatie tussen hulpvraag en diagnostiek.

Inventariseren van het opiaatgebruik en andere middelen

Belangrijk is dat het gebruik, de klachten en omstandigheden (lichamelijk, psychisch, sociaal en maatschappelijk) rondom het opiaatgebruik en het gebruik van andere middelen inzichtelijk wordt. Vragen die belangrijk zijn:

- Hoe vaak gebruikt u opiaten (*benoem specifieke middelen*) (per dag, per week, per keer)?
Wanneer bent u begonnen met opiaatgebruik? Heeft u vaste patronen of rituelen rondom uw gebruik? Wanneer treden ontwenningverschijnselen op en welke verschijnselen zijn dat bij u?

- Welke andere psychoactieve middelen gebruikt u gemiddeld (per dag, per week, per keer)?
- Hoe gebruikt u deze middelen (door middel van roken, snuiven, slikken, injecteren)?
- Gebruikt u nog niet genoemde voorgeschreven en of illegale medicijnen? Hoe lang gebruikt u deze middelen?
- Zijn er met betrekking tot bovenstaande vragen nog verschillen in periodes (vroeger en nu) van uw gebruik?

Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van een gestructureerd instrument, zoals de (verkorte) MATE (Measurement of Addiction for Triage and Evaluation) of de European Addiction Severity Index (Europ-ASI) (IVO et al., 2017).

Inventariseren psychosociale situatie

Vraag na welke psychische klachten ze ervaren en hoe hun thuissituatie eruitziet. Een aantal onderdelen kunnen al uitgevraagd zijn middels afname van de MATE of ASI. Belangrijk is dat psychische klachten inzichtelijk wordt. Denk hierbij aan:

- Psychische problemen, relaties en gedrag: (de aard van) een eventueel trauma of een doorgemaakte ingrijpende gebeurtenis (zoals scheiding, overlijden van een dierbare, werkloosheid); aanwezigheid van bijvoorbeeld een depressie of een angststoornis (zie de NHG-Standaarden Depressie en Angst); problemen in de relationele sfeer (denk ook aan huiselijk geweld - in het bijzonder kindermishandeling, zie de Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraken Kindermishandeling), agressie/ geweld buitenshuis en/of contact met justitie/ een justitieel hulpverleningskader.
- Sociaal-maatschappelijk: Hoe is het sociale netwerk samengesteld en kan de patiënt hulp uit de omgeving krijgen? Hoe is de sociaal-maatschappelijke situatie (werk, financiën, wonen); zelfredzaamheid: wat is de belasting voor de patiënt en kan deze beperkt worden?
- De eigen kijk van de patiënt op de situatie en de houding en rol van een eventuele partner; de sterke kanten en beschikbare steun (draagkracht). Wat heeft hem eerder geholpen, hoe kan hij de eigen sterke kanten inzetten om tot herstel te komen? Het benutten van deze sterke kanten kan een opening zijn om met zijn of haar problemen om te gaan.
- Problemen met justitie of politie: Liggen de verslavingsproblemen of de problemen met politie en justitie op de voorgrond. Samenwerkingsafspraken met reclassering dienen meegenomen te worden in de behandeling.
- Behandelgeschiedenis: eerdere ervaringen met behandeling, begeleiding en zelfhulpgroepen; is er al een hulpverlener betrokken?

Risicotaxatie bij verwijzing door reclassering

Wanneer patiënt wordt doorverwezen door de reclassering zal bij patiënt een risicotaxatie worden afgenomen. Met behulp van een risicotaxatie kan de kans op delict herhaling (recidive) voorspeld worden, zodat behandeling hierop kan inspelen.

Inventariseren van het behandeldoel

Bespreek met de patiënt de aanmeldklacht. Ga na of en in hoeverre de patiënt gemotiveerd is om zijn gebruik te veranderen en om eventuele bijkomende psychische of lichamelijke aandoeningen te behandelen. Ondersteun het zelfmanagement van de patiënt. Ga samen met de patiënt na welk doel de patiënt met de behandeling voor ogen heeft. Doelen kunnen zijn: 1. volledige abstinentie van alle

voorgeschreven, niet-voorgeschreven en illegale opiaten, 2. abstinentie van alle niet-voorgeschreven en illegale opiaten, 3. vermindering van het gebruik van niet-voorgeschreven en illegale opiaten, 4. beperking van drugsgelateerde schade en 5. Crisisinterventie, onder meer bij overdoseringen (zie ook hoofdstuk 2 behandeldoelen).

Uitgebreide uitleg over opiaatonderhoudsbehandeling

Geef uitleg aan de patiënt wat de indicaties zijn om te starten met opiaatonderhoudsbehandeling. Leg uit wat de contra-indicaties en bijwerkingen zijn van een opiaatonderhoudsbehandeling. Geef de patiënt eventueel foldermateriaal mee.

Naasten

Besprek of en hoe naasten in het contact te betrekken. Betrokkenheid van naasten vergroot de kans op slagen van de behandeling (zie onder andere paragraaf 2.3 van de Generieke Module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek: <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/project/generieke-module-ondersteuning-familiesysteem-en-mantelzorg>).

Vraag na of de patiënt jonge kinderen heeft, hoe de opvoeding gaat, en of hulp gewenst is. Gebruik de “Kindcheck” om na te gaan of een kind wordt verwaarloosd of mishandeld. Zie <https://www.augeo.nl/nl-nl/thema/kindcheck/kindcheck/>.

Afsluiting

Besprek wederzijds resterende vragen. Leg uit dat de patiënt in een volgend consult medisch gescreend wordt om te bepalen of het medisch verantwoord is patiënt in te stellen op een opiaatonderhoudsbehandeling. Patiënt zal een ECG en laboratoriumonderzoek moeten afnemen, zodat de uitslag ervan bij de indicatiestelling meegenomen kan worden.

B. Medische Consult

Doel: Medische anamnese; uitvoeren somatisch onderzoek, psychologisch onderzoek.

Waar: Meestal ambulant

Wanneer: Als onderdeel van de intake. Neem vervolgens minimaal 2 keer per jaar somatisch onderzoek af bij patiënten met ernstige problematiek. Bij patiënten met lichte of matige problematiek kan op indicatie (aan de hand van de lichamelijke gezondheid en leefstijl) en in overleg met de patiënt van deze norm worden afgeweken (Loth, Wits, de Jong, et al., 2012).

Benodigheden:

- Monitoringsvragenlijsten MATE/Europ-ASI
- Voorlichtingsmateriaal zo nodig

Taken

1. Eventuele kennismaking met de patiënt
2. Voer een somatisch onderzoek uit; observatie, anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend diagnostiek, met specifieke aandacht voor de symptomen van aandoeningen die bij deze doelgroep relatief vaak voorkomen
3. Voer bij start behandeling een ECG uit, herhaal deze na een maand, daarna ieder jaar. Herhaal ECG wanneer de onderhoudsdosering is bereikt, bij dosisverhogingen die resulteren in een dosis van meer dan 100 mg methadon per dag, of wanneer de patiënt last heeft van wegrakingen of insulpen.
4. Voer bij start behandeling laboratoriumonderzoek uit. Herhaal laboratoriumonderzoek op indicatie
5. Voer psychologisch onderzoek uit.
6. Afsluiting

Kennismaking

Kennismaken met de patiënt. Blik samen met patiënt terug op intake/behandeling. Bespreek of er nog vragen zijn naar aanleiding van de intake/behandeling. Ga na of er wijzigingen zijn in hulpvraag van de patiënt. Leg vervolgens het vervolg van de intakeprocedure/behandeling uit. Stem de werkwijze af op de behoeften van de patiënt. Ga zo te werk dat de patiënt zoveel mogelijk de regie heeft over het proces. Om dit te bereiken wordt telkens goede uitleg gegeven op welk gebied diagnostiek bij voorkeur plaatsvindt en op welke manier, en over de relatie tussen hulpvraag en diagnostiek.

Somatisch onderzoek

Voer een somatisch onderzoek uit met ondersteuning van een gestructureerd instrument, zoals de praktische handreiking 'Somatisch Onderzoek bij Opiaatverslaving' (SOO). Zie bijlage 2 – <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/b4810fc9-e197-4de4-bae5-67593ed234da.pdf>³.

³ Zie: De Gee, A., Laghaei, F. & Van der Poel, A. (red), 2016. Het Somatisch Onderzoek bij Opiaatverslaving (SOO). Een praktische handreiking voor artsen, verpleegkundig specialisten. Utrecht: Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction (I&HR)/ Trimbos-instituut.

Belangrijk is dat de volgende onderdelen worden uitgevraagd:

- a. Somatische comorbiditeit (en medicatie daarvoor) die van invloed is of kan zijn op de behandeling met methadon, medische heroïne of andere medicatie (interacties en dergelijke).
- b. Overige somatische comorbiditeit om passende behandeling vast te kunnen stellen voor de verbetering van de algehele lichamelijke gezondheid.

Deze somatische screening is verplicht. Wanneer een patiënt regelmatig bij een huisarts of medisch specialist van het ziekenhuis komt, kan in overleg tussen verslavingsarts KNMG / verpleegkundig specialist GGZ, patiënt en huisarts tot andere afspraken worden gekomen.

Maak bij de lichamelijke gegevensverzameling gebruik van observatie, anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek, met specifieke aandacht voor de symptomen van aandoeningen die bij deze doelgroep relatief vaak voorkomen:

- Longaandoeningen (infecties, longontsteking, COPD, TBC, nicotineverslaving)
Wees binnen de halfjaarlijkse somatische screening/medisch onderzoek alert op gezondheidsverstoringen die wijzen op een verdenking van tuberculose (tbc).
- Infectieziekten (hepatitis B en C, hiv, griep, etc.)
Bespreek met name bij injecterende patiënten de mogelijkheden om gevaccineerd te worden voor hepatitis B. Het verdient de aanbeveling om elke opiaatafhankelijke patiënt minimaal één keer te testen op hiv, hepatitis B en C, vanwege mogelijk gelopen risico in het verleden.
- Hart- en vaatziekten (methadon & QT-verlenging)
Een goede manier om bij start methadonbehandeling te screenen op risicofactoren voor hart en vaatziekten (Soair, Boonstra, & Ten Holt, 2012; Van den Brink et al., 2013) is:
 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 Long QT Syndroom, LQTS) en andere cardiale problematiek;
 4. Lichamelijk onderzoek en laboratorium onderzoek.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.
- Metabool syndroom: Screening op metabool syndroom bij het voorschrijven van psychofarmaca
- Gebitsproblemen
- Huidaandoeningen
- Maligniteiten (kanker)
- Ondervoeding / overgewicht
- Obstipatieklachten

In de praktijk worden bovendien relatief vaak botontkalking en seksuele functiestoornissen gezien bij deze patiënten. Tot slot komt risicovol seksueel gedrag frequent voor bij aan opiatenverslaafde

mannen en vrouwen, waardoor er een verhoogd risico is op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) en ongewenste zwangerschappen (Loth, Wits, de Jong, et al., 2012) (zie voor meer informatie over de specifieke aandoeningen hoofdstuk 6 lichamelijke comorbiditeit).

ECG en aanvullend (laboratorium) onderzoek

Voer voor de start van elke nieuwe onderhoudsbehandeling met opiaten een ECG (hartfilmpje) en laboratoriumonderzoek⁴ uit. Het starten met opiaten geeft risico op hartritmestoornissen. Het ECG moet worden herhaald een maand na de start van de behandeling en daarna ieder jaar (Soair et al., 2012). Tevens dient het ECG herhaald te worden wanneer de onderhoudsdosering is bereikt, bij dosisverhogingen die resulteren in een dosis van meer dan 100 mg methadon per dag, of wanneer de patiënt last heeft van wegrakingen of insulten (zie paragraaf 6.2). Wanneer het ECG afwijkend is wordt doorverwezen naar de cardioloog (zie voor meer informatie paragraaf 6.2).

Het laboratoriumonderzoek dient herhaald te worden op indicatie. De indicatiecriteria staan beschreven in de handreiking 'Somatisch Onderzoek bij Opiaatverslaving' (SOO) (zie bijlage 2). Voer tevens een urinetest uit om actueel gebruik te bepalen en inzicht te krijgen of de patiënt andere middelen dan opiaten gebruikt (zie Bijlage 3: Urineonderzoek).

Psychologisch onderzoek

Voer een psychologisch onderzoek uit. Maak hierbij gebruik van de indicatiecriteria van psychische comorbiditeit bijvoorbeeld afkomstig uit de MATE. Per comorbide psychische aandoeningen kunnen verschillende meetinstrumenten gebruikt worden (zie voor meer informatie hoofdstuk 6 comorbide problematiek).

Afsluiting

Bespreek wederzijds resterende vragen. Bij intake, leg uit dat de patiënt in een volgend consult eventueel ingesteld kan worden voor opiaatonderhoudsbehandeling. Ga na of patiënt nog vragen heeft over de opiaatonderhoudsdosering. Geef zo nodig uitgebreid uitleg gegeven over de te verwachten verschijnselen, de duur ervan, het verloop en de begeleiding van verpleegkundigen en arts. Patiënt zal alvorens te kunnen starten met opiaatonderhoudsdosering een ECG en laboratoriumonderzoek moeten afnemen, zodat de uitslag ervan bij de indicatiestelling (startgesprek onderhoudsdosering) meegenomen kan worden.

⁴ Het algoritme met indicaties voor aanvullend laboratoriumonderzoek uit de RIOB en MDR is integraal opgenomen in de handreiking SOO.

C. Startgesprek onderhoudsbehandeling

Doel: Actualiseren van gegevens; start onderhoudsbehandeling

Waar: Consult vindt plaats bij de start van onderhoudsbehandeling

Benodigheden:

- Behandelovereenkomst
- Voorlichtingsmateriaal zo nodig

Taken

1. Actualiseer verslavingsanamnese en somatisch onderzoek.
2. Bespreek ECG en laboratorium onderzoek
3. Stel eventueel in op opiaatonderhoudsdosering en bepaal verstrekkingsprogramma
4. Bespreek belang van monitoring.
5. Stel een behandelovereenkomst op
6. Afsluiting

Actualisering van verslavingsanamnese

Actualiseer de gegevens die zijn verzameld bij een eerder consult, met name de verslavingsanamnese. Van belang is na te gaan of er zaken veranderd zijn ten opzichte van het eerdere consult met de patiënt.

ECG en laboratorium onderzoek

Bespreek met de patiënt de uitkomsten van de ECG en het laboratoriumonderzoek. Wanneer lichamelijk, psychisch onderzoek en uitslagen goed zijn, kan gestart worden met instellen op onderhoudsdosering methadon, buprenorfine of heroïne. Wanneer het ECG afwijkend is wordt doorverwezen naar de cardioloog (zie voor meer informatie paragraaf 6.2).

Opiaatonderhoudsdosering

De patiënt wordt nogmaals de gelegenheid geboden vragen te stellen over de opiaatonderhoudsdosering. Zo nodig wordt hier uitgebreid uitleg over gegeven.

Verstrekkingsprogramma

Bepaal aan de hand van de mate van problematiek op welke wijze en in welke frequentie medicatieverstrekking plaatsvindt. Aan de patiënt kan een opiaatverstrekking op verschillende manieren worden georganiseerd (zie hoofdstuk 3). De mate van stabiliteit in iemands leven en de ernst van de verslaving van de patiënt zijn belangrijke inschattingcriteria voor een arts bij het vaststellen van de vorm en de frequentie. De drie categorieën waarin de ernst van de verslaving staat beschreven (hoofdstuk 1) kunnen als richtsnoer hierbij dienen.

Monitoring

De zorgverlener voert de bij het middel afgesproken onderzoeken uit (BAC/urineonderzoek), bespreekt de functie hiervan en verwerkt deze administratief. Aan de patiënt wordt het doel van monitoringvragenlijsten uitgelegd (inzicht in effect van behandeling). Urineonderzoek en BAC kunnen voor meerdere doeleinden worden afgenomen. Enerzijds als stimulans om de abstinentie van overig middelengebruik vol te houden (stok achter de deur) en positief gedrag te bekrachtigen, anderzijds in verband met veilig opiaatverstrekking. Alcoholgebruik in combinatie met andere dempende drugs, zoals heroïne, buprenorfine en methadon geeft bijna altijd versterking van de dempende werking met mogelijk coma als gevolg van ademhalingsdepressie. Het protocol met betrekking tot alcoholgebruik in combinatie met opiaatonderhoudsbehandeling en heroïnebehandeling vindt u in bijlage 4.

Behandelovereenkomst

Als de opiaatonderhoudsbehandeling daadwerkelijk gestart wordt, dan wordt de behandelovereenkomst / werkplan, indien die al was opgesteld, geactualiseerd of opgesteld en afgesloten.

Afsluiting

Bespreek resterende vragen. Rapporteer en draag informatie over aan het team.

D. Tussenconsulten onderhoudsbehandeling

Doel: Controle, voortgang opiaatonderhoudsdosering, ondersteuning en mogelijke bijstelling behandelplan

Waar: Voornamelijk ambulant

Wanneer: dagelijks tot wekelijks

Benodigheden:

- BAC
- Urineonderzoek

Taken

1. Bespreek voortgang opiaatonderhoudsbehandeling
2. Monitor medicatietrouw
3. Monitor onthoudingsverschijnselen/craving
4. Monitoring lichamelijke en psychische klachten
5. Voer eventueel BAC en/of urineonderzoek uit
6. Afsluiting

Voortgang

Informeer naar de algehele toestand van de patiënt. Vraag uit of er klachten zijn betreffende onthoudingsklachten, craving en bijwerkingen van de voorgeschreven medicatie. Bespreek voorkomende klachten met de patiënt. Afhankelijk van de te verwachten complicaties wordt bepaald door welke functie het consult wordt uitgevoerd.

Medicatietrouw

Observeer en noteer aan- en afwezigheid van patiënt bij opiaatverstrekking. Continuïteit van toediening is 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. Als een patiënt meer dan twee dagen geen methadon inneemt dan daalt de beoogde methadonspiegel en de tolerantie voor die dosis dusdanig dat daar rekening mee gehouden moet worden in de dosering (zie voor meer informatie over welke acties ondernomen dienen te worden bij afwezigheid opiaatverstrekking bijlage 5).

Onthoudingsverschijnselen/craving

Observeer en monitor de patiënt wanneer wijzigingen in dosering plaatsvindt in methadon, buprenorfine of heroïne. Onthoudingsverschijnselen en ervaren craving zijn belangrijke onderwerpen in het dagelijkse contact met de patiënt. Aan de hand van de klachten, observaties/gegevens die de worden verzameld, kan bijstelling plaatsvinden van medicatie.

Lichamelijke en psychische gezondheid

De zorgverlener monitort de gezondheidstoestand op de momenten dat de patiënt medicatie komt halen (kortdurende contacten). Observeer hoe de patiënt verschijnt tijdens de verstrekking (zie bijlage 6), zijn er bijzonderheden? Vraag (bij)gebruik uit, wanneer van toepassing.

Bloed-alcohol-concentratie (BAC) en urineonderzoek

Voer BAC controles uit bij patiënten die bekend zijn met alcoholmisbruik of voer deze op indicatie uit bij vermoedens, alvorens de verstrekking van methadon, buprenorfine en heroïne. Patiënten dienen te blazen in een zogenaamde bloed-alcohol-concentratiemeter (BAC-meter). Controleer vervolgens of de uitkomsten binnen of buiten de zogenaamde 'veilige' grens voor de verstrekking van enerzijds methadon en anderzijds heroïne vallen. Het protocol met betrekking tot alcoholgebruik in combinatie met opiaatonderhoudsbehandeling en heroïnebehandeling vindt u in bijlage 4.

Voer op indicatie urineonderzoek uit. Indicaties en uitleg over afname urineonderzoek treft u in bijlage 3.

Afsluiting

Zorg voor een verslaglegging in het behandelplan. Bespreek bijzonderheden in het team.

E. Tussenconsult behandelplanbespreking

Doel: Controle, voortgang opiaatonderhoudsdosering, ondersteuning, evaluatie en mogelijke bijstelling behandelplan

Waar: Voornamelijk ambulant

Wanneer: Minimaal 1 keer per 6 maanden en neem 2 keer per jaar somatisch onderzoek af bij patiënten met ernstige problematiek. Bij patiënten met lichte of matige problematiek kan op indicatie (aan de hand van de lichamelijke gezondheid en leefstijl) en in overleg met de patiënt van deze norm worden afgeweken (Loth, Wits, de Jong, et al., 2012).

Benodigheden:

- ROM/ASI

Taken

1. Bespreek en evalueer de voortgang opiaatonderhoudsbehandeling
2. Voer een behandelplanbespreking uit
3. Bespreek medicatie inname
4. Monitor voortgang eventueel met gestructureerde vragenlijsten
5. Voer lichamelijk onderzoek uit en bespreek psychische klachten
6. Afsluiting

Voortgang

Informeer naar de algehele toestand van de patiënt met een onderhoudsdosering opiaten. Vraag uit of er klachten zijn betreffende onthoudingsklachten, craving en bijwerkingen van de voorgeschreven medicatie. Bespreek voorkomende klachten met de patiënt. Let hierbij ook op specifieke klachten. Vraag na hoe de tussenliggende periode is verlopen wat betreft middelengebruik en inname van de voorgeschreven medicatie.

Evalueer met de patiënt of de behoeftes van de patiënt veranderd zijn. Kijk hierbij naar het gebruik van middelen en de diagnose (opiaat)verslaving, het algemeen functioneren van de patiënt, zijn of haar behoefte aan zorg en begeleiding daarbij en problemen op medisch, psychisch, maatschappelijke en justitieel terrein. Bespreek hoe de patiënt om kan gaan met de bestaande klachten. Bespreek ook wat de cliënt nog te wachten staat afhankelijk van de bestaande klachten. Houd oog op de algemene dagelijkse levensbehoeften (ADL)- functies (de basisvaardigheden met betrekking tot de somatische zelfzorg) en stimuleer, begeleid of ondersteun de patiënt hierin. Het zorgaanbod (inclusief eventuele zelfhulp en informele zorg) stem je vervolgens af op de ondersteuningsbehoefte van de patiënt.

Behandelplanbespreking

Voer een behandelplan bespreking uit. Algemeen uitgangspunt van het behandelplanbespreking is dat de acute grotere en kleinere problemen van alledag niet uit het ook verloren moet worden. Een methode om behandelplan te bespreken is middels het bespreken in het MDO. Bespreek de patiënt minimaal 1 keer per 6 maanden bij een multidisciplinaire overleg (MDO), of zoveel vaker als noodzakelijk is (Loth, Wits, de Jong, et al., 2012). Uitzondering hierop zijn situaties waarin al

jarenlang sprake is van een stabiele situatie en er bij de patiënt geen wens bestaat om het behandelplan te wijzigen. Dan kan afgeweken worden van de halfjaarlijkse evaluaties en hoeft cliënt niet ingebracht te worden in het MDO (IVO et al., 2017).

Medicatierouw

Bespreek en evalueer met de patiënt zijn medicatierouw, wat betreft de opiaatonderhoudsbehandeling. Benadruk het belang van de inname van de medicatie. Bespreek mogelijke problemen bij de inname en kijk wat er gedaan kan worden om de inname te bevorderen. Bespreek ook de rol van de belangrijke ander.

Routine Outcome Measurement (ROM) / ASI

Vul (eventueel samen met de patiënt) monitoringvragenlijsten in (de frequentie is 1 keer per 6 maanden) en vergelijk deze samen met de patiënt met voorgaande ingevulde vragenlijsten. Koppel de resultaten aan de patiënt terug en bespreek de voortgang van de behandeling. Stel op basis van de uitkomsten eventueel de behandeling bij.

Monitoring bijgebruik

Bespreek met de patiënt wat de voor- en nadelen zijn van het comorbide middelengebruik. Indien er positieve veranderingen zijn deze positief bekrachtigen, indien het stoppen en/of minderen van middelengebruik moeizaam verloopt begripvol reageren. Zorg ervoor dat de patiënt inzicht krijgt in de situaties waar de zucht toeneemt en verwijs eventueel naar het signaleringsplan. Gedachten, gevoelens, gedrag en gevolgen worden geïnventariseerd.

Monitoring van de lichamelijke gezondheid

Voer een lichamenlijk (somatisch) onderzoek uit met eventuele ondersteuning van een gestructureerd instrument, zoals de praktische handreiking 'Somatisch Onderzoek bij Opiaatverslaving' (SOO) zie bijlage 2.

Let bij afname van lichamelijke gezondheid op de aandachtspunten uit het vorige lichamenlijk onderzoek, (seksueel) risicogedrag (met het oog op infectieziekten, soa en zwangerschap), leefstijl (preventie) en een globale screening om eventuele nieuwe klachten tijdig te signaleren (Trimbos instituut, 2015). Zie voor meer informatie hoofdstuk 6 comorbide problematiek.

Psychologisch onderzoek

Evalueer psychische klachten. Maak hierbij eventueel gebruik van de indicatiecriteria van psychische comorbiditeit afkomstig uit de MATE. Afhankelijk van de uitkomsten kan per comorbide psychische aandoening verschillende meetinstrumenten gebruikt worden (zie voor meer informatie hoofdstuk 6 comorbide problematiek).

Afsluiting

Zorg voor een verslaglegging in het behandelplan. Plan vervolgevaluatie in.

F. Consult crisisinterventie bij overdosering

Doel: Crisis bezweren, behandelen van cliënt met een overdosis

Waar: Ambulant en klinisch

Wanneer: bij een overdosis van opiaten

Benodigdheden:

- naloxon

Taken

1. Bel wanneer noodzakelijk 112
2. Bewaak vitale functies
3. Start wanneer nodig reanimatie
4. Bij overdosis opiaten en enkel bij ademdepressie geef naloxon i.v.
5. Afsluiting

Overdosering met opiaten levert een acute situatie op en kan levensbedreigend zijn. Tolerantie, gelijktijdig gebruik van andere middelen en overgevoeligheid van de opiaatreceptoren ten gevolge van het gebruik van opiaatantagonisten zijn factoren die kans op een overdosering beïnvloeden.

Bij een overdosis is het vaak moeilijk om betrouwbare informatie te verkrijgen over welke stoffen of middelen er precies op welk moment gebruikt zijn. Door het aantal verschillende stoffen dat in het spel kan zijn, kunnen de verschijnselen soms verwarrend zijn. De belangrijkste graadmeters voor het vaststellen van een overdosis zijn:

- Bewustzijnsniveau;
- Aard van de ademhaling;
- Grootte van de pupil is niet doorslaggevend.

Beleid bij overdosis

- Behandeling op Eerste Hulp afdeling van een ziekenhuis is meestal noodzakelijk (bel 112).
- Bewaken van vitale functies;
- Eventueel reanimeren (vrijmaken en vrijhouden van luchtwegen en beademen);
- Wanneer bevoegd en bekwaam medisch personeel aanwezig is bij overdosis van opiaten en enkel bij ademdepressie cyanose naloxonhydrochloride 0,4 mg i.v. toedienen.

Tabel 6: Toediening medicatie bij overdosis

Antidotum	Toediening	Herhalen	Vervolg
Naloxon	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.

Afsluiting

Plan zo snel mogelijk een afspraak in om de overdosering te bespreken. Afhankelijk van de te verwachten risico op herhaling wordt bepaald door welke functie de afspraak wordt uitgevoerd. De crisis, de interventies worden in het behandelplan van de desbetreffende patiënt genoteerd.

5. Instellen opiaatonderhoudsbehandeling

5.1 Onderhoudsdosering methadon

Indicaties voor methadon

Methadon voorkomt ontwenningsverschijnselen, vermindert de hunkering naar opiaten en blokkeert de euforische effecten die men ervaart als men heroïne gebruikt. Methadon is een opiaatagonist. Methadon is eerste keuze bij opiaatonderhoudsmedicatie. Het is het meest kosteneffectief (Van den Brink et al., 2013), er is veel ervaring mee en het titreren gaat gemakkelijker en nauwgezetter dan bij buprenorfine of heroïne op medisch voorschrift (Loth, Wits, De Jong, et al., 2012).

Contra-indicaties voor methadon

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 bij borstvoeding wordt afgeraden.

Bijwerkingen van methadon

Mogelijke bijwerkingen van methadon zijn: ademhalingsdepressie, bloeddrukverlaging (hypotensie), bij hoge doseringen, braken, droge mond, duizeligheid, misselijkheid, pupilvernauwing (miosis), stemming waaronder uitgelaten (euforie), of juist somber (dysforie), sufheid en verstopping/obstipatie.

Allergische reacties die bekend zijn van zowel methadon: huiduitslag, oedeem, blaasjes en anafylactische shock.

Instellen op methadon

De patiënt heeft bij de intake informatie ontvangen voor het maken van een ECG ('hartfilmpje'). Voor de start van elke nieuwe behandeling met methadon moet een ECG worden gemaakt (Van den Brink et al., 2013). Het starten met methadon geeft namelijk risico op hartritmestoornissen. Voor meer informatie over ECG zie paragraaf 6.2 lichamelijke comorbiditeit.

Als een patiënt moet worden ingesteld op methadon zijn de volgende doelen van belang (Loth, Wits, De Jong, et al., 2012):

- bestrijding van ontwenningsverschijnselen (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).

In tabel 1 staan deze doelen verder uitgewerkt met overwegingen en dosering.

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 de behandeling binnen de behandelunit te doen en de patiënt zo'n 3 uren te laten wachten in de instelling om te kunnen monitoren op een eventueel te ontstane overdosering en ademhalingsstilstand. 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). Bij het vaststellen van de begindosering methadon dienen alle toegediende doseringen nauwkeurig geregistreerd te worden.

Tabel 1: Fases bij het instellen van een dosis methadon (Jamin, 2010)

Fase	Doelen	Overwegingen	Dosering
Initiële inductie	Onderdrukken van de ontwenningsverschijnselen	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 ontwenningsverschijnselen langdurig te onderdrukken.	Start met - 20 mg dd bij vermoeden van weinig gebruik - 40 mg dd bij vermoeden van veel gebruik
Vroege inductie	Bereiken tolerantieniveau, afname craving	Stabiele bloedspiegel bereikt na ongeveer vijfmaal halfwaardetijd (= 24 u)	Bijstellen dosering per vijf dagen
Late inductie, stabilisatie	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
Onderhoud	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

Methadon heeft een lange werkingsduur. Het wordt aangeraden om de dagelijkse dosis één keer per dag in één keer in te nemen. Indien een patiënt vanwege medische redenen of op eigen verzoek de dagelijkse dosis gesplitst wil innemen, is het aan de voorschrijver om de beslissing hierin te nemen. Als er een medische reden aan ten grondslag ligt, zoals een versnelde afbraak, pijnproblematiek is het aan te raden een opiaatsubstitutie recept met een 2-3 daags voorschrift voor te schrijven op geleide van klinisch beeld en/of serumspiegel.

Indicaties voor lage doseringen methadon

Lage doseringen van methadon (< 60 mg) dienen slechts te worden aangeboden aan patiënten die voldoen aan minstens 1 van de 2 volgende criteria.

- Traag metabolisme van methadon, waardoor lage doseringen leidt tot adequate spiegels. Voor deze patiënten is dan sprake van een normale behandeling.

- Weigering door de patiënt van een adequate dosering. In dat geval moet er een reden zijn om de patiënt toch methadon te geven, bijvoorbeeld greep krijgen op risicovol gedrag: wat betreft infectieziekten, en het behouden van contact om de aanpak van complexe maatschappelijke problematiek en/of behandeling van psychiatrische en/of somatische comorbiditeit mogelijk te maken. De effectiviteit van deze aanpak moet voor elke patiënt regelmatig worden getoetst.

5.2 Onderhoudsbehandeling buprenorfine

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. Als het middel de receptor volledig heeft bezet geven andere opiaten geen effect meer.

Buprenorfine bij opiaatverslaving wordt in de hoge doseringen gebruikt 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.

Indicaties voor buprenorfine

Een behandeling met buprenorfine kan worden overwogen als (Van den Brink et al., 2013):

- Volledige abstinentie haalbaar lijkt, bij:
 - patiënten met een korte verslavingshistorie (tot ongeveer 18 maanden)
 - patiënten die een serieuze poging willen doen om hun opiaat(onderhouds)behandeling helemaal af te bouwen
- In geval van onderhoudsbehandeling (Loth, Wits, de Jong, et al., 2012):
 - snelle methadonmetaboliseerder waardoor methadon onvoldoende effectief is;
 - 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.

Relatieve contra-indicaties voor buprenorfine

Patiënten die in hun actieve gebruikersperiode buprenorfine hebben geïnjecteerd moeten geen buprenorfine als enkelvoudig middel voorgeschreven krijgen maar buprenorfine/naloxon. Zeer specifieke redenen om geen buprenorfine 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.
- Het gebruik van buprenorfine bij borstvoeding wordt afgeraden.

Bijwerkingen van buprenorfine

Buprenorfine heeft de volgende bijwerkingen:

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

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

Allergische reacties die bekend zijn bij buprenorfine 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 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. Het optreden van tijdelijke ontwenningsverschijnselen is onvermijdelijk. Deze ontwenningsverschijnselen kunnen 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. Patiënten wordt geadviseerd om een SOS ID armband te dragen, gezien buprenorfine de opiaatreceptor bedekt, zodat hulpverleners in geval van nood de juiste behandeling kunnen bieden.

Als een patiënt wordt ingesteld op buprenorfine mag geen ander opiaat gebruikt worden ter voorkoming van ontwenningsverschijnselen. 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 behandelunit te doen. In tabel 2 wordt het instellen op buprenorfine nader uitgewerkt, tabel 3 geeft aan welke doseringen voor welke doelen geschikt zijn. Bij het instellen van de buprenorfine is het afbouwen van methadon en/of heroïne een eerste vereiste.

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 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 3: Fases bij het instellen van een dosis buprenorfine (Jamin, 2010)

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

Indicaties voor lage doseringen buprenorfine

Lage doseringen van buprenorfine (< 12 mg) dienen slechts te worden aangeboden aan patiënten die voldoen aan de volgende criteria:

- Weigering door de patiënt van een adequate dosering. In dat geval moet er een reden zijn om de patiënt toch methadon of buprenorfine te geven, bijvoorbeeld grip krijgen op risicovol gedrag: wat betreft infectieziekten, en het behouden van contact om de aanpak van complexe maatschappelijke problematiek en/of behandeling van psychiatrische en/of somatische comorbiditeit mogelijk te maken. De effectiviteit van deze aanpak moet voor elke patiënt regelmatig worden getoetst.

Van methadon/heroïne naar buprenorfine

Het is gemakkelijker vanuit heroïne (kortwerkend) over te stappen naar buprenorfine dan van methadon (langwerkend) naar buprenorfine. Patiënten met een heroïneverslaving kunnen in 2 tot 3 dagen op buprenorfine worden ingesteld, zie tabel 4.

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.

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. Wanneer afbouwen naar een ondergrens van 30 mg methadon per dag niet lukt, wordt instellen op buprenorfine afgeraden. Overschakelen van buprenorfine op methadon geeft over het algemeen geen problemen.

Tabel 4: Overstap op een ander opiaat

	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.
Eerste dosis	≥ 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
Dag 2	Ophogen (titreren) van de dosis in stappen van 2-8 mg. Al naar gelang de behoefte	maximaal 24 mg	
Verhogingen	2-4 mg per dag	2-4 mg per dag	16 – 32 mg optimaal effect. Maximaal 32 mg

* Let op: start je pas met buprenorfine op het moment dat er voldoende ontwenningsverschijnselen aanwezig zijn.

** Let op: na de eerste gift kunnen de onthoudingsverschijnselen verergeren als er nog een zekere mate van receptorbezetting is door heroïne of methadon. Zie ook de handleiding detoxificatie van psychoactieve stoffen (Dijkstra e.a., 2017b).

5.3 Onderhoudsbehandeling heroïne

Indicatiecriteria voor heroïne op medisch voorschrift

De behandelend arts voorafgaand aan de heroïnebehandeling heeft vastgesteld dat voor de cliënten die worden behandeld op een behandelplaats van de behandel eenheid geldt dat de cliënt:

1. de Nederlandse nationaliteit bezit, op grond van een wettelijke bepaling als Nederlander wordt behandeld of vreemdeling is en rechtmatig verblijf geniet als bedoeld in artikel 8 van de Vreemdelingenwet 2000
2. volgens de basisregistratie personen, bedoeld in artikel 1.2 van de Wet basisregistratie personen, ten minste 3 jaar als ingezetene is ingeschreven met een adres in de gemeente of een adres in een gemeente in het maatschappelijk zorggebied, bedoeld in artikel 1, onder e, van de Uitvoeringsregeling brede doeluitkering sociaal, integratie en veiligheid.
3. de leeftijd van 35 jaar heeft bereikt;
4. vrijwel dagelijks heroïne gebruikt;
5. reeds vijf jaar of langer verslaafd is aan heroïne en ondanks therapietrouw methadonbehandeling geen uitzicht op abstinentie van opiaten heeft;
6. ten gevolge van de heroïneverslaving chronisch ernstige problemen heeft met de lichamelijke of geestelijke gezondheid of met het sociaal of maatschappelijk functioneren;
7. in staat is de behandel eenheid ten minste drie dagen per week te bezoeken en zich te houden aan het behandelplan;
8. uiterlijk vijf jaar voor de aanvang van de heroïnebehandeling gedurende ten minste een maand dagelijks meer dan 50 mg methadon is toegediend indien het een patiënt betreft die de heroïne inhaleert of meer dan 60 mg methadon is toegediend indien het een patiënt betreft die de heroïne injecteert;

Voorwaarden medische heroïne behandeling

- de heroïnebehandeling plaats vindt conform de richtlijnen en protocollen
- de kwaliteit van de heroïnebehandeling systematisch wordt bewaakt, beheerst en verbeterd
- maatregelen zijn getroffen om te waarborgen dat er uitsluitend heroïne wordt aangewend voor heroïnebehandeling.

Conditie voor behandeling

- Bereid, gemotiveerd en in staat om in de deelnemende behandelinstelling mee te werken aan de systematische monitoring en evaluatie van de behandeling.
- Overeenstemming over behandelplan, hetgeen schriftelijk is vastgelegd.
- Na zelftoediening van de heroïne dienen de patiënten gedurende een observatieperiode van 15 minuten in de behandelinstelling te blijven. Het meenemen van de voorgeschreven heroïne is niet toegestaan.

Contra-indicaties voor heroïne op medisch voorschrift

Contra-indicaties voor deze behandeling zijn:

- ernstige medische, psychiatrische of psychosociale problemen die, naar mening van de arts, om gezondheidsredenen een contra-indicatie vormen voor de behandeling met heroïne.
- 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.

Bijwerkingen heroïne

De meest voorkomende bijwerkingen van heroïne in combinatie met methadon zijn:

- misselijkheid en braken;
- griepachtige verschijnselen;
- problemen met de ademhaling: hoesten, longontsteking, benauwdheid en astma;
- psychiatrische problemen: waarnemingen van dingen die er niet zijn (hallucinaties), verwardheid (desoriëntatie) en depressie;
- huiduitslag en eczeem;
- allergische reacties die bekend zijn van heroïne zijn; huiduitslag, oedeem, blaasjes en anafylactische shock.

Instellen op medische heroïne

De voorstellen voor het instellen op medische heroïne zijn onder andere gebaseerd op de Zwitserse ervaringen, zoals deze zijn beschreven door André Seidenberg (1996).

Op basis van de zojuist genoemde literatuur en de daarop gebaseerde discussie is eerst een aantal uitgangspunten geformuleerd. Deze uitgangspunten vormen de basis voor de voorstellen ten aanzien van de doseringsschema's.

1. De uitgangspunten, richtlijnen en protocollen zijn bedoeld ter ondersteuning van het klinisch handelen en kunnen nooit de klinische inschatting en beoordeling van de arts vervangen.
2. De biologische beschikbaarheid van injecteerbare heroïne is 100% en de biologische beschikbaarheid van rookbare heroïne is ongeveer 50%.
3. Methadon kan éénmaal daags gedoseerd worden; frequentere dosering kan leiden tot accumulatie en overdosering. Het effect ontstaat geleidelijk en het duurt ten minste 3 uur tot het maximale effect van een dosering orale methadon is bereikt.
4. Een dosering van 2-4 keer per dag van injecteerbare heroïne is meestal voldoende om onthoudingsverschijnselen te voorkomen. 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 ten minste 30 minuten te laten verstrijken.
5. Rookbare heroïne wordt meestal vaker dan 2-4 keer per dag in meestal wat lagere doseringen gebruikt. Het effect is vrijwel onmiddellijk en het maximale effect van geïnhaleerde heroïne treedt altijd binnen 30 minuten op. Het is daarom verstandig om tussen de verschillende rooksessies ten minste 30 minuten te laten verstrijken.
6. Veiligheid bij de opbouw van de dosering staat voorop. Een te trage opbouw kan echter leiden tot onthoudingsverschijnselen en/of onvoldoende roeseffect en daardoor tot frustratie en vroegtijdige uitval.

7. Het door de patiënt gerapporteerde gebruik kan (in het algemeen) niet als uitgangspunt worden genomen bij de bepaling van de tolerantie. Bij de opbouw van de voor de patiënt optimale dosering kan alleen rekening worden gehouden met de hoeveelheid opiaten die men medisch verstrekt heeft gekregen in de voorafgaande periode.
8. Bij het samenstellen van de optimale combinatie van methadon en heroïne dient zoveel mogelijk uitgegaan te worden van de bestaande dosering methadon met daaraan toegevoegd een optimale hoeveelheid heroïne verdeeld over 1-3 doseringen per dag.
9. Aan het begin van de behandeling worden de patiënten geïnstrueerd over de wijze van injectie, dan wel inhalatie. Op een schematische voorstelling van het menselijk lichaam kan bijgehouden worden op welke plekken de patiënt de heroïne injecteert en dit wordt opgenomen in het patiëntendossier. Het spuiten in de nek of lies is niet toegestaan. De voorgeschreven inhaleerbare heroïne wordt d.m.v. chinezen door de patiënt geïnhaleerd.
10. Overwogen kan worden de patiënten die inhaleerbare heroïne voorgeschreven krijgen de mogelijkheid te bieden de vastgestelde dosering heroïne verspreid over kleinere hoeveelheden (binnen hetzelfde verstrekingsblok en met een maximum van drie keer) te gebruiken. Indien daartoe wordt besloten, dient dat in het dossier te worden vastgelegd.
11. Bij de (gedeeltelijke) omzetting van methadon in heroïne (en andersom) kan gewerkt worden met zogenaamde equivalentietabellen, waarbij naast het equivalente (subjectieve) kortdurende effect ook rekening wordt gehouden met de verschillen in halfwaardetijd. In het rapport van Seidenberg (1996) wordt daarbij gesproken over:

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 opiaatsaturatie: voorkomen van onthouding) overeenkomt met 1 mg methadon per os

Volgens deze methodiek kunnen de volgende equivalenties worden aangenomen (*bij het 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.

In Nederland wordt gebruik gemaakt van een *gecombineerde farmacologische behandeling met methadon (liefst >30-50 mg) en heroïne naar behoefte met een maximum van 400 mg per dosering en 1000 mg per dag*.

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.

De dosering heroïne wordt individueel vastgesteld. 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.

Uitgebreide informatie over het instellen op heroïne, zowel injecteerbare heroïne als rookbare heroïne, vindt u in bijlage 9: doseringsschema's heroïneverstrekking, bijlage 10 voorbeelden doseringsschema's.

Omzetting methadon naar heroïne

Er moet duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen opbouwschema's en afbouwschema's. Bij opbouwschema's staat de veiligheid - en daarmee het voorkomen van overdoseringen - centraal. Bij afbouwschema's vormt drop-out het grootste gevaar. In beide gevallen is het tempo cruciaal: langzame maar niet te trage opbouw en een niet te snelle afbouw.

Uitgangspunt is bij instellen op heroïne dat de enkelvoudige dosering op een bepaalde dag nooit meer mag zijn dan 50% van de Methadon-Dag-Equivalent (MTQ) van de voorgaande dag. Het onderstaande voorbeeld maakt dat direct duidelijk. Natuurlijk kan er een vergelijkbare omzetting gemaakt worden vanaf een (veel) hogere dosering methadon. Het afbouwen van de methadon hoeft niet langzaam te zijn als er ten minste drie keer per dag heroïne wordt gegeven.

Tabel 5: Omzetting methadon naar heroïne

dag	methadon p.o	heroïne i.v.	MTQ	MTQ totaal	volgende dagdosering
1	30 mg	15 mg + 30 mg 2 x 30 mg	15 MTQ 50 MTQ	65 MTQ	$(65:2) \times 3 = 97,5$
2	20 mg	100 mg 2 x 100 mg	33 MTQ 86 MTQ	120 MTQ	$(120:2) \times 3 = 180$
3	10 mg	3 x 180 mg	190 MTQ	190 MTQ	$(190:2) \times 3 = 285$
4	5 mg	3 x 285 mg	290 MTQ	290 MTQ	$(290:2) \times 3 = 435$
5	0 mg	1000 mg (max)	333 MTQ	333 MTQ	nvt

Zoals uit bovenstaande tabel blijkt, kan een omzetting vrij snel leiden tot hoge en zelfs zeer hoge doseringen injecteerbare heroïne. Natuurlijk kan het ook hier langzamer.

Hoeveelheid te injecteren vloeistof: op straat wordt - naar verluidt - in het algemeen niet meer dan 2 ml per keer geïnjecteerd. Bij een concentratie van 150 mg/ml kan op deze wijze maximaal 300 mg heroïne per keer geïnjecteerd worden. Bij hogere doseringen staan in principe drie oplossingen ter beschikking: (1) vergroting van de concentratie, met het gevaar van hyperosmolariteit en infiltraten, (2) het inspuiten van een grotere hoeveelheid vloeistof per keer met kans op paraveneuze lekkage en lokale infiltraten en (3) meermalig injecteren per sessie.

Patiënten die behandeld worden met injecteerbare heroïne hebben de mogelijkheid over te gaan op inhaleerbare heroïne, indien zij dit wensen. Voorwaarde is dat de persoon ten minste twee weken behandeld wordt met inhaleerbare heroïne, alvorens hij terug kan gaan naar de behandeling met injecteerbare heroïne. Na een dergelijke terugkeer dient de patiënt vervolgens ten minste twee weken behandeld te worden met de injecteerbare heroïne alvorens hij wederom in aanmerking kan komen voor inhaleerbare heroïne. Patiënten die van aanvang af behandeld worden met inhaleerbare

heroïne kunnen niet overgaan op voorgeschreven injecteerbare heroïne. E.e.a. dient in het dossier te worden vastgelegd.

De schema's voor rookbare heroïne zijn in principe vergelijkbaar met uitzondering van de MT en de MTQ van rookbare heroïne die ten gevolge van de lagere biologische beschikbaarheid wat anders is. De regels zijn vergelijkbaar en er kunnen basisschema's opgesteld worden.

6. Comorbide problematiek

Veelvoorkomende andere klachten of aandoeningen naast opiaatverslaving zijn:

- psychische problematiek;
- lichamelijke problematiek;
- gebruik van of verslaving aan andere middelen.

Daarnaast kan opiaatverslaving gepaard gaan met allerlei sociaal-maatschappelijke problemen. Het is belangrijk dat bij indicatiestelling en behandeling aandacht is voor deze bijkomende problematiek.

De komende paragrafen geven informatie over bijkomende problematiek naast een opiaatverslaving.

6.1 Psychiatrische comorbiditeit

Het verdient aanbeveling om bij aanvang van de behandeling maar nadat het gebruik onder controle is of sterk is verminderd, een psychologisch onderzoek uit te voeren dat specifiek gericht is op comorbiditeit, bij voorkeur met ondersteuning van een gestructureerd onderzoeksinstrument (Van den Brink et al., 2013).

Psychische aandoeningen komen bij deze doelgroep vaak voor. Om dit in beeld te krijgen kan de MATE worden gebruikt. De MATE geeft (onder ander aan de hand van Module 2) aan of, in overeenstemming met de patiënt, bij de intake een consult met een verslavingsarts KNMG of verpleegkundig specialist GGZ aangewezen is. Daarbij vindt diagnostiek plaats zoals beschreven in de hiervoor gangbare richtlijnen (zie voor meer informatie paragraaf 5.2) (IVO et al., 2017).

De aanwezigheid van een psychische aandoening - naast de opiaatverslaving - heeft gevolgen voor het behandelplan en de kans op slagen van de behandeling. Het is van belang dat behandeling en begeleiding bij een opiaatverslaving en eventuele andere psychische problemen geïntegreerd worden aangeboden.

Zie voor uitgebreide informatie over diagnostiek en behandeling van verslaving en comorbide psychische problematiek de volgende richtlijnen:

- Angststoornissen (inclusief PTSS): Richtlijn Middelenmisbruik of – afhankelijkheid en angststoornissen; richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis en comorbide middelenmisbruik of –afhankelijkheid. (2012). <http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/angst-en-verslaving.html>
Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (2013). <https://www.ggzrichtlijnen.nl/angststoornissen>
- Depressieve stoornissen: Middelenafhankelijkheid en depressie; diagnostiek en cognitief gedragstherapeutische behandeling van comorbide middelenafhankelijkheid en depressieve stoornissen. (2009). <http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/middelenafhankelijkheid-en-depressie.html>
- ADHD: Protocol ADHD bij verslaving (2004) http://www.psyq.nl/files/Files/PsyQ/Diagnose%20instrumenten/ADHD%20bij%20volwassenen/protocol_adhd_01.pdf

- Persoonlijkheidsstoornissen: Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (2008)
<https://www.ggzrichtlijnen.nl/persoonlijkheids-stoornissen>
- Psychotische stoornissen: Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (2012)
<https://www.ggzrichtlijnen.nl/psychotische-stoornissen>

Cognitieve problemen

Cognitieve problematiek (een aangeboren licht verstandelijke beperking en/of verworven cognitieve problematiek) komt veel voor bij deze doelgroep. Bij een vermoeden van cognitieve problematiek wordt aangeraden om de MMSE (Minimal Mental State Examination http://www.effectieveouderenzorg.nl/Portals/0/PDF/Toolkit/S-MMSE_vragenlijst.pdf) of de MOCA (Montreal Cognitive Assessment: www.mocatest.org) af te nemen (<http://www.platformouderenzorg.nl/bestanden/MoCA-Test-Dutch.pdf>). Bij een positieve uitslag moet goede diagnostiek worden uitgezet met behulp van cognitieve testen.

6.2. Lichamelijke comorbiditeit

Mensen met een opiaatverslaving hebben een verhoogde kans op verschillende en ook ernstige lichamelijke aandoeningen, zowel door de effecten en toedieningswijze van het middel zelf, als door de bijkomende leefstijl en de lichamelijke effecten van voorgeschreven medicatie (met name die voor psychische comorbiditeit).

Zorgvuldige gezondheidszorg voor patiënten met een opiaatverslaving vraagt om diagnostiek, behandeling en monitoring van lichamelijke comorbiditeit. Mensen met een opiaatverslaving willen hun lichamelijke klachten nogal eens onder rapporteren. Aan de ene kant komt dit door de dempende werking van het middel (pijn wordt minder gevoeld) en aan de andere kant door zorgmijdend gedrag. Psychische en lichamelijke comorbiditeit doen zich vaak tegelijk voor. Een proactieve houding van zorgverleners is daarom gewenst. Er zijn verschillende lijsten die behulpzaam kunnen zijn bij een screening op lichamelijke problematiek, zoals Somatisch onderzoek bij opiaatverslaving (SOO) (zie bijlage 2), de Utrechtse Somatische Screeningslijst (USS) <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/2d33e141-a774-4538-b79f-fde0ee60c1a1.pdf> en de Somatische Mini-Screen (SMS) <http://psychiatrie-nederland.nl/kennisbank/somatische-mini-screen/>.

Wanneer een zorgverlener bij de somatische screening of het lichamenlijk onderzoek klachten of aandoeningen aantreft die opvolging of behandeling nodig hebben, dan zal deze de patiënt in de meeste gevallen hiervoor doorverwijzen naar de huisarts of medisch specialist.

Hieronder volgt meer informatie over enkele lichamelijke aandoeningen die vaak voorkomen bij mensen met een chronische opiaatverslaving.

Longaandoeningen

Bij opiaatverslaving is het voorkomen van (chronische) longziekten zoals COPD meer regel dan uitzondering. Bij de behandeling van COPD kan de verslavingszorg een belangrijke rol vervullen door bij patiënten met COPD extra aandacht te besteden aan een gezonde leefstijl. COPD is niet te genezen, maar het verloop van de ziekte is wel te beïnvloeden door een gezonde leefstijl, en de kwaliteit van leven kan verbeteren als de patiënt zich effectief weet aan te passen aan de

beperkingen die deze ziekte met zich meebrengt. Zorgverleners in de verslavingszorg kunnen hier een ondersteunende rol in vervullen (Trimbos instituut, 2015).

Voor de verdere diagnostiek, behandeling en afstemming van de zorg verwijzen wij naar de NHG standaard COPD uit 2015 [<https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-copd>].

Tuberculose (TBC)

De GGD is de spil in de bestrijding van tuberculose in Nederland. Bij klachten of verdenking van tbc wordt zo snel mogelijk, liefst dezelfde dag nog, contact opgenomen met de GGD.

Infectieziekten

Het opsporen van infectieziekten en het bekend zijn met de infectieziektestatus van patiënten is van belang. Niet alleen in het kader van de individuele zorg, maar ook in het kader van preventie van overdracht (met name hepatitis B en C, en hiv), bijvoorbeeld in geval van prik-, bijt-, snij- en spataccidenten. Voor de preventie en behandeling van infectieziekten en soa hebben de meeste verslavingszorginstellingen eigen protocollen. Daarnaast is het belangrijk om de richtlijnen van het RIVM-LCI in acht te nemen en om goede afspraken te maken met de plaatselijke GGD. Voor hepatitis B is een veilig vaccin beschikbaar dat langdurige bescherming biedt. Met name injecterende patiënten met een opiaatverslaving lopen een verhoogd risico op hepatitis B.

Ook hepatitis C komt relatief vaak voor (Loth, Wits, de Jong, et al., 2012; Van den Brink et al., 2013). De behandeling van hepatitis C gebeurt in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van een specialist (MDL-arts of infectioloog). De verslavingszorg heeft, door het intensieve en goede contact met de patiënt, een belangrijke rol in de opsporing en in de motivatie en begeleiding van de patiënt bij deze relatief dure behandeling, waarbij een goede therapietrouw belangrijk is. Het is noodzakelijk dat hierover goede afspraken worden gemaakt tussen de verslavingszorg en het ziekenhuis. Deze afspraken en de rolverdeling kunnen worden vastgelegd in een 'zorgpad hepatitis C' (zie www.hepcverslaving.nl/toolkit).

Hart- en vaatziekten

Een goede screening op risicofactoren voor hartritmestoornissen (zoals Torsades de Pointes) is nodig 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. Voor screening van hart en vaatziekten zie medisch consult.

Voor het opvolgen van een ECG gelden de volgende adviezen (Loth, Wits, de Jong, et al., 2012):

Aan het begin van een methadonbehandeling	
Bij een uitgangs-ECG met een: • QTc 450 - 500 msec: voor mannen • QTc 460 - 500 msec: voor vrouwen	Verwijs naar cardioloog en indien daarna met methadon wordt gestart herhaal frequent ECG: bv. na iedere dosisverhoging en na 14 dagen na de start van de methadonbehandeling

Bij een uitgangs-ECG met een: • QTc $\geq$ 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 methadon per 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.

Metabool syndroom

Bij het voorschrijven van psychofarmaca is het monitoren van somatische toestand noodzakelijk vanwege de bijwerkingen van die medicatie, die ingrijpend kunnen zijn voor de gezondheidstoestand van de patiënt. Het metabool syndroom is een combinatie van hoge bloeddruk, suikerziekte, verhoogd cholesterol en overgewicht. Er is sprake van het metabool syndroom bij een combinatie van drie of meer van de volgende kenmerken (International Diabetes Federation):

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

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

Het screenen op het syndroom en het monitoren valt onder de eindverantwoordelijkheid van de verslavingsarts KNMG en/of verpleegkundig specialist GGZ . 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:
 - o Bloeddruk, pols, lengte en gewicht;
 - o BMI en buikomvang;
 - o Labwaarden

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.

Kanker

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 (Loth, Wits, De Jong, et al., 2012).

Ondervoeding

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.

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

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

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 mineralensuppletie (in ieder geval vit. B1). De rol van verslavingsarts KNMG / verpleegkundig specialist GGZ , samen met de 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 KNMG in samenwerking met de verpleegkundig specialist GGZ en 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 (Loth, Wits, De Jong, et al., 2012).

Uitgebreidere informatie over lichamelijke problematiek bij mensen met een opiaatverslaving is te vinden in de 'Handreiking Somatiek & Infectieziekten voor opiaatafhankelijke patiënten in de Verslavingszorg' (Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction, 2016). In deze handreiking is met name aandacht voor somatische gegevensverzameling, ECG beleid, infectieziekten, COPD beleid, registratie en scholing.

<https://assets-sites.trimbos.nl/docs/46d85e9c-1455-4fd5-99a1-6e38bc711357.pdf>

6.3 Sociaal-maatschappelijke problemen

Bij mensen met een ernstige of langdurige verslaving zijn er vaak meerdere sociaal-maatschappelijke problemen, bijvoorbeeld op het gebied van wonen (bijv. dakloosheid), financiën, participatie en sociale relaties. Het is belangrijk hier aandacht voor te hebben, mede omdat het ook invloed heeft op het middelengebruik en het succes van behandeling.

Wonen / dakloosheid

Het hebben van een vorm van een dak boven het hoofd heeft bijvoorbeeld een positief effect op de gezondheidssituatie en op het gebruik van middelen (Fitzpatrick-Lewis et al., 2011) (Mares, Greenberg, & Rosenheck, 2008).

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. 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.

Schulden

Aandacht voor schuldenproblemen is voor een deel van de patiënten van groot belang. Er bestaat een relatie tussen (problematisch) middelengebruik of verslaving en schulden; het ervaren van financiële druk kan bijvoorbeeld leiden tot meer alcoholgebruik en roken (Shaw, Agahi, & Krause, 2011). Voor het bevorderen van herstel en participatie is daarom van belang dat de huisarts (of POH-GGZ) en ggz (generalistische basis-ggz of gespecialiseerde ggz) samen met sociale wijkteams

patiënten met een opiaatverslaving ondersteunen en hun zorg verbinden met (in)formele hulpbronnen in de directe leefomgeving.

Participatie

Er zijn geen goed onderbouwde of bewezen effectieve methoden om participatie te versterken bekend die specifiek bedoeld zijn voor mensen met een opiaatverslaving. Een voorbeeld van een breed inzetbare interventie is de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB). Het doel hiervan is mensen in de langdurige ggz te ondersteunen bij het realiseren van hun eigen participatiedoelen, zodat ze kunnen wonen, werken en sociale contacten kunnen hebben zoals zij zelf willen. Zie verder de Generieke Module Herstelondersteunende zorg, de Generieke module Dagbesteding, de Generieke Module Destigmatisering en de Generieke Module Arbeid als medicijn.

7. Uitzonderlijke situaties medicatieverstrekking

Voor een adequate werking van de opiaatonderhoudsbehandeling is een continuïteit van toediening noodzakelijk, om zo een constante methadon-, buprenorfine, of heroïnespiegel in het bloed te verkrijgen zodat onttrekkingsverschijnselen zo min mogelijk optreden en een overdosering wordt voorkomen. In de komende paragrafen wordt beschreven hoe te handelen in geval van vakantie, een gemiste dosering of detentie.

Vakantieregelingen

Het is noodzakelijk dat een eventuele vakantieverstrekking ruim van tevoren door de patiënt wordt aangevraagd. De instelling dient in een folder de regels en de procedures rondom de vakantieregeling zoals deze in de instelling geldig zijn kenbaar te maken.

Een patiënt kan alleen een vakantieverstrekking methadon of buprenorfine mee krijgen indien er sprake is van:

- Een stabiele dosis opiaatvervanger (tenminste 8 weken een vaste dosering) met daarbij een positieve urine uitslag op methadon/buprenorfine.
- Een overtuiging bij de vaste hulpverleners, op basis van vooraf verkregen informatie van de patiënt en het netwerk van de patiënt, dat de patiënt deze dosering zelf inneemt (de patiënt is regelmatig op de van te voren afgesproken tijden aanwezig geweest en voor het team is het duidelijk dat het meegeven van methadon aan juist deze patiënt geen risico's met zich meebrengt).

Gedurende vakantie wordt geen heroïne verstrekt. In overleg met de lokale behandelinstelling en onder bepaalde voorwaarden, kan methadon worden meegegeven. Zie bijlage 11 voor de omzetting van heroïne naar methadon.

Bij vakantie in het binnenland zal zoveel mogelijk geprobeerd worden een patiënt voor deze periode zijn of haar medicatie op te laten halen bij de plaatselijke instelling. Het verzoek en de overdracht naar deze post wordt door de verpleegkundige gedaan. Slechts wanneer dit niet mogelijk is worden extra doses meegegeven.

Vakantie in het buitenland

Voor een vakantie in het buitenland geldt als extra aandachtspunten:

- Valide reisdocumenten dienen overlegd kunnen worden.
- Er dient toestemming te bestaan dat de medicatie in het vakantieland mee te nemen is/in bezit te hebben.

Bij verblijf in het buitenland wordt een Schengenverklaring aangevraagd voor België, Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Noorwegen, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, IJsland, Zweden en Zwitserland. Wanneer het geen Schengenland is dient toestemming bij de ambassade of het consulaat van het betreffende land gevraagd te worden.

Ook bij een Schengenverklaring of toestemming van een ambassade is er geen 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 opium-lijst staan. Onder de opiumwet vallen ook de meeste benzodiazepinen zoals diazepam en oxazepam. Zie <https://www.knmp.nl/praktijkvoering/regelgeving/opiumwet> voor middelen die onder de Opiumwet vallen en het aanvragen van een Schengenverklaring.

Gemiste doseringen

Als patiënten enkele dagen niet geweest zijn, kun je je als voorschrijver 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.

Zie bijlage 5 voor meer informatie over de werkwijze bij gemiste doseringen m.b.t. buprenorfine, methadon en heroïne.

Detentie

Goede overdracht en communicatie met de medische diensten van de diverse DJI instellingen is van groot belang voor de continuïteit van de behandeling gedurende een periode van detentie van een patiënt. Bijlage 12 geeft verdere informatie over arrestanten en medicatieverstrekking, voor zowel de opiaatonderhoudsbehandeling als de omzetting van heroïne in methadon tijdens detentie.

Voor de verdere inhoud van de behandeling tijdens detentie verwijzen wij naar de Richtlijn Medicamenteuze Zorg aan Gedetineerde Verslaafden (Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), 2008).

8. Landelijke richtlijnen

Veiligheid en openbare orde

Instellingen voor verslavingszorg zijn zich ervan bewust dat opiaat(onderhouds)behandeling een bijzondere interventie is die specifieke doelgroepen aantrekt die in sommige gevallen overlast kunnen veroorzaken. Om deze overlast zoveel mogelijk te beperken en te beheersen zijn er richtlijnen waar de instellingen die een behandeling met opiaten bieden zich aan dienen te houden (CCBH, 2010):

- Ten aanzien van de openbare orde, beheersbaarheid en veiligheid in de directe omgeving van de behandelpoli kunnen beheersafspraken worden gemaakt met de deelgemeente, omwonenden, bewonersorganisaties, winkeliersverenigingen en politie. Deze afspraken worden vastgelegd in een convenant.
- Voor de patiënten van de behandelpoli geldt een aantal huisregels waaronder:
 - niet rondhangen in de omgeving van de behandelpoli, zowel tijdens als buiten de openingstijden
 - geen gebruik van andere drugs dan de voorgeschreven heroïne, methadon en eventuele bijkomende medicatie in de behandelpoli;
 - het meenemen/naar buiten smokkelen van voorgeschreven heroïne/methadon is niet toegestaan; geen gebruik van drugs in de omgeving van de behandelpoli; geen dreigen met/gebruik van geweld in de behandelpoli;
 - de patiënten dienen de gebruikruimte/verstrekkingruimte binnen de vastgestelde tijd te verlaten en schoon achter te laten;
 - het meenemen van alcohol naar de behandelpoli is niet toegestaan;
 - handelen in drugs en aanverwante zaken op de behandelpoli is niet toegestaan.

Ernstige en/of herhaalde overtreding van de huisregels kan leiden tot wijziging van het behandelplan.

Beveiligingsaspecten met betrekking tot medicatie

1. Met betrekking tot personen die gemachtigd zijn de behandelunit 's ochtends te openen en 's avonds af te sluiten dient een sleutelprocedure te worden opgesteld.
2. Ten aanzien van de toegang tot de kluis waar de medicatie wordt opgeslagen, gelden duidelijke werkvoorschriften, inclusief een toegangsprocedure.
3. Ten aanzien van de aflevering van de medicatie aan de behandelunit (medische heroïne) dienen de door het transportbedrijf opgestelde werkvoorschriften en richtlijnen gevolgd te worden.
4. De procedures voor verstrekking, toezicht en controle moeten worden vastgelegd in werkvoorschriften. Deze procedures dienen met regelmaat in het behandelteam te worden besproken. Doel is om te voorkomen dat er fouten in de procedure sluipen of gaandeweg op onderdelen wijzigingen ontstaan of aspecten worden vergeten. Met het oog op een goede verstrekking, toezicht en controle moet worden voorkomen dat twee nieuwe leden van het behandelteam tegelijkertijd dienst hebben.

Locatie van de behandelpoli's

De locatie van waaruit de behandeling wordt aangeboden is een verantwoordelijkheid van de gemeente. Een gemeente bepaalt, in overleg met de betrokken partijen, waar een behandelpoli gevestigd kan worden. Daarnaast beoordeelt de Inspectie voor de Gezondheidszorg vanuit de

voorschriften van de Opiumwet of een voorgenomen locatie geschikt is om de opiaat(onderhouds)behandeling in uit te voeren.

Financiering

Zorg en ondersteuning in de ggz en maatschappelijke zorg worden vanuit verschillende wetten gefinancierd (Zvw, Wmo, Wet Langdurige zorg, Jeugdwet, etc.). Naast zorgverzekeraars zijn ook gemeenten in toenemende mate bij de zorg voor en het herstel van mensen met een opiaatverslaving betrokken. Sinds 2015 zijn zij verantwoordelijk voor een integraal ondersteuningsbeleid van kwetsbare burgers. Gemeenten leggen verbandingen met welzijn, wonen, schuldhulpverlening, jeugdzorg, (speciaal) onderwijs en het lokale werkgelegenheidsbeleid. In dit verband kan ook de Participatiewet genoemd worden. Deze wet biedt één regeling voor mensen met een arbeidshandicap zonder werk, die onder de verantwoordelijkheid van gemeenten vallen.

Een groot deel van de ggz valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Er geldt een aantal uitzonderingen. Allereerst de langdurige ggz, die per 2015 onder de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz) valt als er een aaneengesloten verblijf in een instelling van meer dan drie jaar is. Uitzondering is ook de jeugd-ggz, die voor het grootste deel onder de Jeugdwet (gemeenten) valt. Tot slot zijn er ook in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) een aantal taken opgenomen die betrekking hebben op de ggz.

De volgende partijen zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit en financiering van de hulp die onder deze (nieuwe) wetten valt:

- Zorgverzekeringswet (Zvw): zorgverzekeraars
- Wet langdurige zorg (Wlz): CIZ (indicatie) en zorgkantoren/instellingen
- Jeugdwet en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo): gemeenten

Een deel van de zorg wordt vanuit de Zorgverzekeringswet (ZVW) gefinancierd en een deel via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Zorg geleverd binnen de generalistische basis-ggz of gespecialiseerde ggz is niet bij voorbaat vergoede zorg vanuit de basisverzekering. Onder bepaalde condities wordt de geboden behandeling wel vergoed. De huisarts kan alsnog verwijzen naar de generalistische basis-ggz of gespecialiseerde ggz mits de patiënt hier de voorkeur voor heeft en deze zorg zelf kan betalen⁵ (IVO et al., 2017).

Verantwoording

Heroïne en methadon vallen onder de Opiumwet. Dat betekent dat er, om misbruik te voorkomen, voorwaarden gesteld zijn voor medische toepassing. Dat houdt in dat de medicatie administratief verantwoord moet worden (*drug accountability*). De ontvangen hoeveelheden, de per patiënt verstrekte en eventueel teruggegeven hoeveelheden en de vernietigde hoeveelheden moeten worden vastgelegd, zodat van elke eenheid (tablet, sachet, flacon) duidelijk is wat ermee is gebeurd vanaf het moment van ontvangst van de medicatie.

⁵ Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis-GGz en gespecialiseerde GGz, 2016.

Hiertoe zijn procedures ontwikkeld voor ontvangst, opslag, administratie, voorschrijven, toediening en vernietiging in overleg en met goedkeuring van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). IGZ ziet toe op naleving ervan. De procedures ten aanzien van de 'drug accountability' vindt u in bijlage 13.

Literatuur

- American Psychiatric Publishing. (2013). *DSM-5*. Washington D.C. / London, England: American Psychiatric Publishing.
- Blankers, M., Weijde, W. Ter, & van Laar, M. (2015). *Rookbeleid in de GGZ*. Utrecht.
- Brun, C., & Rapp, R. C. (2001). Strengths-based case management: individuals' perspectives on strengths and the case manager relationship. *Social Work*, 46(3), 278–288.
- CCBH. (2010). *Handboek Behandeling met heroïne op Medisch Voorschrift. Veldnomen*. Utrecht: CCBH.
- CCBH/Kendle. (2000). *Manual onderzoek heroïne op medisch voorschrift*. Utrecht: Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden.
- De Haan, G., & Oude Bos, J. (2011). *Veerkrachtig, weerbaar en zelfsturend*. Dalfsen/Groningen.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). (2008). *Richtlijn Medicamenteuze Zorg aan Gedetineerde Verslaafden*. Utrecht.
- Dijkstra, B., Van Oort, M., Schellekens, A., De Haan, H., & De Jong, C. (2017). *Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren*. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Dijkstra, B., Van Oort, M., & De Jong, C. (2017b). *Handleiding Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren*. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Fitzpatrick-Lewis, D., Ganann, R., Krishnaratne, S., Ciliska, D., Kouyoumdjian, F., & Hwang, S. W. (2011). Effectiveness of interventions to improve the health and housing status of homeless people: a rapid systematic review. *BMC Public Health*, 11(1), 638. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-11-638>
- GGZ Nederland. (2013). *Een visie op verslaving en verslavingszorg : focus op preventie en herstel*. Amersfoort.
- IVO, Resultaten Scoren, Het Zwarte Gat, & Werkgroep Zorgstandaard Opiaatverslaving. (2017). *Zorgstandaard Opiaatverslaving*. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.
- Jamin, R. (2010). *Richtlijn onderhoudsbehandeling met opioïden. ROBO. Operationalisering voor Bouman GGZ van de Richtlijn opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB) van Resultaten Scoren*. Rotterdam.
- Jenner, J. . (2008). Heeft ACT de toekomst? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 63, 207–216.
- Knuistingh Neven, A., Lucassen, P. L. B. J., Bonsema, K., Teunissen, H., Verduijn, M. M., & Bouma, M. (2014). NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen(tweede herziening). *Huisarts & Wetenschap*.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2013). *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (3e revisie)*. Utrecht.
- Loth, C., Wits, E., de Jong, C., & van de Mheen, D. (2012). *Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling*. Amersfoort.
- Loth, C., Wits, E., De Jong, C., & Van de Mheen, D. (2012). *Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB). Herziene versie*. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Mares, A. S., Greenberg, G. A., & Rosenheck, R. A. (2008). Client-level measures of services integration among chronically homeless adults. *Community Mental Health Journal*, 44(5), 367–376. <http://doi.org/10.1007/s10597-008-9138-7>

- Mensink, P. A. J. S. (2010). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Ondervoeding. *Huisarts & Wetenschap*, 53(7).
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2014). *NIDA research report series: heroin*.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2015). *Factsheet wachttijden in de ziekenhuiszorg en ggz*. Utrecht.
- Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction. (2016). *Handreiking Somatiek & Infectieziekten voor opiaatafhankelijke patiënten in de Verslavingszorg*. Utrecht.
- Noorlander, E. (2008). Opiaten. In *In: Kerssemakers, R., Meerten van, R., Noorlander, E. & Vervaeke, H. Drugs en Alcohol. Gebruik, misbruik en verslaving*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Shaw, B. A., Agahi, N., & Krause, N. (2011). Are changes in financial strain associated with changes in alcohol use and smoking among older adults? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(6), 917–925.
- Soair, M., Boonstra, M., & Ten Holt, W. (2012). Methadon en plotselingen hartdood. *Verslaving. Tijdschrift over Verslavingsproblematiek*, 8(1).
- Soyka, M., Kranzler, H. R., Van den Brink, W., 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.
- Spiets, M., Verspoor, A., Buisman, W., & Haan, G. de. (2012). *Effectief hulpverlenerschap in de verslavingszorg en de GGZ en de rol van specifieke factoren in de behandeling*. Arnhem.
- Trimbos instituut. (2015). Infectieziekten en harm reduction bij drugsgebruik. Retrieved from <https://www.trimbos.nl/themas/infectieziekten-en-harm-reduction-bij-drugsgebruik>
- Van den Brink, W., & Schippers, G. M. (2012). Stagering en profilering bij verslaving. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 54, 941–948.
- Van den Brink, W., Van de Glind, G., & Schippers, G. (2013). *Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Van der Sande, Y., & Neijmeijer, L. (2011). *Modelbeschrijving (F)ACT Verslavingspsychiatrie*. Utrecht.
- Van Laar, M. W., Van Ooyen-Houben, M.M.J. Cruts, A. A. N., Meijer, R. F., Croes, E. A., Ketelaars, A. P. M., & Van der Pol, P. M. (2016). *Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2016*. Utrecht.
- Wisselink, D. J., Kuijpers, W. G. T., & Mol, A. (2015). *Kerncijfers Verslavingszorg 2014*. Houten.

Bijlage 1 Inrichting MHU

Voor de inrichting van de medische heroïne-unit geldt:

1. De behandelunit dient overzichtelijk opgezet te zijn. De diverse ruimtes zijn gemakkelijk bereikbaar, er zijn zo weinig mogelijk dode hoeken en de ruimtes zijn bij voorkeur op één verdieping gelokaliseerd.
2. De voorziening beschikt over een entree, wachtruimte, verstrekings- of uitgiftebalie, gescheiden gebruiksruimtes voor injecteerbare en inhaleerbare heroïne, spreekkamer arts en verpleegkundigen, spreekkamer maatschappelijk werker, administratie/opslagkamer met kluis (administratie, archief, opslag heroïne en methadon), keuken/natte ruimte, gescheiden toiletten voor personeel en patiënten en portiersloge. In de behandelunit is een kamer voorhanden voor het afnemen van testen en het uitvoeren van onderzoeken.
3. De voorziening is elektrisch afsluitbaar via de balie bij de portier. Door middel van een intercom kunnen patiënten toegang verkrijgen tot de behandelunit. In verband met de aflevering van de medicatie dient de entree dusdanig opgezet te worden, dat deze in overeenstemming is met de eisen die het transportbedrijf hieraan stelt.
4. De wachtruimte beslaat 40-60 m² en is bedoeld voor zowel patiënten die nog wachten op de heroïneverstrekking, als voor degenen die na het gebruik van de voorgeschreven heroïne nog even in de behandelunit moeten blijven. Door de portier en vanuit de verstrekings/uitgiftebalie wordt toezicht gehouden op de wachtruimte. Buiten de verstrekkingstijden kan de wachtruimte eventueel gebruikt worden voor teamvergaderingen.
5. De verstrekking/uitgifte van heroïne vindt plaats d.m.v. een verstrekingsluik (helder veiligheidsglas) bij de balie. Eventueel wordt een tweede luik aangebracht, zodat tegelijkertijd een gesprek met een patiënt gevoerd kan worden. Tussen de balie en de gebruiksruimtes bevindt zich tevens een goede intercomverbinding. Vanuit de verstrekingsbalie moet goed overzicht zijn op beide gebruiksruimtes. De verstrekings/uitgifteruimte is geen doorlooproute. Bij de inrichting van de verstrekingsruimte dient rekening gehouden te worden met de plaatsing van een zogenaamde flow-kast (+/- 2 m²). Uit ervaring is gebleken dat de flow-kast hinderlijk geluid kan veroorzaken. De oppervlakte van de verstrekingsruimte bedraagt +/- 15 m².
6. De twee gebruiksruimtes beslaan elk ten minste 25 m² en zijn d.m.v. glazen wanden (veiligheidsglas) overzichtelijk voor het personeel vanuit de balie. In beide gebruiksruimtes bevindt zich een fonteintje. In de gebruiksruimte voor injecterende patiënten bevindt zich eventueel een verlaagde tafel met ingebouwde wasbak (warm en koud water). In beide gebruiksruimtes wordt afzuigapparatuur (geen recirculatie) aangebracht waarmee negatieve druk gecreëerd kan worden. Op de momenten dat er heroïne wordt geïnhaleerd, betreedt het personeel de inhalatieruimte slechts in noodsituaties.
7. De spreekkamer van de arts/verpleegkundigen bevat tevens een behandelruimte.
8. In de unit wordt een kluis van voldoende inhoud aangebracht voor de opslag van de medicatie. De wanden en toegangsdeur van de opslagruimte waarin de kluis is aangebracht dienen te voldoen aan de veiligheidseisen en de eisen van de Inspectie. In de opslagruimte waarin de kluis zich bevindt, is voldoende klimaatbeheersing aanwezig. In de opslagruimte wordt een werkblad aangebracht.

Bijlage 2 Somatisch onderzoek opiaten

Uitgangspunten bij gebruik van het Somatisch Onderzoek bij Opiaatverslaving (SOO)

A) Voor gebruik door artsen en verpleegkundig specialisten.

Het SOO is primair bedoeld voor gebruik door artsen en verpleegkundig specialisten. Zij stemmen onderling af welke onderdelen door wie worden afgenomen. In dit document noemen we verder alleen de arts, waar ook verpleegkundig specialist gelezen kan worden. Het SOO is *niet* bedoeld voor gebruik door medewerkers zonder medische achtergrond. Verpleegkundigen kunnen, onder verantwoordelijkheid van de arts, eventueel een uitvoerende rol hebben bij (delen van) het somatisch onderzoek in het kader van monitoring en evaluatie.

B) Structuur van het SOO.

De basis bestaat uit een lijst (aan de linkerkant) van zaken die binnen het somatisch onderzoek in ieder geval aan bod komen, onderverdeeld in 4 onderdelen: observatie, anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullende diagnostiek. Uit alles waar mogelijk naar gevraagd of gekeken kan worden, is er per onderdeel een minimum aan punten opgenomen (aan de rechterkant) welke in het somatisch onderzoek in ieder geval aandacht behoeven. Hierbij is rekening gehouden met zowel algemeen somatische zaken als zaken die specifiek bij deze doelgroep van belang zijn. Op indicatie kunnen uiteraard punten worden toegevoegd.

C) Registratie

Uitgangspunt voor een adequate zorgverlening, ook op het gebied van de somatiek, is een volledige en eenduidige dossiervoering. Artsen en verpleegkundigen zijn samen verantwoordelijk voor sluitende afspraken over hoe de somatische gegevens op eenduidige wijze vastgelegd worden in het EPD⁶. Wees spaarzaam met default waarden: daarbij is vaak niet duidelijk of het die waarde betreft of dat het item is overgeslagen/niet uitgevraagd.

D) Vervolgacties of –vragen zijn niet in het SOO opgenomen.

De deskundigheid van de arts is het uitgangspunt. Opgenomen zijn de punten waar in ieder geval naar gevraagd of op gelet dient te worden. De arts wordt geacht zelf in staat te zijn om op basis van de bevindingen de nodige en gewenste vervolgacties te bepalen en uit te voeren (doorvragen, extra acties bij lichamelijk onderzoek, lab bepalingen, doorverwijzing, etc.). Dat wat door de huisarts gedaan kan worden, wordt door de huisarts gedaan. Tenzij de zorg vanuit het oogpunt van continuïteit en veiligheid beter door de verslavingsarts geleverd kan worden.

E) Geschikt voor zowel de intake als de (periodieke) evaluatiemomenten.

Het SOO kan voor zowel de intake als de (periodieke) evaluatiemomenten worden gebruikt. Bij de evaluatie kunnen bepaalde onderdelen (bv. voorgeschiedenis) worden overgeslagen. We gaan ook hier uit van de deskundigheid van de arts om te bepalen welke onderdelen wel en welke niet behandeld hoeven te worden bij evaluatiemomenten.

⁶ De Gee, A. (2015). Registratie van de infectieziektestatus van harddruggebruikers in de verslavingszorg. Onderzoek en verbeterpunten. Utrecht: Trimbos-instituut.

FORMAT VOOR HET SOMATISCH ONDERZOEK BIJ OPIAATVERSLAVING (SOO)

Observatie	
Algemene indruk	bewustzijn, onthoudingsverschijnselen*, zieke indruk, leeftijd (conform), voedingstoestand, zelfzorg, onder invloed zijn <i>* Trillen, coördinatiestoornissen, lallende spraak, onzekere gang, psychomotore vertraging of agitatie, insulten, ernstig zweten, braken, pupilafwijkingen (bron: MATE)</i>
Anamnese	
Algemeen	conditie, middelengebruik, huisarts, tandarts, allergie, huidige klachten, actueel medicatie overzicht (incl. zelfzorgmiddelen), huidig contact specialisten, toe- of afname gewicht, eigen oordeel gezondheid, cognitie
Voorgeschiedenis	operaties, chronische ziekten, ziekenhuisopnames, specialist(en) bezoek (inclusief psychiatrie), infectieziekten/soa
Familieanamnese	hart- en vaatziekten, diabetes, reuma, oncologie, verslaving, psychiatrie, cognitie
Hoofd hals gebied	visus, gehoor, neusfunctie
Tractus circulatorius	pijn op de borst, kortademigheid, palpaties, hypertensie, (bijna) flauwvallen
Tractus respiratorius	hoesten, pijn bij inademen
Tractus digestivus	eetlust, ontlasting, buikpijn
Tractus urogenitalis	mictie, zwangerschap (nu/afgelopen 5 jaar), anticonceptie, menstruatie, kinderen, miskraam, abortus
Tractus locomotoris	gewrichtsklachten, coördinatie, bewegingsstoornissen
Centraal zenuwstelsel	duizeligheid, pijn, tintelingen, moeheid, insulten (onthouding), delier
Endocrien	zweten
Huid	uitslag, wonden, infecties
Infectieziekten	- risicogedrag (iv-gebruik, gebruiksattributen delen, wisselende contacten, onveilige seks) - soa, hiv, hepatitis B en C (laatste test, uitslag, hepatitis B vaccinatie) - TBC (laatste longfoto, let op gezondheidsverstoringen)
Lichamelijk onderzoek	
Algemeen	lengte, gewicht, BMI, buikomvang, icterus
Hoofd hals gebied	gebit, inspectie mondholte, palpatie lymfklieren
Tractus circulatorius	bloeddruk, pols, auscultatie hart, oedeem
Tractus respiratorius	auscultatie en percussie longen, neusseptum, longgrenzen, ademhaling (frequentie, hulp spieren)
Tractus digestivus	auscultatie en palpatie buik, levergrootte, milt, icterische sclerae
Tractus urogenitalis	slagpijn nierloges, verder op indicatie
Tractus locomotoris	voeten, bewegingsstoornissen, krachtsverlies
Centraal zenuwstelsel	sensibiliteit (warm, koud, tastzin), motoriek en coördinatie, tremoren, pupillen, agitatie, vibratie zin (128 hz)
Endocrien	schildklier, verder op indicatie

Huid	kleur, conditie (bv. littekens, spuitplekken, abcessen, krabeffecten, spider naevi), ontstekingen, lymfomen
Aanvullende diagnostiek	
Laboratorium en ECG	op indicatie (zie tabellen hieronder)
X-Thorax	op indicatie

Algoritme voor laboratoriumonderzoek	
Bij start behandeling, algemene gezondheidsklachten en/of overmatig alcoholgebruik	- BSE of CRP, Hb, MCV, TSH, glucose (nn) - AF, ALAT, ASAT, bilirubine, γ-GT - bij verdenking op nierlijden: kreatinine
Bij intraveneus gebruik (actueel of vroeger ⁷), plaatsing van een illegale/onveilige tatoeage, toediening van bloedproducten voor 1992 in het buitenland, en geopereerd zijn in het buitenland	- BSE of CRP, Hb, MCV, TSH, glucose (nn) - AF, ALAT, ASAT, bilirubine, γ-GT - hep B (HBsAg, IgM-anti-HBc), hep C (anti-HCV, HCV-RNA), HIV 1 en 2 (toestemming vragen) (ELISA)
Bij onveilig seksueel gedrag <i>NB: doorvragen naar anale en/of orale seks.</i>	Op grond van anamnese: - gonorroë (PCR-urine (m) of vaginale swab (v)), indien van toepassing ook locaties anale/orale seks - chlamydia (PCR-urine (m)) of vaginale swab (v)), indien van toepassing ook locaties anale/orale seks - lues (serologie: TPHA/TPPA, VDRL, FTA-ABS) - hepatitis B (serologie: antiHbC) - HIV 1 en 2 (serologie: antistoffen en antigeen, evt. kan volstaan worden met een hiv sneltest)
Bij onveilig seksueel gedrag + klachten	- trichomoniasis (kweek), herpes 1 en 2 (kweek, of PCR), afhankelijk van klachtenpatroon
Bij overmatig nicotine- en/of cocaïnegebruik <i>Risico hart- en vaatziekten (HVZ) in kaart brengen.</i>	- lengte en gewicht (bereken BMI) - bloeddruk: tweemaal binnen één consult meten⁸ - totaal cholesterol, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol TC/HDL-ratio, triglyceriden, glucose (nuchter) - ECG
Leeftijd hoger dan 30 jaar ⁹	- K, Mg
Bij gebruik van psychofarmaca w.o. antipsychotica	- Nader bloed- en lichamelijk onderzoek op indicatie volgens bestaande protocollen

⁷ Let op dat 'vroeger gebruik' moeilijk te definiëren is: mensen die voor 1980 intraveneus drugs hebben gebruikt hebben geen kans hierdoor HIV te hebben opgelopen, maar wel door andere activiteiten (onveilige seks). Ook kan men in die tijd wel hepatitis B/C opgelopen hebben. Vooral hepatitis C kan zeer lang aanwezig zijn zonder klachten te geven.

⁸ Bij een systolische bloeddruk van ≥ 140 mmHg: herhaal na minstens 24 uur, neem het gemiddelde van de laatste twee metingen, meet tijdens eerste consult aan beide armen, en verder aan de arm met de hoogste waarden.

⁹ De leeftijdsgrens van 30 jaar heeft te maken met de met de leeftijd stijgende kans op verlenging van het QT-interval.

Indicaties voor het ECG

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

Bijlage 3 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 1.

Tabel 1: Aantoonbaarheid stof in urine

Stof	Aantoonbaar gedurende
Heroïne en andere opiaten	2 tot 6 dagen
Methadon	3-5 dagen 2-4 dagen
Cocaïne	1-3 dagen
XTC	1-3 dagen
Amfetamine	1-3 dagen
LSD	Tot 2 dagen
Benzodiazepinen	12 uur tot 2 weken (afhankelijk van het middel en hoeveelheid)
Cannabis	Enkele dagen – enkele weken (afhankelijk van hoeveelheid)
EtG (alcohol)	1- 3 dagen

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.

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 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 (bijvoorbeeld reclassering), 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 afnemen van een sneltest hoeft minder urine geproduceerd te worden. Bij de afname dient de hulpverlener alle hygiënische maatregelen in acht te nemen. 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. Aangezien deze manier van urine-inname de privacy van de patiënt kan schaden dient het toezicht op een menselijke wijze geschieden 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 moeten worden gehanteerd. Patiënten hebben in alle gevallen recht op een contra expertise als zij daarom vragen.

Bijlage 4 Voorbeeldprotocol alcoholbeleid en voedingstoestand

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 ontwenningssymptomen, 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 en het verslechtert de leverfunctie verder. 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 zorgverlener 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 hulpverlener die het probleem aanpakt dient over voldoende ervaring in de verslavingszorg te beschikken. 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.

Werkwijze en keuzes

1. Wie blaast?

Bij alle patiënten voor wie een BAC-beleid is afgesproken wegens alcoholafhankelijkheid wordt standaard een blaastest afgenomen. Wanneer door middel van observatie door verpleegkundige of arts wordt geconstateerd dat een patiënt onder invloed van alcohol zou kunnen verkeren waardoor het eventueel niet verantwoord is om methadon/heroïne of andere (opiaatonderhouds)medicatie te verstrekken, wordt de patiënt **altijd** gevraagd een blaastest te doen. 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 (DOS) worden ingevuld, link naar DOS <http://www.delirant.info/DreamHC/Download/DOS.pdf>. Let op: Lallen en onvast ter been kan ook betekenen dat de patiënt teveel benzodiazepine of GHB heeft gebruikt.

2. Maatregelen alcoholpromillages

Het uitvoeren van een blaastest en het hebben van een uitslag betekent altijd dat er consequent moet worden gereageerd. Bij het afnemen van een blaastest laat je de uitkomst van de blaastest aan de patiënt zien en overleg met collega's over de te nemen vervolgstappen. Neem hierin altijd gezamenlijk een besluit. Zoek bij twijfel afstemming met de voorschrijver en hoofd behandeling. Als de te nemen beslissing en acties helder zijn kan het inlichten van voorschrijver en hoofd behandeling achteraf plaats vinden. Er zijn grenswaarden opgesteld voor het verstrekken van methadon en heroïne.

Grenswaarden methadonbehandeling

Alcohol <1,0 promille: geen actie

Alcohol ≥1,0 tot <2,0 promille: halve dosering methadon en volgende dag terug komen

Alcohol vanaf ≥2,0 promille: geen methadon

Als de verpleegkundige/verstrekker de situatie van de patiënt die in de methadon behandeling zit 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. Wanneer een methadon patiënt een verlaagde dosis methadon (of geen methadon) krijgt geldt: geen methadon mee en volgende dag opnieuw blazen.

Wanneer een patiënt een promillage van 1.0 of hoger heeft geblazen wordt tijdens drie opeenvolgende verstrekkingen de BAC dagelijks gemeten. Bij drie uitslagen < 1,0 ‰ kan gestopt worden met extra testen en reguliere verstrekking hervat worden. 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.

Specifiek voor medische heroïnebehandeling

Bij de start van de medische heroïne behandeling wordt van patiënt gedurende 2 weken bij iedere verstrekking de BAC waarde geregistreerd. Indien tijdens deze 2 weken de BAC waarde meer dan 3 keer boven de 0,8 is, moet patiënt iedere verstrekking blijven blazen totdat er een periode van 2 aaneengesloten weken niet vaker dan 3 keer een waarde boven de 0,8 gemeten is. Lukt dit de patiënt niet, dan moet er een individueel beleid afgesproken worden (ook met eventuele hulpmiddelen en extra begeleiding). Lukt dit wel, dan wordt er voortaan steekproefsgewijs op alcohol gecontroleerd. Dit is minimaal 3x per week op wisselende dagen en op wisselende tijden. Wordt er tijdens de steekproef een waarde van boven de 0,8 gemeten, dan moet cliënt gedurende 2 weken weer iedere verstrekking blazen.

Grenswaarden medische heroïne behandeling:

Alcohol tot <0.8 promille:	geen actie
Alcohol vanaf ≥0.8 promille:	2 weken alcoholcontrole
Alcohol vanaf ≥1.0 tot <1,5 promille:	½ dosering heroïne
Alcohol vanaf ≥1,5 tot <2,0 promille:	geen heroïne alleen methadon
Alcohol vanaf ≥2,0 promille en hoger:	geen heroïne; geen methadon

De patiënt van de medische heroïne behandeling heeft per verstrekking 1x de gelegenheid om te blazen in de BAC-meter. Is het promillage te hoog (d.w.z. ≥1.5) dan kan de deelnemer de volgende verstrekking terugkomen om opnieuw te blazen in de BAC-meter.

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.

3. Gedragsregels voor de patiënten die alcohol gebruiken naast methadon/heroïne

- 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.

4. Benadering patiënt

De zorgverlener 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 hier zoveel mogelijk bij aan te sluiten, maar blijf zeker en krachtig bij de beslissing die is genomen. 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.

6. 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.

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 combinative 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
---	---	---

Bijlage 5 Tussentijdse onderbreking van methadon en heroïne

Tussentijdse onderbreking opiaatonderhoudsprogramma

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 een patiënt meer dan twee dagen geen methadon inneemt dan daalt de beoogde methadonspiegel en de tolerantie voor die dosis dusdanig dat daar rekening mee gehouden moet worden in de dosering.

De zorgverlener heeft een signalerende functie met betrekking tot de kwaliteit en veiligheid van de methadon uitgifte. Wanneer de verpleegkundige signaleert dat een patiënt meer dan vier dagen niet is verschenen voor zijn methadonverstrekking, zal er eerst een overleg met de arts moeten plaatsvinden alvorens methadon aan de patiënt verstrekt kan worden. Voor buprenorfine geldt dat als een patiënt meer dan vijf dagen geen buprenorfine heeft ingenomen deze persoon opnieuw door de arts moet worden ingesteld. 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 gemiste dosering methadon (Loth, Wits, De Jong, & Van de Mheen, 2012)

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 EPD.
<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. *behandelaar 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. *behandelaar 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 behandelaar om redenen en vervolg te bespreken. *Een nieuw voorstel voor een afbouwschema dient de arts te fiatteren.
Bij sterke onttrekkingsverschijnselen	Gebruik een gestandaardiseerd meetinstrument als de SOS/OOS/COWS.	*Verwijzing verpleegkundig spreekuur: *Hanteer SOS/OOS/COWS. *Consulteren N.P./arts

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 EPD.
- Gemaakte keuzes en besluitvorming, en ook eventuele afwijking van het protocol (dit kan pas na overleg met de arts) rapporteren in EPD.
- De verpleegkundige past de opiaatschermen voor op/afbouw aan.
- De behandelaar wordt ingelicht.

Tussentijdse onderbreking heroïnebehandeling (MHU)

Gemiste dagen en verlies van tolerantie

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
laatste gebruiksday	30 mg	3 x 130 mg	160 MTQ	
na 1 gemiste dag				$160 \times 0,8 = 128$ MTQ
na 2 gemiste dagen				$160 \times 0,6 = 96$ MTQ
na 3 gemiste dagen				$160 \times 0,4 = 64$ MTQ
na 4 gemiste dagen				$160 \times 0,2 = 32$ MTQ
na 5 gemiste dagen				$160 \times 0,0 = 0$ MTQ Maar altijd recht op 30 MTQ

Tabel Aanpassing injecteerbare heroïne dosering bij gemiste verstrekkingen

dag	methadon	heroïne i.v.	MTQ
uitgangssituatie	1 x 40	3 x 120	$40 + 120 = 160$
na 1 gemiste dag	1 x 40	3 x 88 (max)	$40 + 88 = 128$ (max) daarna opbouw
na 2 gemiste dagen	1 x 40	3 x 56 (max)	$40 + 56 = 96$ (max) daarna opbouw
na 3 gemiste dagen	1 x 40	3 x 24 (max)	$40 + 24 = 64$ (max) daarna opbouw
na 4 gemiste dagen	1 x 30	3 x 2 (max)	$30 + 2 = 32$ (max) daarna opbouw
na 5 gemiste dagen	1 x 30	---	$30 + 0 = 30$ (max=min)

			daarna opbouw volgens schema
--	--	--	------------------------------

Aanpassing bij methadon in combinatie met inhaleerbare heroïne

Gezien de standaarddosering van de sachets (75, 100, 150 en 200 mg) zal het niet altijd mogelijk zijn om de patiënt de maximaal toegestane dosering na gemiste dagen te verstrekken. Doseringen beneden 75 mg kunnen bijvoorbeeld niet gegeven worden met een sachet heroïne. Natuurlijk kan de methadon tijdelijk wel tot het maximum aantal MTQ opgehoogd worden.

Tabel Aanpassing inhaleerbare heroïne dosering bij gemiste verstrekkingen

dag	methadon	heroïne p.o.	sachet	MTQ
uitgangssituatie	1 x 25	3 x 150	3 x 150	25 + 75 = 100
na 1 gemiste dag	1 x 25	3 x 110 (max)	3 x 100	25 + 55 = 80 (max) daarna opbouw
na 2 gemiste dagen	1 x 25	3 x 70 (max)	3 x 75	25 + 35 = 60 (max) daarna opbouw
na 3 gemiste dagen	1 x 25 evt 1 x 30	3 x 30 (max)	geen	25 + 15 = 40 (max) daarna opbouw
na 4 gemiste dagen	1 x 25 evt 1 x 30	3 x 10 (max)	geen	25 + 5 = 30 (max=min) daarna opbouw
na 5 gemiste dagen	1 x 25 evt 1 x 30	3 x 10 (max)	geen	25 + 5 = 30 (max=min) daarna opbouw volgens schema

Omzetting heroïne in methadon wegens vakantie of (geplande) detentie

Uitgangspunt is hier het voorkomen van onthoudingsverschijnselen zonder gevaar voor intoxicatie. De methode die gevolgd wordt, is die van globale equivalentie in MTQ's. Dat geldt zowel voor de injecteerbare als de inhaleerbare vorm.

Bijlage 6 Inschatten voedingstoestand

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;

1. 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)
2. 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:
Voorbeeld BMI = gewicht (68 kg) / lengte in kwadraat (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
3. Invullen van de short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ)
 - Ben je onbedoeld afgevallen?
 - meer dan 6 kg in de laatste 6 maanden
 - meer dan 3 kg in de afgelopen maand
 - Had je de afgelopen maand een verminderde eetlust?
 - 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**
4. Inventariseren van de inname van voedsel en drinken de laatste week.
5. Inventariseren alcoholgebruik laatste weken.
6. Informeren bij patiënt en in dossier of patiënt een aanvullend vitamine 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 KNMG of verpleegkundig specialist GGZ voor een verdere diagnostiek en behandeling.

Bijlage 7 Werkzaamheden verstrekking medische heroïne

De procedures voor verstrekking en controle moeten per organisatie worden vastgelegd in werkvoorschriften. Deze procedures dienen met regelmaat in het behandelteam te worden besproken, waarbij de actuele werkwijze aan de procedures wordt getoetst. Doel is om te voorkomen dat er fouten in de procedure sluipen of gaandeweg op onderdelen wijzigingen ontstaan of aspecten worden vergeten. Ook het eventueel vóórkomen van incidenten dient vast onderdeel te zijn van regelmatige werkbepreking in het team.

Voor toediening gereed maken

Bij de bereiding van de injectievloeistof en de rookbare heroïne/cafeïne dient met een aantal punten rekening gehouden te worden. Deze punten zijn ook van belang voor artsen en verpleegkundigen die bij de toediening betrokken zijn en verdienen daarom de nodige aandacht.

Injecteerbare heroïne

1. De zuurgraad van de oplossing: de maximale stabiliteit (8-12 uur) van de heroïneoplossing wordt bereikt bij een pH-waarde van ongeveer 4. De zuurgraad van de oplossing is door de centrale apotheek vastgesteld op een pH-waarde van ongeveer 5. Verslaafden gebruiken bij bereiding van een shot op straat ascorbinezuur, waardoor ook de door hen op straat te injecteren vloeistof een pH van 4-5 zal hebben. Desondanks moeten we beducht zijn op flebitiden ten gevolge van de zuurte van de injectievloeistof.
2. Hoeveelheid te injecteren vloeistof: op straat wordt - naar verluidt - in het algemeen niet meer dan 2 ml per keer geïnjecteerd. Bij een concentratie van 150 mg/ml kan op deze wijze maximaal 300 mg heroïne per keer geïnjecteerd worden. Bij hogere doseringen staan in principe drie oplossingen ter beschikking: (1) vergroting van de concentratie, met het gevaar van hyperosmolariteit en infiltraten, (2) het inspuiten van een grotere hoeveelheid vloeistof per keer met kans op paraveneuze lekkage en lokale infiltraten en (3) meermalig injecteren per sessie.
3. Er is gezocht naar de meest efficiënte viles: flesjes 3 gr drooggevroren heroïne. De oplossing moet op de dag van de bereiding gebruikt worden. Restanten moeten aan het eind van de dag worden vernietigd.
4. De techniek van de voorbereiding van de spuiten met heroïne verdient de nodige aandacht (steriliteit); er wordt gebruik gemaakt van flow-kasten.

Injecteerbare heroïne (Diacetylmorfine HCl voor injectie) moet op aseptische wijze in een flowkast (hygiënisch, met behoud van steriliteit) door een zorgverlener voor toediening gereed gemaakt worden. De toezichthoudend apotheker kan een rol spelen bij het trainen van personeel en het opstellen van gedetailleerde werkinstructies, toegespitst op de lokale situatie. Hieronder is een algemene instructie opgenomen voor het gebruiksklaar maken van Diacetylmorfine HCl poeder voor injectievloeistof.

Alle onderstaande handelingen worden uitgevoerd door daartoe geautoriseerde en geïnstrueerde zorgverlener

1. Twee medewerkers halen de benodigde medicatie uit de kluis. Ten minste één van deze medewerkers dient een BIG-geregistreerde verpleegkundige te zijn.
2. Zorgverlener de etiketten voor de injectiespuiten voor: hij vult de naam van de patiënt, de dosering heroïne en de datum in op elk etiket. Hij laat deze gegevens controleren door een collega zorgverlener.
3. Zorgverlener verzamelt de benodigde materialen: steriele injectiespuiten en -naalden, steriel water voor injecties, steriele handschoenen, alcohol.
4. Zorgverlener maakt de flowkast schoon met alcohol.
5. Zorgverlener opent steriele injectiespuiten en –naalden en legt deze in de flowkast, desinfecteert steriel water voor injecties, opent steriele handschoenen zodat ook deze in de flowkast gelegd kunnen worden
6. Zorgverlener lost de inhoud van de flesjes met diacetylmorfine op in de juiste hoeveelheid water voor injecties (zie etiket). Dit doet zij door het flesje voorzichtig heen en weer te bewegen, let op niet schudden.
7. Zorgverlener controleert of de diacetylmorfine helemaal opgelost is: is de oplossing in elk flesje helder en vrij van deeltjes? Zo niet, dan gebruikt de zorgverlener het flesje niet en waarschuwt de apotheker.
8. Zorgverlener weegt elk flesje en een collega noteert het gewicht.
9. Zorgverlener trekt de benodigde hoeveelheden oplossing (1 ml = 150 mg) op in de spuiten en voorziet elke spuit van een naald. De verpleegkundige bewaart de klaargemaakte spuiten in de flowkast.
10. Een collega zorgverlener controleert de spuiten en plakt de etiketten (juiste hoeveelheid diacetylmorfine oplossing, juiste patiënt, juiste dosering, juiste datum) op de injectiespuit.
11. Zorgverlener weegt nadat de spuiten zijn klaar gemaakt het flesje en noteert de eindstand. De gewichten van de flesjes voor en na het verstrekken worden gebruikt voor het opstellen van de balans (zie bijlage 12 over Drugs Accountability). Daarnaast kan op deze wijze extra gecontroleerd worden of de uitgegeven hoeveelheid klopt.

Verstrekken (drie rondes per dag)

12. De zorgverlener maken bakjes op naam klaar met de benodigde attributen om te spuiten.
13. Patiënt meldt zich aan de balie (en krijgt eenmaal per dag zijn methadon verstrekt en neemt de methadon ter plekke onder toezicht in).
14. Patiënt krijgt de spuit met de injecteerbare diacetylmorfine uitgereikt in een apart bakje, met de benodigde attributen. De zorgverlener controleert de naam, dosering en datum.
15. Patiënt volgt de aangegeven spuitinstructies (niet in lies of nek) en zet de spuit.
16. Zorgverlener houdt vanuit verstrekkingruimte nauwkeurig toezicht op het zetten van de spuit.
17. Patiënt deponeert de gebruikte spuit in daarvoor bestemd chemobakje.
18. Patiënt levert zijn bakje met attributen door het luikje in bij de zorgverlener.

Afsluiting verstrekkingdag

- De werkzaamheden van punt 1 tot en met 11 gebeurt tijdens het opstarten van de MHU
- punt 12 tot en met 18 worden bij de drie verstrekkingen per dag toegepast.
- Na de laatste verstrekking wordt de inhoud van de niet gebruikte spuiten terug gespoten in de flesjes, daarna worden de flesjes eventueel nogmaals gewogen.
- De gewichten van de flesjes voor en na verstrekken worden gebruikt voor het opstellen van de balans
- De restanten diacetylmorfine worden in de kluis bewaard voor vernietiging door de toezichthoudend apotheker.
- De eventueel resterende heroïne wordt volgens de daartoe opgestelde procedure vernietigd. Vernietiging wordt gedaan door de toezichthoudend apotheker. Daarbij dienen altijd twee verpleegkundigen aanwezig te zijn.
- Steekproefsgewijs dient de toezichthoudend apotheker de restmaterialen voorafgaand aan vernietiging eenvoudig doch adequaat op samenstelling te controleren.

Werkzaamheden voor de verstrekking van inhaleerbare heroïne

1. Twee medewerkers, waarvan ten minste één BIG-geregistreerde verpleegkundige haalt de medicatie uit de kluis.
2. Verpleegkundige vult de etiketten in met naam van de patiënt, de dosering heroïne en de datum. Verpleegkundige laat de gegevens controleren door een collega verpleegkundige.
3. Verpleegkundige doet het sachet in het plastic zakje samen met een stukje folie en een rietje.
4. Patiënt krijgt één sachet tegelijkertijd uitgereikt. Er zijn sachets beschikbaar met 75, 100, 150 en 200 mg heroïne.
5. Patiënt knipt het sachet open en schudt de heroïne uit op het folie.
6. Het openknippen kan gedaan worden met een kinderschaartje; deze hebben ronde uiteinden. De schaatjes moeten bevestigd worden aan stoel of tafel.
7. Het lege sachet gaat terug in het zakje.
8. De verpleegkundige houdt vanuit de verstrekkingruimte nauwkeurig toezicht op het roken van de heroïne.
9. Na het roken van de heroïne uit de eerste sachet kan, afhankelijk van de voorgeschreven heroïnedosering, het tweede sachet worden uitgereikt.
10. Na het roken dient de patiënt, naast de lege sachet(s), ook de gebruikte folie, het stukje papier en het rietje terug in het zakje te doen. Het plastic zakje wordt vervolgens door de patiënt dichtgemaakt en ingeleverd bij het verpleegkundig personeel.
11. De verpleegkundige controleert of het sachet (of beide sachets) en het overige uitgereikte materiaal in het zakje zitten.
12. Verpleegkundige deponeert het zakje met inhoud in de bak met chemisch afval.
13. Het is niet toegestaan aan de patiënt de laatste heroïne uit het sachet te schrapen (door het schrapen kan er schraapsel van de coating loskomen). Bovendien bevat het zakje een zogenaamde "kleine overmaat", zodat uitschudden voldoende is om de vermelde dosering te krijgen
14. Voor het roken van de maximaal toegestane dosering van 400 mg dient de patiënt ten minste 30 minuten de tijd te krijgen.

Methadon hydrochloride

- De methadon wordt in orale vorm dagelijks of (in uitzonderingsgevallen) meerdere keren per week op individuele basis verstrekt.
- Bij het vaststellen van de begindosering methadon dienen alle toegediende doseringen nauwkeurig geregistreerd te worden.
- Gedurende de hele behandeling wordt ernaar gestreefd de dosering methadon op het niveau van de begindosering te handhaven.
- Heroïnebehandeling is altijd in combinatie met methadonbehandeling, behalve wanneer er naar het oordeel van de behandelend arts redenen zijn om hiervan af te wijken. Hierbij wordt een minimum dagdosering van 30-50 mg methadon aanbevolen. Indien de methadon dosering gedurende de behandelperiode gewijzigd wordt, dient de nieuwe dosering en de reden van wijziging gedocumenteerd te worden.

Bijlage 8 Richtlijn thuisbehandeling opiaten

Deze richtlijn is gebaseerd op: Richtlijn Opiaten Over Straat (ROOS) (Tactus), document 'Thuis bezorgen medicatie' (Brijder), document 'transitie van methadonbalie naar thuisverstrekking' (Tactus), input professionals van verslavingszorginstellingen.

Opiaten vallen onder strenge wetgeving wat betreft eisen aan vervoer, opslag, uitgifte en administratie. Deze richtlijn biedt instructies voor thuisbehandeling met opiaten door verslavingszorginstellingen (uitzondering op deze richtlijn is heroïne, deze middelen kunnen tot op heden niet thuis verstrekt worden).

Redenen thuisbehandeling

In de huidige praktijk bij verslavingszorginstellingen zijn er meestal verstrekkingsmomenten waar de cliënt persoonlijk de medicatie onder toezicht van een professional inneemt. Het is echter niet altijd haalbaar of wenselijk dat een cliënt dagelijks de medicatie verstrekt krijgt binnen de verstrekkingsmomenten. Redenen zijn onder andere:

- De cliënt is fysiek niet in staat om zelf de medicatie op te halen
- De cliënt verblijft in een instelling zoals bijvoorbeeld verpleeghuis of RIBW.
- Het komen naar de verstrekkinglocatie levert voor cliënten teveel ongemak op. Ongemakken kunnen o.a. bestaan uit; craving (trek) als gevolg van confrontatie met andere cliënten, stress vanwege de drukte op de locatie
- Een methadonpost of medische zorg unit is niet vaker dan 2-3 keer per week geopend
- Een cliënt kan niet dagelijks komen, bv i.v.m. werk

In die situaties zijn uitzonderingen op dagelijkse verstrekking onder toezicht (directly observed treatment: DOT) wenselijk. Van belang is dat in dergelijke gevallen minimaal een zelfde niveau van (farmaceutische) zorgverlening wordt gewaarborgd als bij verstrekken via de medicatiepoli. Het door medewerkers van de verslavingszorg brengen van opiaten is wenselijker dan het laten bezorgen door een apotheek, omdat hiermee een belangrijk contactmoment gerealiseerd en inname onder toezicht verantwoord kunnen worden. Voor patiënten is het bij thuisbehandeling belangrijk dat ongevraagde bemoeienis met iemand thuissituatie vanuit de zorgverlener beperkt blijft.

Organisatie van thuisbehandeling

Personeel en veiligheid

Een eerste huisbezoek bij een cliënt moet altijd met twee personen worden uitgevoerd. Daarna is het aan de instelling om in te schatten of thuisbehandeling verantwoord is en of een of twee medewerker bij die cliënt op huisbezoek gaan. Wanneer er twijfels zijn over veiligheid wordt er geen huisbezoek afgelegd, maar wordt in overleg met de cliënt op een andere (neutrale) locatie verstrekt.

Wanneer een medewerker alleen op huisbezoek gaat, moet van tevoren aan minimaal 1 collega (bij voorkeur aan vaste collega) worden gemeld waarheen, naar wie en met welk doel het huisbezoek plaatsvindt. Verder gelden hiervoor alle aanvaardbare risico's die normaal ook gelden voor huisbezoeken, zie hiervoor ook het document van ZorgRie "worden huisbezoeken in de regel

gezamenlijk afgelegd?” op www.zorgrie.nl , inzichtelijk voor ARBO coördinator en hoofden bedrijfsvoering.

Administratie

Van belang is een administratie in te richten op een manier dat ten allen tijde op eenvoudige wijze kan worden herleid in welke hoeveelheid een opiumwetmiddel in voorraad is. Het gaat hierbij om een administratie omtrent de ontvangst, de herkomst, de bestemming, de aflevering, de toediening, het verlies en de vernietiging, alsmede de be- of verwerking van Opiumwetmiddelen.

Bij behandeling op een poli wordt op het moment van verstrekken de uit te geven medicatie geregistreerd als uitgegeven aan cliënt. In geval van thuisbezorging zit hier echter nog enige tijd en een vervoersmoment tussen, aangezien de medicatie niet op een andere locatie dan de methadonpost gescand kan worden. Voor vertrek moet de medicatie door een tweede persoon worden gecontroleerd op juiste zakjes van juiste cliënt in juiste dosering.

Mocht de cliënt onverwacht toch niet thuis zijn, kan de medicatie niet worden afgegeven. De cliënt kan de mogelijkheid worden geboden af te halen op locatie op een later moment of op dezelfde dag. Mocht dat niet gebeuren vervalt de verstrekking van die dag. De medicatie wordt teruggeboekt op naam van cliënt door de zakjes ter vernietiging terug te scannen.

Tekenen ontvangstbewijs

Bij thuisbezorging wordt een formulier “ontvangstbewijs” ondertekend door cliënt (al dan niet digitaal). Dit ondertekende (digitale) formulier wordt drie maanden bewaard, en mag na drie maanden vernietigd worden.

Incidenten

Mocht methadon of andere medicatie tijdens vervoer naar de cliënt kwijtraken of gestolen worden, moet de medewerker samen met een collega nagaan hoe, waar en wanneer dit heeft kunnen gebeuren. Vervolgens moet er een melding worden gemaakt volgens instellingsprocedures. Wanneer de medicatie niet kan worden achterhaald moet overlegd worden wie geïnformeerd moeten worden in het kader van veiligheid. In geval van diefstal of vermissing moet aangifte bij politie worden gedaan. Indien het diefstal of vermissing betreft, waarbij medewerkers van de instelling zijn betrokken, dan kan via de Raad van Bestuur en/of de directeur zorg besloten worden om Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) hiervan op de hoogte te stellen.

Wanneer een medewerker bedreigd wordt geeft hij op verzoek de methadon af.

Vervoer

Dit dient nog nader uitgewerkt te worden.

Relevante wetten

Beleidsregels opiumwetontheffingen (2010), www.wetten.overheid.nl

Uitvoeringsregeling Opiumwet (2009), www.wetten.overheid.nl

Opiumwetbesluit (2002), www.wetten.overheid.nl

Kwaliteitswet zorginstellingen (1996), www.wetten.overheid.nl

Geneesmiddelenwet (2007), www.wetten.overheid.nl

Bijlage 9 Doseringsschema's injecteerbare en rookbare heroïne

Opbouw van injecteerbare heroïne

Aan de hand van het rapport van Seidenberg (1996) en op basis van de ervaringen tot nu toe in Nederland kunnen de volgende richtlijnen worden geformuleerd voor de opbouw van injecteerbare heroïne:

1. Altijd uitgaan van geen tolerantie, dat wil zeggen dat de arts zich niet moet baseren op het door de patiënt gerapporteerde illegale gebruik.
 - 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 300 mg injecteerbare heroïne gebruikt worden.

Natuurlijk kan het ook allemaal wat langzamer en is het lang niet altijd nodig om zo hoog te eindigen!

Het kan waarschijnlijk eenvoudiger. Hieronder worden twee opbouwschema's weergegeven waarbij de eerste in 7 dagen wordt opgebouwd, de tweede in 14 dagen. Beide opbouwschema's zijn voorbeelden en moeten worden aangepast bij complicaties. Natuurlijk hoeft niet iedereen te eindigen op de maximale dosering.

Opbouw in 7 dagen:

- Dag 1 15 mg injecteerbare heroïne + na 30 minuten 30 mg injecteerbare heroïne, gevolgd door 2 x 30 mg injecteerbare heroïne in de loop van de dag
- Dag 2 50 mg injecteerbare heroïne + 2 x 50 mg injecteerbare heroïne
- Dag 3 3 x 75 mg injecteerbare heroïne
- Dag 4 3 x 125 mg injecteerbare heroïne
- Dag 5 3 x 175 mg injecteerbare heroïne
- Dag 6 3 x 250 mg injecteerbare heroïne
- Dag 7 maximale dosering

Opbouw in 14 dagen (max 2-4 x dosisverhoging/week):

- Dag 1 15 mg injecteerbare heroïne + 3 x 30 mg injecteerbare heroïne
- Dag 2 50 mg injecteerbare heroïne + 2 x 50 mg injecteerbare heroïne
- Dag 3 3 x 75 mg injecteerbare heroïne
- Dag 5 3 x 125 mg injecteerbare heroïne
- Dag 8 3 x 175 mg injecteerbare heroïne
- Dag 11 3 x 250 mg injecteerbare heroïne
- Dag 14 maximale dosering

Aanvulling van methadon met injecteerbare heroïne (voorkeursstrategie)

Uitgangspunt is dat een optimale combinatie van opiaten met een lange en korte halfwaardetijd te verkiezen is boven de omzetting van een behandeling via opiaten met een lange halfwaardetijd in een behandeling met uitsluitend opiaten met een korte halfwaardetijd. Bij de hier genoemde strategie gericht op aanvulling ("add on") ontstaat er (op basis van het voorgaande voorbeeld) de volgende situatie (als je snel en fors omhoog zou willen gaan):

dag	methadon p.o.	heroïne i.v.	MTQ	MTQ totaal	volgende dagdosering
1	30	45+30+30	30+35 MTQ	65 MTQ	$(65:2) \times 3 = 97,5$
2	30	3x100	30+100 MTQ	130 MTQ	$(130:2) \times 3 = 195$
3	30	3x195	30+195 MTQ	225 MTQ	$(225:2) \times 3 = 337,5$
4	30	3x333	30+333 MTQ	363 MTQ	nvt
5	30	max	idem	idem	nvt

Ook dit kan natuurlijk weer (veel) langzamer en het hoeft natuurlijk niet zo hoog!

Nadat een stabiele dagdoseringsschema is bereikt kan maximaal één keer per week een dosisverhoging worden uitgevoerd. Een dosisverlaging is - met inachtneming van de richtlijnen betreffende de afbouw - natuurlijk altijd mogelijk.

Afbouw van methadon en/of heroïne

Afbouw moet niet te snel gebeuren en de vermindering moet bij voorkeur niet meer dan 10-20% van de dagdosering per dag bedragen. Dat betekent dat volledige afbouw in de meeste gevallen in ongeveer twee weken kan worden gerealiseerd. Eventuele onthoudingsverschijnselen kunnen zo nodig medicamenteus bestreden worden. Afbouw van heroïne kan natuurlijk wel gemakkelijk worden opgevangen door een gelijktijdige opbouw van methadon.

Rookbare heroïne

1. De rookbare heroïne wordt aangeleverd in sachets van 75, 100, 150 en 200 mg per sachet.
2. Samenstelling van de sachets: de verhouding heroïne-cafeïne is voor alle sachets gelijk, nl. 3:
3. De sachets zijn verpakt in doosjes.

Bijlage 10 Voorbeelden van doseringsschema's medische heroïne behandeling

De onderstaande voorbeelden van doseringsschema's zijn gebaseerd op de eerder beschreven uitgangspunten, zoals:

1. dosering methadon 1 x daags;
2. dosering heroïne maximaal 3 x daags;
3. altijd uitgaan van nul-tolerantie;
4. altijd streven naar handhaving van huidige methadon-dosering en als dat niet lukt ten minste proberen een bodem-dosering van 30-50 mg methadon per dag te handhaven naast de individueel bepaalde dosering heroïne;
5. bij opbouw, afbouw en omzetting wordt zoveel mogelijk gewerkt met MTQ's, die verschillend zijn voor injecteerbare en inhaleerbare heroïne;
6. opbouw van heroïne zo snel mogelijk, maar altijd met inachtneming van de veiligheid, dus niet te snel;
7. de volgende dag nooit meer dan 50% van de heroïne-MTQ, dat wil zeggen dat een verhoging van 35 MTQ op een bepaalde dag de volgende dag gevolgd kan worden met max. 17,5 MTQ, d.w.z. max. $3 \times 17,5 = 52,5$ mg per verstrekking (los van de stabiele of aflopende dosering methadon);
8. afbouw van de methadon (indien onvermijdelijk) niet te snel en nooit met meer dan 10-20% per dag en liever geen lagere einddoseringen dan 30 mg per dag.

Doseringsschema's voor injecteerbare (i.v.) heroïne: voorbeelden

Hier worden enkele voorbeelden gegeven van doseringsschema's gebaseerd op de zojuist genoemde uitgangspunten. Opbouw uitgaande van een lage dosering methadon die gehandhaafd blijft.

Tabel Opbouw uitgaande van een lage dosering methadon die gehandhaafd blijft

dag	methadon	heroïne i.v.	MTQ
dag 0	1 x 40	---	$40 + 0 = 40$
dag 1	1 x 40	1 x 15 + 1 x 30 2 x 30	$40 + 35 = 75$
dag 2	1 x 40	1 x 50 2 x 50	$40 + 50 = 90$
dag 3	1 x 40	1 x 75 2 x 75	$40 + 75 = 115$
dag 4 + 5	1 x 40	1 x 100 2 x 100	$40 + 100 = 140$
dag 6 + 7	1 x 40	1 x 150 2 x 150	$40 + 150 = 190$
dag 8 + 9	1 x 40	1 x 200 2 x 200	$40 + 200 = 240$
dag 10 + 11	1 x 40	1 x 300 2 x 300	$40 + 300 = 340$
dag 12 + 13 + 14	1 x 40	1 x 400 2 x 300	$40 + 333 = 373$

Het kan natuurlijk wel sneller als het echt nodig is, maar meestal is daar geen reden voor.

Opbouw uitgaande van een hoge dosering methadon die gehandhaafd blijft

Tabel Opbouw uitgaande van hoge dosis methadon die gehandhaafd blijft

dag	methadon	heroïne i.v.	MTQ
dag 0	1 x 90	---	90 + 0 = 90
dag 1	1 x 90	1 x 15 + 1 x 30 2 x 30	90 + 35 = 125
dag 2	1 x 90	1 x 100 2 x 100	90 + 100 = 190
dag 3	1 x 90	1 x 200 2 x 200	90 + 200 = 290
dag 4	1 x 90	1 x 400 2 x 300	90 + 333 = 423
dag 5+	idem	idem	Idem

Het kan natuurlijk ook een stuk langzamer en een opbouw in 2-3 weken met een dagelijkse verhoging van 50 mg injecteerbare heroïne per verstrekking is heel acceptabel.

Opbouw met (gedeeltelijke) omzetting van methadon in injecteerbare heroïne

Tabel Opbouw uitgaande van hoge dosis methadon die afgebouwd wordt en eindigend met hoge dosis injecteerbare heroïne zonder methadon

dag	methadon	heroïne i.v.	MTQ
dag 0	1 x 100	---	100 + 0 = 100
dag 1	1 x 90	1 x 15 + 1 x 30 2 x 30	90 + 35 = 125
dag 2	1 x 80	1 x 50 2 x 50	80 + 50 = 130
dag 3	1 x 70	1 x 75 2 x 75	70 + 75 = 145
dag 4 + 5	1 x 60	1 x 100 2 x 100	60 + 100 = 160
dag 6 + 7	1 x 55	1 x 150 2 x 150	55 + 150 = 205
dag 8 + 9	1 x 50	1 x 200 2 x 200	50 + 200 = 250
dag 10 + 11	1 x 45	1 x 300 2 x 300	45 + 300 = 345
dag 12 + 13	1 x 40	1 x 400 2 x 300	40 + 335 = 375
dag 14	1 x 35	idem	35 + 335 = 370
dag 15	1 x 30	idem	30 + 335 = 365
	liever niet lager		
dag 16	1 x 25	idem	25 + 335 = 360
dag 17	1 x 20	idem	20 + 335 = 355
dag 18	1 x 15	idem	15 + 335 = 350
dag 19	1 x 10	idem	10 + 335 = 345

dag 20	1 x 5	idem	$5 + 335 = 340$
dag 21	---	idem	$0 + 335 = 335$

Doseringsschema's voor inhaleerbare (p.o.) heroïne: voorbeelden

Ook hier staat bij de voorgestelde titraties de veiligheid voorop. Desondanks kunnen ook hier zeer aanzienlijke doseringen heroïne binnen twee weken gerealiseerd worden.

Opbouw uitgaande van lage dosis methadon die gehandhaafd blijft

Tabel Opbouw uitgaande van een lage dosering methadon die gehandhaafd blijft

dag	methadon	Inhaalleerbare heroïne	MTQ
dag 0	1 x 40	---	$40 + 0 = 40$
dag 1	1 x 40	3 x 75	$40 + 37,5 = 77,5$
dag 2	1 x 40	3 x 100	$40 + 50 = 90$
dag 3	1 x 40	3 x 150	$40 + 75 = 115$
dag 4 + 5	1 x 40	3 x 200	$40 + 100 = 140$
dag 6 + 7	1 x 40	3 x 250	$40 + 125 = 165$
dag 8 + 9	1 x 40	3 x 300	$40 + 150 = 190$
dag 10 + 11	1 x 40	1 x 400 2 x 300	$40 + 165 = 205$
dag 12+	1 x 40	idem	Idem

Het kan ook hier natuurlijk wel sneller, maar meestal is dat niet echt nodig.

Opbouw uitgaande van hoge dosis methadon die gehandhaafd blijft

Tabel Uitgaande van hoge dosering methadon die gehandhaafd blijft

dag	methadon	Inhaalleerbare heroïne	MTQ
dag 0	1 x 90	---	$90 + 0 = 90$
dag 1	1 x 90	3 x 75	$90 + 37,5 = 127,5$
dag 2	1 x 90	3 x 100	$90 + 50 = 140$
dag 3	1 x 90	3 x 150	$90 + 75 = 165$
dag 4	1 x 90	3 x 200	$90 + 100 = 190$
dag 5	1 x 90	3 x 300	$90 + 150 = 240$
dag 6	1 x 90	1 x 400 2 x 300	$90 + 165 = 255$
dag 7+	idem		

Het kan natuurlijk ook wel wat langzamer, bijvoorbeeld met verhogingen om de dag en niet in het weekend, dat wil zeggen een opbouw in 2-3 weken.

Opbouw uitgaande van een hoge dosis methadon die (gedeeltelijk) afgebouwd wordt

Tabel Opbouw uitgaande van hoge dosis methadon die (gedeeltelijk) wordt afgebouwd

dag	methadon	Inhaalleerbare heroïne	MTQ
dag 0	1 x 100	---	100 + 0 = 100
dag 1	1 x 90	3 x 75	90 + 37,5 = 127,5
dag 2	1 x 80	3 x 100	80 + 50 = 130
dag 3	1 x 70	3 x 150	70 + 75 = 145
dag 4 + 5	1 x 60	3 x 200	60 + 100 = 160
dag 6 + 7	1 x 55	3 x 250	55 + 125 = 180
dag 8 + 9	1 x 50	3 x 300	50 + 150 = 200
dag 10 + 11	1 x 45	1 x 400 2 x 300	45 + 165 = 210
dag 12 + 13	1 x 40	idem	40 + 165 = 205
dag 14	1 x 35	idem	35 + 165 = 200
dag 15	1 x 30	idem	30 + 165 = 195
	liever niet lager dan 30		
dag 16	1 x 25	idem	25 + 165 = 190
dag 17	1 x 20	idem	20 + 165 = 185
dag 18	1 x 15	idem	15 + 165 = 180
dag 19	1 x 10	idem	10 + 165 = 175
dag 20	1 x 5	idem	5 + 165 = 170
dag 21	---	idem	0 + 165 = 165

Omzetting injecteerbare heroïne in orale methadon (p.o.)

Tabel Omzetting injecteerbare heroïne in orale methadon (p.o.)

dag	methadon	heroïne i.v.	MTQ
dag 0	1 x 40	3 x 150	40 + 150 = 190
dag 1 vakantie	1 x 190	---	190 + 0 = 190
dag 2+ vakantie	idem	---	190 + 0 = 190
			eventueel iets dalen
dag 1 terug	1 x 40	3 x 150	40 + 150 = 190
dag 1+ terug	idem	idem	Idem

Omzetting inhaleerbare heroïne in orale methadon (p.o.)

Tabel Omzetting inhaleerbare heroïne in orale methadon (p.o.)

dag	methadon	Inhaalleerbare heroïne	MTQ
dag 0	1 x 40	3 x 150	40 + 75 = 115
dag 1 vakantie	1 x 115	---	115 + 0 = 115
dag 2+ vakantie	idem	---	115 + 0 = 115
			eventueel iets dalen
dag 1 terug	1 x 40	3 x 150	40 + 75 = 115

dag 1+ terug	idem	idem	Idem
--------------	------	------	------

Bijlage 11 omzetting heroïne naar methadon

Uit het rapport van Seidenberg (1996) is niet helemaal duidelijk wat de rekenregels zijn die 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).

voorbeelden	laatste 2 dagen voor omzetting	eerste dag van omzetting	tweede dag van omzetting	Overige omzetting dagen	Terug naar heroïne dosering
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 cliënt eerder terugkomt 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 cliënt 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 cliënten 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 cliënten hebben hun dosering opiaten reeds gehad en er is in die zin geen sprake van onthouding als straf.

Wellicht ten overvloede wordt hier vermeld dat een verlaging of vertraagde verhoging van de dosering methadon of heroïne niet gebruikt kan worden als strafmaatregel.

Bijlage 12 Protocol arrestanten en verstrekking van opiaatonderhoudsmedicatie

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, dan is overleg met de politiearts noodzakelijk.
- Afhankelijk van het aantal verstrekkingsmomenten van de behandelafdeling kan er medicatie worden meegegeven aan de politie: bij een medicatiepost die dagelijkse verstrekkingsmogelijkheden 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 afgesproken dat niet uitgegeven medicatie retour komt.
- Wanneer een patiënt 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 opiaten 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 bloeuitslagen en de uitslag van de x-thorax van de detentieperiode.
- Wanneer de patiënt lang uit beeld is geweest opnieuw inplannen bij de verslavingsarts KNMG of verpleegkundig specialist GGZ; 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 opiaatscherf afgesloten. Als de verwachting is dat de patiënt na detentie weer terugkomt in het programma kan de module medicatie open blijven staan.

Kanttekening omzetting heroïne in methadon bij detentie (MHU)

Er zijn geen formele afspraken als patiënten in detentie raken. Dat wil zeggen dat gevangenisartsen over het algemeen (a) zullen zorgen voor continuïteit van zorg ten aanzien van de methadonverstrekking 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.

Bijlage 13 Drug accountability (specifiek voor MHU)

Heroïne (diacetylmorfine) en methadon vallen onder de Opiumwet. Dat betekent dat er, om misbruik te voorkomen, voorwaarden gesteld zijn voor medische toepassing. Dat houdt in dat de medicatie administratief verantwoord moet worden (*drug accountability*). De ontvangen hoeveelheden, de per patiënt verstrekte en eventueel teruggegeven hoeveelheden en de vernietigde hoeveelheden moeten worden vastgelegd, zodat van elke eenheid (tablet, sachet, flacon) duidelijk is wat ermee is gebeurd vanaf het moment van ontvangst van de medicatie.

Hiertoe zijn procedures ontwikkeld voor ontvangst, opslag, administratie, voorschrijven, toediening en vernietiging van diacetylmorfine in overleg en met goedkeuring van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). IGZ ziet toe op naleving ervan. De procedures ten aanzien van de 'drug accountability' worden in deze bijlage in detail uiteengezet.

Verantwoordelijkheden drug-accountability

- De *behandelinstelling* is verantwoordelijk voor de drug accountability vanaf het moment van ontvangst van de medicatie.
- De *behandelend arts* is verantwoordelijk voor de toediening van de medicatie aan de patiënt.
- De *leverancier van de medicatie* is verantwoordelijk voor de drug accountability tot en met de aflevering door de koerier bij de behandelinstelling.
- De *toezichthoudend apotheker* ziet toe op naleving van de regels m.b.t. geneesmiddelen in het algemeen en de Opiumwetmiddelen in het bijzonder.

Taken toezichthoudend apotheker, coördinator behandelunit en arts bij drugaccountability

Taken toezichthoudend apotheker

- De toezichthoudend apotheker bezoekt de behandelinstelling eenmaal per week of eenmaal per twee weken en.
- De omvang van de werkzaamheden van de apotheker is afhankelijk van het aantal patiënten dat op de unit in behandeling is.

Taken arts met betrekking tot drug accountability

- Bestelling diacetylmorfine bij Di-AcetylM BV
- Voor levering Opiumwetrecept(en) volledig invullen en ondertekenen.
- Verantwoordelijk voor het voorschrijven van de medicatie aan de patiënten.

Taken coördinator behandelunit met betrekking tot drug accountability

- Bij binnenkomst van diacetylmorfine, samen met een verpleegkundige tellen van de doosjes met sachets en van de flacons en de administratieve verantwoording daaromheen, met behulp van de formulierenset uit bijlage 7.
- Controle van de voorraad diacetylmorfine (maximum voorraad: 2 maanden)
- Het opzetten van de kluistoegangsprocedure en het toezicht houden op de naleving hiervan
- Controle op de methadon die door cliënten mee naar huis genomen mag worden
- Controle op de overige voorgeschreven medicatie

Procedures drug accountability methadon

Methadon wordt overeenkomstig de in de behandelinstelling bestaande procedures behandeld voor wat betreft bestellen, ontvangst, opslag, administratie, voorschrijven, toediening en retournering.

Procedures drug accountability diacetylmorfine

Diacetylmorfine wordt conform de onderstaande procedures en registratiesystemen bij de leverancier besteld. De registratie van de verstrekking, teruggave en vernietiging wordt in de onderstaande procedures beschreven. Alle formulieren die gebruikt worden voor registratie dienen gearchiveerd te worden.

Bestellen van diacetylmorfine

Hieronder in het kort nogmaals de voorwaarden voor levering van diacetylmorfine. De behandelinstelling is door VWS erkend als verstreklocatie voor heroïne en het bewijs hiervan is in het bezit van Di-AcetylM BV.

- Er is een (of meer) voorschrijvend arts(en) aangewezen, die bekend is (/zijn) bij Di-AcetylM BV (via een origineel formulier Identificatie Voorschrijvend Arts en kopie BIG-registratie)
- Voor elk aangevraagd middel (dus elke sterkte sachets apart) is een origineel recept aanwezig bij Di-AcetylM BV, dat voldoet aan de eisen van de Opiumwet (zoals genoemd in artikel 3 van het Opiumwetbesluit (www.overheid.nl)): volledige naam, adres, telefoonnummer en handtekening van voorschrijver, naam en sterkte middel, besteld aantal (getallen uitschrijven) en de vermelding i.m.m.).
- Diacetylmorfine wordt vervoerd door een waardetransporteur. Om dit transport goed te laten verlopen, dient de behandelinstelling eenmalig (voor het eerste transport) afspraken te maken met de waardetransporteur over de procedures en routes die op de afleverlocatie gevolgd moeten worden. Bij aflevering dient de koerier zich te kunnen identificeren.

Contactgegevens Di-AcetylM BV:

Postbus 90424

1006 BK Amsterdam

Tel. 020 – 614 2641

Fax 020 – 615 0368

E-mail info@di-acetylm.nl

Distributie uit kluis aan verantwoordelijke verpleegkundige

- Bij de ochtendverstrekking wordt de hoeveelheid medicatie voor de gehele dag uit de kluis gehaald door twee medewerkers waarvan er tenminste één verpleegkundige is (een uitvoerder en een controleur). Niet gebruikte medicatie wordt aan het eind van de dag weer in de kluis opgeborgen. Op het *Formulier Distributie Heroïne per Dag Inhaleerbaar* (Form 3a) wordt het aantal sachets per dosering en per batch gedocumenteerd. Op het *Formulier Distributie Heroïne per Dag Intraveneus* (Form 3b) wordt het aantal flesjes per batch gedocumenteerd. De hoeveelheid gebruikte intraveneuze heroïne wordt berekend aan de hand van het verschil in gewicht van de flesjes voor en na de verstrekking (7 gram oplossing = 1 gram diacetylmorfine HCl).

Verstrekking aan patiënt

- Elke verstrekking van heroïne aan een patiënt wordt vastgelegd ofwel op het *Formulier Verstrekking Heroïne per Patiënt* (Form 6), dan wel in een geautomatiseerd verstrekkingssysteem in de computer. Op dit formulier (of in de computer) wordt eveneens afwezigheid van de patiënt (geen verstrekking) gedocumenteerd. De etiketten worden geplakt op het daarvoor bestemde stickervel (Form 13). Bij de verstrekking van de medicatie zijn altijd twee BIG-geregistreerde verpleegkundigen aanwezig (een uitvoerder en een controleur).

Teruggave door patiënten

- Na zelftoediening van de medicatie door een patiënt wordt door een verpleegkundige de hoeveelheid teruggegeven heroïne genoteerd in het medisch dossier en (eventueel later) op het *Formulier Verstrekking Heroïne per Patiënt* (Form 6) of in de computer.
- Gebruikte spuiten, restanten aluminiumfolie, restanten sachets, papier en rietjes moeten ingeleverd worden bij een verpleegkundige en worden in de afvalbak (B1-afval) op de behandelinstelling geworpen. Bij deze procedures zijn altijd twee verpleegkundigen betrokken (een uitvoerder en een controleur).

Uit opslag gehaalde maar niet verstrekte medicatie

Bij deze procedures zijn altijd twee medewerkers betrokken (een uitvoerder en een controleur).

- Injecteerbare toedieningsvorm: Na de laatste verstrekronde worden de gebruikte, al dan niet lege flesjes diacetylmorfine gewogen (totaal gewicht) en wordt het gewicht genoteerd op het *Formulier Distributie Heroïne per Dag Intraveneus* (Form 3b). De niet gebruikte diacetylmorfine-oplossing in de flesjes wordt vernietigd volgens de hiervoor ingestelde procedures (zie 3.2.7 en hieronder). Voor het noteren wordt gebruik gemaakt van het *Formulier Distributie Heroïne per Dag Intraveneus* (Form 3b).
- Injecteerbare en inhaleerbare toedieningsvorm: Het aantal onaangebroken flesjes en sachets inclusief dosering worden genoteerd op het *Formulier Distributie Heroïne per Dag* (Form 3a/3b). Deze flesjes en sachets worden vervolgens weer in de opslag geplaatst na de laatste verstrekronde, waarna het formulier weer door twee verpleegkundigen wordt ondertekend (een uitvoerder en een controleur).
- Voorafgaand aan vernietiging dient de toezichthoudend apotheker de heroïne steekproefsgewijs eenvoudig doch adequaat op samenstelling te controleren.

Overzicht per dag (balans)

Zowel op het *Formulier Distributie Heroïne per Dag Inhaleerbaar* (Form 3a) als op *Formulier Distributie Heroïne per Dag Intraveneus* (Form 3b) wordt door middel van een balans van de hoeveelheid heroïne gecontroleerd of de hoeveelheid heroïne die uit de kluis is gehaald, verantwoord kan worden. Als bij de eindbalans een verschil wordt gevonden, dient een verklaring bij het veld 'opmerkingen' gegeven te worden.

- Voor de flesjes met heroïne geldt: Als op het *Formulier Distributie Heroïne per Dag Intraveneus* (Form 3b) een verschil groter dan 0.2 gram gevonden wordt, dient er een specificatie gegeven te worden. Het streven is vanzelfsprekend dat de balans zo dicht mogelijk bij de waarde "0" ligt.

Overzicht per week (balans)

Per week of per twee weken dient controle door de toezichthoudend apotheker plaats te vinden. De balansoverzichten van een week worden gecontroleerd met de kluistelling. De toezichthoudend apotheker dient deze controle te documenteren en heeft de mogelijkheid om gebruik te maken van het (optionele) *Formulier Voorraad Medicatie* (Form 8).

Vernietiging medicatie (in bijzondere omstandigheden)

De vernietiging van de medicatie dient uitgevoerd te worden op de behandelinstelling onder toezicht van de toezichthoudend apotheker volgens de procedure met betrekking tot opiumverlof van de apotheek. De vernietiging dient uitgevoerd te worden door de toezichthoudend apotheker en de arts van de behandelinstelling of een gedelegeerde. Op het *Formulier vernietiging medicatie* (Form 5b) dienen de dosis, het aantal sachets per batchnummer, de houdbaarheidsdatum en het totaal aantal mg van de vernietigde medicatie nauwkeurig geregistreerd te worden.

- De te vernietigen sachets worden uit de dozen en de verpakkingen gehaald en verzameld in een chemische afvalbak.
- Vernietiging van de heroïne vindt plaats door deze op te lossen in een container met een 1N NaOH oplossing. In deze oplossing vindt ontleding plaats van diacetylmorfine. Na een week kan deze oplossing afgevoerd worden als chemisch afval.

Jaarlijks voorraadoverzicht

De toezichthoudend apotheker stelt elk jaar in januari een overzicht op van de voorraad diacetylmorfine die op 31 december van het jaar ervoor in de behandelinstelling aanwezig was en stuurt dat naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het voorraadoverzicht dient uitgesplitst te zijn naar middel/sterkte en vermeldt achtereenvolgens het aantal aanwezige verpakkingen, de verpakkingsgrootte en het aantal gram diacetylmorfine base. Voor de flacons injecteerbare diacetylmorfine wordt het aantal gram diacetylmorfine HCl vermeld, evenals het percentage diacetylmorfine base (91,0%) en het aantal gram diacetylmorfine base.

De apotheker stelt aan het eind van ieder jaar een eindejaarsbalans op.