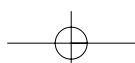
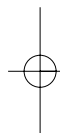
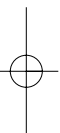
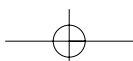
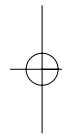
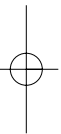
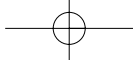


Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB)





VOORWOORD

De Stuurgroep Resultaten Scoren biedt u hierbij met trots de Richtlijn Opiatonderhoudsbehandeling – RIOB - aan.

Met het presenteren van deze richtlijn hopen de auteurs te kunnen voorzien in een breed gevoelde behoefte om te komen tot kwaliteitsmaatstaven voor het medicatiebeleid voor langdurig opiaatafhankelijke verslaafden.

Naast deze richtlijn is een uitvoerig procesverslag (onder meer via GGZ Kennisnet) beschikbaar met achtergrondinformatie over de totstandkoming en de implementatie van de richtlijn.

In 2004-2005 voerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg een onderzoek uit naar de methadonverstrekking in ons land. Er bleken landelijk gezien weinig eenduidige werkwijzen te worden gehanteerd. De kwaliteit van de zorg verschilt daardoor sterk. De Inspectie stelt dat de methadonverstrekking een medische behandeling behoort te zijn en dat er een landelijke richtlijn moet komen die deze behandeling eenduidig beschrijft.

Ook in 2004 bleek bij de beroepsorganisaties een behoefte te bestaan om de kwaliteit van zorg te verbeteren met behulp van een richtlijn voor de dagelijkse zorg en begeleiding. Het Platform 1ste Geneeskundigen in de Verslavingszorg, de Vereniging Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGn), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie/sectie verslaving (NVvP) en de Federatie GGz Verpleegkunde/sectie verslaving gaven in 2004 te kennen dat zij een richtlijn voor de huidige methadonverstrekking noodzakelijk achten. Mede ook daardoor was de ontwikkeling van de richtlijn in het kader van Resultaten Scoren reeds gestart.

In dit document zijn twee opdrachten vanuit GGZ Nederland samengebracht. Novadic-Kentron, netwerk voor verslavingszorg kreeg de opdracht de geneeskundige en verpleegkundige richtlijn voor opiaatvervangende behandeling uit te werken. TACTUS, Instelling voor Verslavingszorg kreeg de opdracht het protocol zorgorganisatie opiaatvervangende behandeling uit te werken.

De opstellers zijn uitgegaan van het Masterprotocol Resultaten Scoren.

De richtlijn bevat aan het eind een viertal literatuurstudies, welke feitelijk het uitgangspunt hebben gevormd voor het opstellen van de richtlijn. De richtlijn is veelomvattend opgezet. Het patiëntenperspectief wordt uitgediept, gegevensverzameling en adequaat medicatiebeleid worden beschreven. Er is uitgebreid aandacht voor de werkwijze, de setting en teamsamenstelling. Regelgeving en andere instellingsoverstijgende zaken passeren ook de revue.

De auteurs hebben zich daarbij mede gebaseerd op resultaten van brede consultatierondes georganiseerd bij een zeer groot deel van de Nederlandse instellingen, die (ook) verslavingszorg tot hun takenpakket rekenen.

De gegevens die in vier instellingen op vele pilotlocaties in twee pilotfasen zijn verzameld, zijn verwerkt in de handvatten voor implementatie.

We menen dat daarmee een interessant en belangwekkend document is ontstaan dat breed toepasbaar is in het werkveld.

Roel Hermanides

Ruud Rutten

November 2005

Inhoudsopgave

P.

Deel I Richtlijn

Hoofdstuk 1	Verantwoorde opiaatonderhoudsbehandeling	9
	1. Inleiding	
	1.1. Indeling richtlijn	
	1.2. Opiaatonderhoudsbehandeling	
	1.3. Randvoorwaarden	
	1.4. Implementatie	
Hoofdstuk 2	De patiënt in de opiaatonderhoudsbehandeling	15
	2. Inleiding	
	2.1. Het perspectief van de patiënt	
	2.2. Het perspectief van de hulpverlener	
	2.3. De behandelingsrelatie	
	2.4. Patiëntprofielen	
	2.5. Allochtonen en vluchtelingen in de verslavingszorg	
	2.6. Vrouwen in de verslavingszorg	
	Bijlagen	25
	1) Patiëntprofielen in de methadonverstrekking in Nederland	
	2) Tolk en Vertaal Centrum Nederland	
Hoofdstuk 3	Gegevensverzameling, zorgtoewijzing en behandelingsplan	33
	3. Inleiding	
	3.1. Taken en verrichtingen voor arts en verpleegkundige bij het starten van hulpverlening; de gegevensverzameling	
	3.2. Verpleegkundige gegevensverzameling	
	3.3. Geneeskundig onderzoek	
	3.4. Het multidisciplinaire patiëntenoverleg en het opstellen van het behandelingsplan	
	Bijlagen	39
	1) Stroomschema gegevensverzameling, zorgtoewijzing en behandelingsplan	
	2) Procedure gegevensverzameling	
	3) Verdiepende diagnostische vragen	
	4) Toestemmingsverklaring Informatie Derden	
	5) Overdracht van verpleegkundige gegevensverzameling naar arts	
	6) Voorbeeld van een geneeskundige anamnese	
	7) Overdracht van geneeskundige anamnese naar verpleegkundige en MDO	
	8) MDO en behandelingsplan	
	9) Patiëntprofielen	
	10) Taken in de uitvoering van de zorg door verpleegkundigen van het behandelingssteam	
	11) Evaluatiegesprekken, door verpleegkundige en door arts	
4	Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB)	

- 12) Informatiefolder voor patiënten
- 13) Juridische kaders; de WGBO
- 14) Functionele zelfstandige bevoegdheden van verpleegkundigen volgens de wet BIG en de Wet op de Geneesmiddelen Voorziening

Hoofdstuk 4 Opiatonderhoudsmedicatie 64

4. Inleiding

- 4.1. Verschijningsvorm en eigenschappen van methadon
- 4.2. Verschijningsvorm en eigenschappen van buprenorfine
- 4.3. Contra-indicaties
- 4.4. Bijwerkingen van methadon
- 4.5. Bijwerkingen van buprenorfine
- 4.6. Interacties methadon en andere middelen
- 4.7. Interacties buprenorfine en andere middelen
- 4.8. Vaststellen van opiaatafhankelijkheid
- 4.9. Keuze methadon of buprenorfine
- 4.10. Instellen op methadon
- 4.11. Instellen op buprenorfine
- 4.12. Het verstrekken van de medicatie
- 4.13. Toedieningsvormen en keuzes hiervoor
- 4.14. Onderzoek van de urine op het gebruik van psychoactieve stoffen
- 4.15. Monitoring van effecten tijdens behandeling
- 4.16. Speciale doelgroepen
 - a. Patiënten met HIV-, TBC- en Hepatitisinfecties
 - b. Zwangere vrouwen
 - c. Patiënten met Psychiatrische co-morbiditeit
 - d. Jongeren
 - e. Ouderen
 - f. Patiënten met Co-morbide afhankelijkheid van psychoactieve stoffen
- 4.17. Bijzondere regelingen: vakantie en opiaatonderhoudsbehandeling
- 4.18. Gemiste doseringen

Bijlagen

91

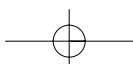
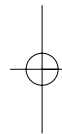
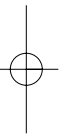
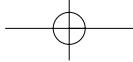
- 1) DSM-IV en ICD-10 criteria voor afhankelijkheid
- 2) Klinisch relevante interacties met methadon en buprenorfine
- 3) Voorbeeldrecept
- 4) Protocol urineonderzoek
- 5) OOS, SOS en VAS schaal craving
- 6) Voorbeeldbrief afstemming zorg
- 7) Reisverklaring buitenland
- 8) Lijst I en II behorende bij de Nederlandse Opiumwet

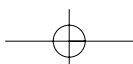
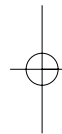
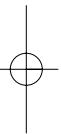
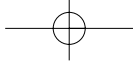
Hoofdstuk 5 Organisatie van de opiaatonderhoudsbehandeling 115

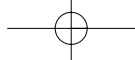
5. Inleiding

- 5.1. Eisen aan de fysieke setting binnen de instelling
- 5.2. Organisatie van verstrekking bij de apotheek
- 5.3. Patiëntgebonden rapportage en dossierbeheer

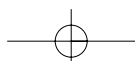
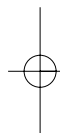
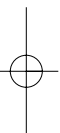
5.4.	Kostenraming	P.
5.5.	Het medische team in de opiaatonderhouds behandeling	
Hoofdstuk 6	Samenwerking met andere instellingen	131
6.	Inleiding	
6.1.	Instellingsoverstijgende registratie van medicatie uitgifte	
6.2.	Samenwerking met het algemeen ziekenhuis	
6.3.	Samenwerking met GGz instellingen	
6.4.	Samenwerking met penitentiaire inrichtingen	
6.5.	Samenwerking met instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking	
	Gebruikte Literatuur	140
	Woordenlijst	143
Deel II	Literatuurstudies	145
	Inleiding	
	Peter Vossenbergh	
	Onderhoudsbehandeling met methadon bij opiaatafhankelijke patiënten	
	Monique Nieuwenhuys, S. Wittenberg, M. Boonstra,	
	Onderhoudsbehandeling met buprenorfine bij opiaatafhankelijke patiënten	
	Mijke van Gogh	
	Een systematisch overzicht van de co-morbiditeit tussen psychiatrische as I stoornissen en een onderhoudsdosering methadon bij patiënten binnen een ambulante setting	
	Lieke Knapen	
	Een systematisch overzicht van de co-morbiditeit tussen psychoactieve stoffen en een onderhoudsdosering methadon bij patiënten binnen een ambulante instelling	







Hoofdstuk 1 Verantwoorde opiaatonderhoudsbehandeling



Inleiding

In 2004 hebben twee instellingen voor verslavingszorg samen twee subsidies aangevraagd om een richtlijn voor verantwoorde behandeling met opiaatvervangers op te stellen. De aanvraag betrof het inrichten van een professionele zorgorganisatie in de huidige methadonverstrekking en een aanvraag die gericht was op het beschrijven van een evidence based voorschrijfbeleid van zowel methadon als buprenorfine. De centrale invalshoek van beide projecten was echter hetzelfde, namelijk hoe te komen van 'propzorg naar profzorg'. Met andere woorden, hoe te komen van de huidige methadonverstrekking naar een professionele opiaatonderhoudsbehandeling? Daarom werd tijdens de ontwikkelfase besloten om beide aanvragen in één richtlijn vast te leggen, hierbij werden buitenlandse richtlijnen als voorbeeld gebruikt (Canada, Australië, Nieuw Zeeland, Europa en Schotland).

In ons land zijn ongeveer 32.000 regelmatige gebruikers van harddrugs (nationale drugsmonitor: www.trimbosinstituut.nl), van wie er ca. 24.000 verslaafd zijn. Van die ca. 24.000 zijn er zo'n 17.000 in behandeling (Hendriks e.a., 2000). Deze behandeling bestaat uit een methadon onderhoudsbehandeling (care, zo'n 12.500 patiënten) of detoxificatie (cure, zo'n 4.500 patiënten). Patiënten in de methadon onderhoudsbehandeling zijn onder te verdelen in (Wolf e.a., 2002; van den Brink e.a., 2003):

- > goed geïntegreerd (4.500)
- > niet geïntegreerd (5.000)
- > extreem problematisch (3.000)

Een groot deel van deze populatie heeft meervoudige, sterk verweven problemen op diverse levensgebieden en verkeert hierdoor in een maatschappelijk isolement (Resultaten Scoren 2002).

Voor aan harddrugsverslaafde patiënten is een drietal behandelingen van belang; heroïne op recept (1000-2000 patiënten), onderhoudsbehandeling met methadon of buprenorfine (10.500-11.500 patiënten) of een op abstinentie gericht beleid (4.500 patiënten). Deze richtlijn beperkt zich tot een onderhoudsbehandeling met methadon of buprenorfine.

In 2004-2005 voerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg een kwaliteitsonderzoek uit op verschillende 'methadonposten' in ons land (IGZ 2005). In het rapport staat beschreven dat er landelijke gezien te weinig eenduidige werkwijzen toegepast worden en dat de kwaliteit van de zorg derhalve veel te veel verschilt. De Inspectie stelt dat de methadonverstrekking een medische behandeling behoort te zijn en dat er een landelijke richtlijn moet komen die deze behandeling eenduidig beschrijft. De Inspectie sluit hiermee aan bij het rapport 'Over Blijvende Zorg' van de Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (2003). De richtlijn is een verdiepend antwoord hierop.

Er zijn vier doelen in de behandeling van opiaatafhankelijkheid te onderscheiden (Gezondheidsraad 2002):

- > Detoxificatie (afbouw)
- > Stabilisatie (schadebeperking)
- > Palliatie (het verlichten van het lijden door het chronische gebruik van heroïne)
- > Overlastbestrijding (de vermindering van criminaliteit en overlast voor de samenleving)

Het laatste doel, de overlastbestrijding, is een inherent gevolg van goede zorg en derhalve geen apart behandelingsdoel. Wanneer het behandelingsdoel detoxificatie is, verwijzen wij naar de Richtlijn Detox (Jong de e.a., 2004). Wanneer een verslaafde patiënt in aanmerking komt voor medische heroïneverstrekking verwijzen wij naar het CCBH (2003). Deze richtlijn beperkt zich tot de behandelingsdoelen stabilisatie en palliatie. Bij **stabilisatie** is het doel het

stoppen van bijgebruik van opioïden. De zucht (craving) naar deze middelen wordt bestreden door het verzadigen van de opiaatreceptor. **Palliatie** als behandelingsdoel betekent dat het stoppen van het bijgebruik van opioïden niet wordt nagestreefd en/of nog niet haalbaar wordt geacht.

1.1 Indeling richtlijn

In deze Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB) zullen achtereenvolgens de volgende onderwerpen worden besproken. In hoofdstuk twee staat de verslaafde patiënt centraal, de verschillende profielen worden besproken evenals twee belangrijke doelgroepen die speciale begeleidingsaandacht behoeven namelijk allochtone- en vrouwelijke patiënten.

Het derde hoofdstuk van de richtlijn beschrijft een professionele gegevensverzameling van de arts en de verpleegkundige en de inbedding hiervan in een multidisciplinair behandelingsaanbod dat wordt beschreven in voor iedere patiënt twee modules, een begeleidingsmodule en een medicatiemodule die samen het behandelingsplan vormen.

Een adequaat medicatiebeleid en een beschrijving van de beide opiaatvervangende middelen, methadon en buprenorfine waarbij extra aandacht wordt besteed aan het medische beleid rondom speciale doelgroepen zoals zwangere vrouwen en patiënten met dubbele diagnostiek staat beschreven in het vierde hoofdstuk.

De totale organisatie van de opiaatvervangende behandeling met hierin aandacht voor de inrichting van een 'methadonpost', de dossiervorming, de patiëntgerelateerde registratie, de financiering en de samenstelling van het team krijgt uitgebreid aandacht in hoofdstuk vijf.

In het zesde hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de instellingsoverstijgende opiaatregistratie en aan de samenwerking met algemene ziekenhuizen, GGz instellingen, penitentiaire inrichtingen en instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap.

De vier, voor deze richtlijn uitgevoerde, literatuurstudies vormen samen de afsluiting.

1.2 Opiaatonderhoudsbehandeling

De laatste jaren is een paradigma verschuiving merkbaar in de verslavingszorg. Verslaving kan niet langer voornamelijk als een gedragsprobleem gedefinieerd worden (het psychosociale paradigma van verslaving) maar moet meer als een chronische ziekte beschouwd worden, met een destructieve leefstijl die daarbij hoort (het biopsychosociale paradigma van verslaving). De volgende omschrijving van verslaving hoort bij deze verschuiving (McLellan e.a. 2000; van de Wetering en Czyzewski, 2001):

'Verslaving is een ziekte, een complex en progressief psychiatrisch syndroom leidend tot verlies van autonomie op het gebied van emotie, denken en handelen. Afhankelijk van de gebruikte middelen heeft het tevens een voortschrijdende aantasting van de algemene gezondheidstoestand tot gevolg.'

De verslaafde persoon moet worden gezien als een patiënt die medische zorg vanuit de geneeskundige en verpleegkundige discipline behoeft, naast zorg vanuit andere disciplines.

Dit heeft gevolgen voor de organisatie van de zorg en begeleiding. De financiering via de Welzijnswet heeft lange tijd mede de organisatorische plaats van de opiaatvervangende behandeling in de vorm van 'methadonposten' in een instelling bepaald. De komende jaren is het van groot belang dat iedere instelling vaststelt waar in de organisatie de opiaatvervangende behandeling geplaatst wordt, teneinde de behandeling een volwaardige plaats te geven in de ambulante verslavingszorg. Dit aspect komt in hoofdstuk 5 uitgebreid aan de orde.

Opiaatonderhouds behandeling bestaat uit twee belangrijke modules namelijk:

- > het verstrekken van de medicatie en het monitoren van de effecten
- > het begeleiden van de individuele patiënt.

Opiatonderhouds behandeling is een integraal zorgaanbod dat als totale voorziening organisatorisch los moet komen te staan van projecten zoals dag- en nachtopvang en gebruikersruimtes. De behandeling houdt meer in dan het verstrekken van methadon en het doen van een urinecontrole. Het is een volwaardige behandeling die een aparte plaats in de organisatie verdient; de uiteindelijke uitreiking van medicatie kan overal plaatsvinden via de hulpverleners die daartoe bevoegd en bekwaam zijn bevonden.

Vanzelfsprekend dient de opiaatonderhoudsbehandeling goed geïntegreerd te zijn in het gehele aanbod van de verslavingszorg en goed aan te sluiten bij de rest van de gezondheidszorg.

1.3 Randvoorwaarden

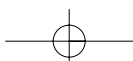
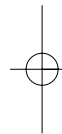
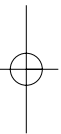
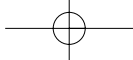
De richtlijn is in stappen ontwikkeld en uitgeprobeerd op verschillende 'pilotstations'. Deze waren gevestigd in: Almelo, Deventer, Nijmegen, Tiel, Helmond, Roermond en Venlo. Hier zijn samen met het team verpleegkundigen en artsen, in nauwe samenwerking met managers en beleidsmedewerkers, concepten van de richtlijn uitgeprobeerd in de praktijk, op elk niveau binnen de organisatie. Voor verdiepende informatie over deze uitvoering en evaluatie wordt verwezen naar het procesverslag van de ontwikkeling van de richtlijn (www.ggzkennisnet.nl/resultatenscoren).

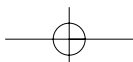
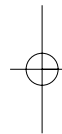
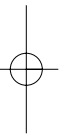
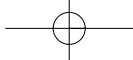
Door maandelijkse refereerbijeenkomsten en zogenaamde instellingswerkgroepen te houden met de professionals die de richtlijn ontwikkelden en uitprobeerden, is een aantal belangrijke randvoorwaarden gedefinieerd die bij de invoering van de richtlijn van belang zijn. Deze minimale eisen die aanwezig moeten zijn alvorens men aan de slag kan gaan, zijn:

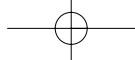
- > bereidheid van verpleegkundigen, verslavingsartsen, afdelingsmanagers en beleidsmedewerkers om een veranderingsproces in te gaan en hieraan actief mee te werken, ook in de vorm van kritische reflectie op het eigen handelen
- > extra tijd te reserveren, naast het huidige takenpakket, voor de verpleegkundigen en artsen om gegevens te verzamelen bij patiënten, zorgplannen te maken en uit te voeren en vergaderingen bij te wonen
- > fysieke faciliteiten zoals gespreksruimtes en bijvoorbeeld dossiers en kasten om gegevens op te slaan
- > indien in de instelling met computergestuurde patiëntenregistratie wordt gewerkt is het belangrijk bevoegdheid te verlenen aan de verpleegkundigen om als 'intaker' en 'eerste hulpverlener' het systeem te kunnen gebruiken
- > een afdelingsmanager die het bovenstaande actief ondersteunt en faciliteert
- > de aanwezigheid van een multidisciplinair overleg waarin naast de indicatiestelling (de start van het behandelingsplan met de begeleidingsmodule en de medicatiemodule) ook de evaluatie van de behandelingsplannen kan worden besproken
- > het scheppen van randvoorwaarden door het instellingsmanagement, waardoor verpleegkundigen, naast het verstrekken van medicatie, taken kunnen uitvoeren in de begeleiding van patiënten
- > het scheppen van randvoorwaarden door het instellingsmanagement, waardoor de (verslavings)arts voldoende mogelijkheden en tijd heeft om patiënten medisch te begeleiden

1.4 Implementatie

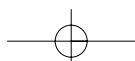
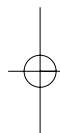
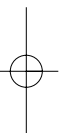
Het aanbod dat in deze richtlijn beschreven wordt moet in iedere instelling toegepast worden zonder de structuur en cultuur te hinderen. Dat betekent dat de richtlijn ingepast moet worden in het aanbod dat een instelling voor verslavingszorg aanbiedt, zoals de bestaande comorbiditeitsbehandelingen en de bemoeizorg- en casemanagementteams en de 'voorkeur' van de instelling, de 'couleur locale'.







Hoofdstuk 2 De patiënt in de opiaatonderhouds behandeling



Inleiding

In dit hoofdstuk staat de richtlijn stil bij de patiënt. Begonnen wordt bij het patiëntperspectief, hierna wordt ingegaan op perspectieven van de hulpverleners en ingegaan op de behandelingsrelatie. Vervolgens zullen patiëntprofielen beschreven worden die behulpzaam kunnen zijn bij het bepalen van een hulpaanbod. Ten slotte worden aparte patiëntengroepen besproken die specifieke aandacht van de hulpverleners vragen, namelijk allochtonen en vrouwen. Patiënten die geïnfecteerd zijn met het HIV virus, met Hepatitis virussen, oudere patiënten, patiënten met een verstandelijke beperking, patiënten met comorbide psychiatrische problemen en patiënten met een comorbide gebruik van psychoactieve stoffen komen apart aan de orde in de hoofdstukken 3 (medicatiebeleid) en 5 (samenwerking met andere instellingen rondom bijzondere doelgroepen).

2.1 Het perspectief van de patiënt

Als op een methadonpost de vraag wordt gesteld hoe deelnemers aangesproken willen worden, als patiënt of cliënt, reageren zij als volgt:

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

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

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

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

'Cliënt omdat je dan meer kan kiezen. Jij kiest je behandeling en de behandeling wordt niet voor je gekozen of, hoe zeg je dat, opgelegd.'

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

'Patiënt klinkt alsof je een dwangbehandeling kan toepassen.'

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

Uit bovenstaande blijkt dat de doelgroep de voorkeur geeft aan 'cliënt'. Toch zullen we in deze richtlijn het woord patiënt gebruiken. Hierbij wordt de 'state-of-the-art' visie gevolgd van de verslavingszorg op verslaafden, deze houdt in dat zij een chronisch psychiatrische aandoening hebben, waarmee zij tot patiënten gerekend moeten worden.

Patiënten zijn gedurende de ontwikkeling van de richtlijn op meerdere momenten geïnterviewd over hun wensen, meningen en perspectieven. Er zijn interviews gehouden met patiëntenraden, open interviews met patiënten op verschillende methadonposten, er zijn focusgroep interviews gehouden met verschillende groepen gebruikende en niet meer gebruikende patiënten, er is een literatuurstudie verricht en er is een patiënttevredenheidsonderzoek gedaan. Tenslotte zijn patiënten uitgenodigd om de conceptversie van deze richtlijn van hun commentaar te voorzien. Patiënten hebben in alle stadia actief meegedaan en zijn op alle belangrijke momenten gehoord¹.

¹ Zie voor een gedetailleerd verslag van het patiëntenperspectief het proces/evaluatieverslag van deze richtlijn

De citaten en samenvattingen van de opmerkingen die in dit hoofdstuk terug te vinden zijn in de kaders, zijn afkomstig uit deze interviews. Vanwege de leesbaarheid komen de citaten niet terug in de andere hoofdstukken. Daarom volgen hieronder citaten van patiënten over de belangrijke onderwerpen die in deze richtlijn behandeld worden, het gebruik van methadon en de methadonposten zelf. Uitspraken over de behandeling worden in desbetreffende paragraaf van dit hoofdstuk weergegeven.

Patiënten over methadongebruik en onthouding

De volgende opmerkingen betreffen de toediening en werkingsduur van methadon als medicijn.

De werking van de verschillende methadon toedieningsvormen verschilt volgens de patiënten; tabletten worden ervaren als de sterkst werkende vorm. Bovendien is de werkingsduur volgens patiënten het langst, zijn de bijwerkingen minder en kan men ze discreet meenemen. De doorzichtige/kleurloze drinkbare vorm daarentegen wordt het slechtst bevonden.

Methadon wordt gezien als een 'paardenmiddel' en veel patiënten noemen het onmogelijk om ervan af te komen. Het afkicken van methadon wordt met name als fysiek zwaar ervaren, erger dan andere middelen.

Patiënten vinden dat methadon geen opiaatvervanger is maar een medicijn waar je aan verslaafd raakt, waar ze afhankelijk van worden. Ze vinden het geen goede vervanger van heroïne want het werkt niet hetzelfde en de zogenaamde vervangende werking van methadon weegt haast niet op tegen de nadelen van het middel. Methadonbehandeling wordt door patiënten gezien als het eindpunt en niet als een nieuw begin.

Op sommige posten waren de verpleegkundigen geautoriseerd om te verhogen, op andere posten was echter een bezoek aan de arts verplicht. De wachttijd voor het verhogen werd daardoor aanzienlijk langer en patiënten beschreven dat ze vervolgens maar bij gebruikten.

Een vaak toegepaste vorm van zelf afkicken is dat eerst de dosis methadon zelf wordt verlaagd en aangevuld met andere opiaten, vervolgens telkens de methadon verlagen totdat men op nul staat. Ondertussen wordt heroïne bijgebruikt tegen de afkickverschijnselen. Nadat ze enkele dagen alleen heroïne hebben gebruikt bouwen ze dit langzaam af. De redenering is dat het makkelijker is af te kicken van heroïne dan van methadon.

Een tweetal aspecten die patiënten als steunend ervaren tijdens de afkickperiode zijn een alternatieve of een afgescheiden afhaalplaats van de niet afbouwende patiënten en groepsgesprekken met patiënten in hetzelfde traject, onder leiding van een ervaringsdeskundige.

Patiënten die voor langere tijd in detentie hebben gezeten en bij wie tijdens het verblijf hun dosering werd verlaagd of gestabiliseerd, speken de wens uit om vervolgens direct na detentie in een afkickkliniek opgenomen te kunnen worden. De afkick kan dan verder worden ingezet en begeleid. Dit lukt echter vaak niet omdat de wachttijden lang zijn; de aansluiting mislukt bijna altijd.

Patiënten over methadonposten

De volgende opmerkingen betreffen de plek waar de methadon uitgereikt wordt.

De komst naar de methadonpost wordt soms ook gebruikt om sociale contacten te onderhouden, een kop koffie te drinken en gezellig te kletsen.

Patiënten vinden het belangrijk dat een verstrekkingpunt goed bereikbaar is met eigen of openbaar vervoer. Als een verstrekkingpunt een grote regionale functie heeft balen vele patiënten ervan dat ze zo lang moeten reizen.

Daar staat tegenover dat ze niet graag medicatie komen ophalen op een te publieke plek.

'Ik zal je vertellen laatst kwam er een moeder naar me toe, toen ik mijn dochter van school ging halen en zij zei: 'Leuk dat je daar werkt, dan doe je tenminste nog wat goeds voor die verslaafden, echt goed'. Ze dacht gewoon dat ik daar werkte, nouuit die droom heb ik haar maar niet geholpen.'

Meestal vinden patiënten de verstrekkingruimte te klein, men staat te dicht op elkaar. Dit geeft spanningen en te weinig privacy. Sommige patiënten vonden de ruimte ronduit onhygiënisch.

Over de veiligheid in en rondom de verstrekkingpunten wordt het volgende genoemd: 'Er heerst vaak een dreigende en gespannen sfeer, patiënten hebben allemaal wel ervaringen met criminaliteit op de methadonpost. Er wordt veel dope aangeboden, de dealers lopen in en uit en patiënten worden gepest en getreiterd, vooral als ze aan het afbouwen zijn tussen andere patiënten die dit niet doen.'

Ze vinden dat een dergelijke manier niet echt werkt als je los wilt komen van dit milieu en pleiten voor twee verstrekkingen, één voor gemotiveerde patiënten en één voor patiënten die nog niet aan toe zijn aan een leven buiten de scene.

2.2 Het perspectief van de hulpverlener

In Nederland is een deel van de ongeveer 32.000 heroïneverslaafden te omschrijven als problematische gebruikers. Het gaat om een groep van 4.000 tot 5.000 chronische verslaafden, van wie een harde kern crimineel te noemen is (Resultaten Scoren, 2002). Het gaat hier over een groep verslaafden die overlast geeft door dealen, gebruiken en dak- en thuisloos is. Het is vooral deze groep chronische gebruikers die door zijn ernstige problemen bijna altijd een sociale handicap heeft en vaak onhandig gedrag vertoont dat ook nog eens wordt versterkt door zogenaamd verslavingsgedrag: het ontkennen van het eigen onacceptabele gedrag, liegen over het gebruik en anderen de schuld geven. Iedere hulpverlener in de verslavingszorg heeft te maken met dit verslavingsgedrag (Verbrugge en de Jong 1999). Morele veroordeling hiervan door de hulpverlener, bemoeilijkt nogal eens een professionele benadering van de verslaafde patiënt. Een veroordeling die kan uitmonden in een confrontatie gebaseerd op aannames zoals; gebrek aan motivatie bij patiënten, ontkenning van problemen door patiënten en de weerstand die zou bestaan tegen een behandeling. Juist deze benadering zorgt ervoor dat patiënten in gesprekken de hulpverlener bijna dwingen tot het nemen van snelle beslissingen, de verantwoordelijkheid van deze beslissingen altijd weer bij de hulpverlener weten neer te leggen en tenslotte de hulpverleners perfect tegen elkaar weten uit te spelen (Forrest, 2001; Meuser, 2003).

Een professionele benadering van chronisch verslaafde patiënten vergt een ombuiging van deze confronterende benadering naar een accepterende houding. Naast kennis over psychiatrie, middelen/middelengebruik en infectiepreventie moeten verpleegkundigen en artsen in de verslavingszorg kennis en kunde hebben van agressiereguleringstechnieken, eenduidige manieren van grenzen stellen aan verslavingsgedrag en motiverende gespreksvoering in de dagelijkse praktijk (Miller en Rollnick, 2005).

Patiënten vinden dat de hulpverleners op de methadonpost:

- > tijd moeten hebben voor de patiënt
- > interesse moeten hebben voor de patiënt

- > respectvol moeten zijn
- > deskundig moeten zijn
- > zich aan afspraken/beloftes moeten houden

2.3 De behandelingsrelatie

Patiënten hebben behoefte aan duidelijke informatie over de opiaatvervangende behandeling, de bedoeling ervan en de mogelijke resultaten en ook over de verschillende trajecten en de start en bijstelling van een behandeling.

De begeleiding en het medicatiebeleid worden vastgesteld op basis van de zorgvragen die de patiënt aangeeft en de zorgbehoefte die door de hulpverlener wordt vastgesteld. De doelen en afspraken die hieruit voortkomen geven verwachtingen bij de patiënt en bij de hulpverlener. Levenservaringen, ideeën over de mogelijke hulp en de mate van persoonlijk inzicht bepalen bij patiënten de inhoud van deze verwachtingen. Bij de hulpverlener is dit veelal het eigen idee van behulpzaam zijn en de wil om de groei en ontwikkeling van patiënt te vergroten. Deze verwachtingen kunnen dus uiteenlopen op basis van verschillende perspectieven. De patiënten zijn daarover heel duidelijk, zij stellen dat de hulpverlening in de verslavingszorg vaak vanuit een hulpverleners-/wetenschappelijk perspectief wordt bepaald.

Echter, een aantal verslaafde patiënten vindt het gebruik lekker en wil dit gebruik, indien dit mogelijk is, voortzetten. Hulpverleners hebben de neiging om te stellen dat patiënten moeten stoppen met het gebruik van middelen omdat dit de autonomie van iemand aantast waardoor men wel zegt het lekker te vinden maar eigenlijk niet voldoende meer kan oordelen.

Er zou veel meer informatie aangereikt moeten worden over andere behandelingen dan alleen methadon, zoals heroïneverstrekking, buprenorfine en naltrexon. Patiënten zouden uitvoeriger geïnformeerd moeten worden en in begrijpelijke taal over (bij)werking en de eventuele gevolgen.

Vooraf in de Amerikaanse literatuur (Bell, 2000; Lilly, 2000) is terug te vinden dat opiaatvervangende behandeling een medische en een sociale component heeft. Die laatste heeft vooral te maken met de interacties tussen hulpverleners en patiënten. Voor patiënten is de start van een goede behandelingsrelatie dat zij kunnen onderhandelen. Ook willen ze graag gehoord worden over alle ervaringen die zij hebben met hun verslavingsprobleem. Het betekent een verhoging van hun autonomie als zij ervaringen in kunnen brengen. Hulpverleners echter vinden deze onderhandeling vaak een verstoring van de begeleiding. Voor patiënten die een negatief zelfbeeld hebben, onmachtsgedvoelens kennen en goed zijn in het maskeren van demotivatie door kritiek te hebben op hulpverleners, betekent dit echter weer dat zij in een spanningsveld terecht komen. Aan de ene kant zijn zij bang om de methadon kwijt te raken en aan de andere kant zijn zij juist bang om hun motivatie te verliezen.

Patiënten ervaren grote verschillen in de mate waarin zij hun behandeling kunnen beïnvloeden, allen erkennen echter wel dat zij afhankelijk zijn van de hulpverleners en van de methadonverstrekking. Maar ze vinden ook dat zij wel degelijk een mate van inspraak hebben, vooral bij het verlagen van een dosering kan veel zelf bepaald worden.

In de communicatie op de methadonpost gaat van alles fout, doordat teamleden elkaar snel afwisselen, boodschappen op papiertjes aan elkaar doorgeven en gegevens niet in de computer invoeren of niet bijstellen als er iets is veranderd.

De patiënten spreken de wens uit voor één vaste begeleider die alle andere hulpverleners en hun activiteiten coördineert, men ervaart zichzelf niet als competent genoeg om de weg naar de verschillende hulpverleners en instanties te vinden.

Ze willen ook graag een begeleider die ze buiten de verstrekkingstijden om kunnen spreken zodat de privacy gewaarborgd is. Patiënten willen dan graag stilstaan bij hoe het ervoor staat met henzelf, welk traject ze ingaan, hoe het behandelingsplan eruitziet, de behaalde resultaten en welke andere mogelijkheden er zijn.

Ze hebben ook iemand nodig die hen moed inspreekt en laat zien waar ze het voor doen.

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

2.4 Patiëntprofielen

Een profiel is een karakterschets of een beschrijving van bepaalde eigenschappen, vaardigheden en kennis waaraan een groep patiënten voldoet. In de patiëntprofielen beschrijven we groepen harddrugverslaafde patiënten die voor wat betreft een aantal kenmerken op elkaar lijken. Een belangrijk kenmerk is bijvoorbeeld de mate van integratie in de maatschappij.

De voor de richtlijn ontwikkelde profielen en subprofielen zijn voortgekomen uit de Richtlijn Patiëntprofielen (Resultaten Scoren, 2003) die in een aantal regio's is toegepast op methadongebruikende populaties. De daaruit gekomen drie hoofdprofielen:

- 1) Scene mijders
- 2) Scene bezoekers
- 3) Scene bewoners.

Deze profielen zijn uitgewerkt op basis van de onderzoeksresultaten van Hoogenboezem (2004) over verhalen van (veelal drugsverslaafde) dak- en thuislozen. Hierdoor konden subprofielen aan de drie genoemde hoofdprofielen worden toegevoegd. Deze theoretische indeling is getoetst in de populatie van de eerste drie pilot posten, vervolgens aangepast en getest in de vier latere pilot posten. De profielen zijn gedurende de ontwikkeling en toetsing van de richtlijn in de dagelijkse praktijk gebruikt om op basis van verzamelde patiëntgegevens een start te kunnen maken met een behandelingsplan. De profielen zijn leidend geweest in de start en uitvoer van de zorg/begeleiding.

Een belangrijke functie van een profiel is het kunnen vaststellen van de zorgzwaarte en van daaruit de hulp bepalen. Door een grote en zeer diffuse groep onder te verdelen, door een aantal omschrijvingen van subgroepen te geven, worden handvatten gegeven voor de benadering. De profielen bieden een handvat voor de organisatie van de begeleiding en een handvat voor de invulling en organisatie van de medicatieverstrekking.

Voor de toekomst zijn de profielen (zeker de drie hoofdprofielen) te gebruiken voor het omschrijven van bepaalde patiëntengroepen binnen een instelling, zodat de samenstelling (verschillende functieomschrijvingen) en fte's (aantal uren werkzaam) verpleegkundigen, artsen en andere hulpverleners in een team van te voren kunnen worden bepaald. Voor deze vertaalslag naar de praktijk is een handleiding gemaakt (Bijlage 9 bij hoofdstuk 3).

De profielen hebben face-value, dat betekent dat verdere empirische onderbouwing noodzakelijk is. Op basis van de gegevens op alle levensgebieden die bij een individuele patiënt worden verzameld door een screening/intake, is het mogelijk om via de handleiding een patiënt in te delen in één van de drie hoofdprofielen. Deze hoofdprofielen zullen snel herkend worden waardoor duidelijk wordt hoe ernstig de verslaving in het dagelijkse leven van de patiënt is doorgedrongen. De verfijning naar subprofielen is niet altijd even makkelijk, in de dagelijkse praktijk moet de hulpverlener altijd een vertaalslag naar de 'echte' patiënt maken. Indien een switch tussen de theorie en de praktijk niet goed wordt gemaakt ontstaat het gevaar van starheid en 'hokjes denken'. Een profiel is altijd een hulpmiddel en nooit een doel op zich. De patiënt is het uitgangspunt en het profiel dient hierin mee te bewegen. Het is de kunst van iedere hulpverlener om met creatief denken en onderhandelen met de patiënt te komen tot een kwalitatief goede hulpverlening. Hulpverleners die de tijd nemen voor de patiënt en in staat zijn mee te denken in de situatie van de patiënt zijn in staat om de profielen op de juiste wijze te interpreteren en toe te passen in de dagelijkse praktijk. Daarnaast raden de ontwikkelaars van de RIOB af om de profielen te snel en te gestandaardiseerd in te voeren in bijvoorbeeld indicatiestellingprocedures. De empirische validering van de profielen moet immers nog worden verricht.

2.5 Allochtonen en vluchtelingen in de verslavingszorg

Ze moeten zichzelf maar redden - verslaafde asielzoekers. Toch is er een aantoonbaar verband tussen het jarenlange wachten, de verveling en het grijpen naar middelen. 'Een hijs, en je vliegt bij je negatieve beschikking vandaan.'

De Groene Amsterdammer van 1-12-99

In deze paragraaf wordt allochtone patiënten nader belicht. Door de komst van asielzoekers en vluchtelingen naar Nederland is de groep allochtonen qua diversiteit fors toegenomen. Onder allochtonen werden tot voor kort met name mensen afkomstig uit Suriname, de Nederlandse Antillen, Marokko en Turkije verstaan. We kunnen stellen dat voor alle allochtone verslaafden geldt dat zij de weg naar de reguliere verslavingszorg nauwelijks weten te vinden (Burgers, 2005). Als ze al op het spoor gezet zijn, dan ontspoord hun behandeling te vaak voortijdig ('drop-out') (Tjaden, 2004; Trimbos Instituut, 2005). Zowel voor de intramurale als de ambulante verslavingszorg geldt deze achterstand in de toegang tot zorg (Burgers, 2005). Zijn ze wel eenmaal in zorg gekomen, dan zien we een hoge uitval in beide behandelingsvormen (Tjaden, 2004).

Mogelijke verklaringen voor ondergebruik van de zorg zijn de onbekendheid van veel allochtonen met deze hulpverlening of het ongunstige beeld dat aanwezig is. Bij de nieuwere allochtonen speelt een taalbarrière een rol. Voorts geven sommige allochtonen aan moeite te hebben zich bloot te geven en dat ze zich schamen en bang zijn dat alles wat zij zeggen zal worden doorverteld. Ook de slechte ervaringen van 'peers' en het onvermogen of de moeite met het formuleren van de hulpvraag worden genoemd.

Ook in de verslavingszorginstellingen zelf kunnen verklaringen worden gevonden. Het gebrek aan aansluiting tussen de (witte) hulpverlening en allochtone cliënten is er één van (Tjaden, 2004). De onvoldoende aandacht voor een cultuursensitief aanbod voor zowel preventieve als curatieve activiteiten speelt een rol (Harmsen en Loogman, 2003) evenals de ondervertegenwoordiging van allochtone hulpverleners in de verslavingszorg. Cijfermateriaal over aansluiting aan verschillende etnische groepen in de wetenschappelijke literatuur is schaars.

Wie?

Er bestaan verschillende definities voor allochtonen. Het CBS hanteert sinds 1999 de volgende definities; alle personen die zelf in het buitenland geboren zijn of van wie ten minste één ouder in het buitenland geboren is (eerste generatie). Alle personen die zelf in Nederland zijn geboren, maar van wie ten minste één ouder in het buitenland geboren is (tweede generatie). Asielzoekers en vluchtelingen zijn dus per definitie allochtoon. Datzelfde geldt voor mensen die illegaal in Nederland verblijven. Een illegaal kenmerkt zich over het algemeen door het niet opgemerkt *willen* worden.

Allochtonen worden nog verder ingedeeld in 'westerse'- (Europa zonder Turkije, Noord-Amerika, Oceanië, Japan en Indonesië) en niet-westerse allochtonen (Turkije, alle landen in Afrika, Azië en Latijns Amerika). Deze verdere indeling is onder meer ingegeven door verschillen in de sociaal-economische -en culturele positie.

In het manifest 'Interculturalisatie van de GGZ in de XXI^e eeuw' wordt geconstateerd dat de hulpverlening aan allochtone patiënten in de GGZ nog tekortschiet (Dijk van e.a., 2000). Tegelijkertijd wordt gewaarschuwd voor de nadruk op 'het allochtoon-zijn'. Allochtoon betekent immers alleen dat men van niet-Nederlandse herkomst is. Allochtonen bestaan dus uit zeer verschillende groepen mensen. Een belangrijk gegeven is echter de economische, sociale en culturele marginalisatie van de *meerderheid* der allochtonen. Het is met name bij deze meerderheid dat de hulpverlening vaak gebrekkig verloopt.

Vaardigheden

Om de bedoelde groepen allochtonen goed van dienst te kunnen zijn, moet de hulpverlener zich op de eerste plaats enkele algemene vaardigheden eigen maken. Hiervoor verwijzen wij naar het boek van Wolfers en Van der Kwaak (2004).

Naast het ontwikkelen van vaardigheden door de -veelal autochtone- hulpverleners, kan ook het in dienst nemen van allochtone hulpverleners positief werken. De patiëntengroep herkent zich hierdoor meer in de instelling en de allochtone hulpverleners kunnen hun collega's informeren over gebruiken en gewoonten, maar ook over de betekenis van 'allochtoon-zijn' in deze samenleving.

Taal en tolk

Ook autochtone patiënten begrijpen het taalgebruik van de hulpverleners regelmatig niet.

Eén van de mogelijkheden om de verbale communicatie te verbeteren is het werken met een tolk. Hiermee kan dat deel van de allochtonen die de hulpverlener niet begrijpt mogelijk iets worden geholpen. Iets, omdat het zeer belangrijk is om uit te zoeken of 'niet begrijpen' veroorzaakt wordt door de gebrekkige kennis van de Nederlandse taal of te wijten valt aan het niet op elkaars golflengte zitten. Dus niet begrijpen wat bedoeld wordt, omdat de instelling, het jargon en de handelingen onbekend zijn. Wanneer dit laatste het geval is, zal de hulpverlener moeten investeren in uitleg over de instelling, de rol van de hulpverlener, de mogelijke behandeling, etc. Een beroepsgroep die op andere terreinen reeds haar effectiviteit heeft bewezen is de zogenaamde VETC-er, wat staat voor Voorlichter Eigen Taal en Cultuur. Zij kennen de cultuur van een bepaalde bevolkingsgroep en hebben een gedegen scholing ontvangen op het gebied van de werking van de Nederlandse gezondheidszorg (Enting, 2005).

Als slechts taalbarrières geslecht dienen te worden kan in Nederland gebruik gemaakt worden van een uniek verschijnsel; de tolkentelefoon (zie bijlage 2 voor telefoonnummers). Na het bellen van deze landelijke centrale heeft men binnen enkele minuten een tolk in de gewenste taal aan de lijn. Ook een tolk in persoon behoort tot de mogelijkheden. Hiervoor dient van tevoren een reservering gemaakt te worden. Het bellen van de centrale dient door de hulpverlener gedaan te worden, en dus niet door de cliënt zelf of door zijn verwijzer. Voor de voorzorgsmaatregelen die nodig zijn om problemen met het werken met tolken te voorkomen, verwijzen wij naar Rohlof (2004).

2.6 Vrouwen in de verslavingszorg

In deze richtlijn worden vrouwen als speciale doelgroep besproken, ze vormen 20 tot 30% (ongeveer 3400 personen) van de groep opiaat verslaafden. Een groot aantal verslaafde vrouwen komt in de prostitutie terecht. In de volgende paragraaf besteden we aandacht aan de specifieke problemen die hiermee gemoeid zijn. Hierna noemen we enkele aandachtspunten voor hulpverlening aan zwangere vrouwen en vrouwen met kleine kinderen. Medicamenteuze aspecten komen aan de orde in hoofdstuk 4. Vanwege de complexe problematiek, denk bijvoorbeeld aan machtsongelijkheden, en de beperkte mogelijkheden in deze richtlijn om hierop in te gaan, raden we aan om de handboeken voor seksespecifieke hulpverlening te gebruiken.

Prostitutie en drugsverslaving

Thuijls e.a. (2000) schrijven dat ongeveer 75 tot 80% van de drugsverslaafde vrouwen zichzelf prostitueren om geld te kunnen verdienen voor de dope. Dat betekent dat we in Nederland te maken hebben met zo'n 2.550 verslaafde prostituees.

De wereld van de prostitutie is een sterk gedifferentieerde markt die voorziet in uiteenlopende seksuele vragen. Noorda (2005) stelt dat drugsverslaafde straatprostituees niet altijd om hulp vragen, ook al hebben zij deze hulp wel nodig. Er zijn momenten dat deze vrouwen onbereikbaar zijn voor de hulpverlening omdat zij veel gebruiken, haastig leven en bijna schuw zijn in contacten met anderen. Specifieke klachten die voortkomen uit het werken als prostituee zijn lichamelijke klachten zoals hoofdpijn, eetproblemen, hyperventilatie en klachten die voortkomen uit SOA's (Seksueel Overdraagbare Aandoeningen) (Altink, 1991; Baker e.a., 2004; Spear, 2004). Emotionele klachten zijn; spanningen en zenuwachtigheid, depressiviteit, agressiviteit, wantrouwen, schuld, angst. Hoe langer men als prostituee werkt en hoe vaker men geweld meemaakt hoe erger de lichamelijke en psychische klachten worden. Geweld zoals gedwongen worden tot prostitutie en verkrachtingen komt vaak voor. Daarnaast spelen problemen op het gebied van de intieme relatie met partners. De werkomstandigheden en arbeidsverhoudingen brengen ook problemen met zich mee, er zijn geen uniforme regels over hygiëne en een veilige werksfeer en geen uniforme normen die de gezagsverhoudingen vast leggen. De dwang van exploitanten en pooiers is groot en ongelimiteerd aanwezig.

Het is vooral de maatschappelijke stigmatisering van mannen en vrouwen die als sekswerker hun brood verdienen die voor een dubbel leven zorgt. Het isolement wordt ernstig vergroot doordat zij gedwongen worden hun werk los te koppelen van hun verdere leven dat zij leiden. Dit zorgt ervoor dat sekswerkers een marginale positie innemen in de maatschappij en in de hulpverleningswereld, ook in de verslavingszorg. Drugsverslaafden hebben vanwege hun verslaving en levenswijze bovendien al een negatief stigma dat door het werken als prostituee alleen maar wordt verstrekt. De feitelijke onmacht is groot en de onmiddellijke steun in hun directe omgeving is vaak gering. De aandacht moet tijdens een intake/triage en tijdens de behandeling/begeleiding, naast verslavingsproblematiek ook uitgaan naar deze voor prostituees belangrijke onderwerpen.

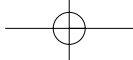
Vrouwen in de opiaatvervangende behandeling

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

- > Medische begeleiding bij zwangerschap zoals veranderend medicatiebeleid tijdens de zwangerschap (zie hiervoor hoofdstuk 4), gezondheidsproblemen die voortkomen uit het werken in de prostitutie.
- > Aandacht voor de ontwikkeling van het ongeboren kind en de mogelijkheden van de aanstaande ouders (moeder) om voor het kind te kunnen zorgen; zie hiervoor de instellingspro-

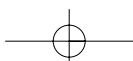
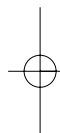
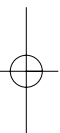
tocollen KVO (Kinderen van Verslaafde Ouders) en bestaande opvoedingsondersteunende interventies voor hulpverleners in de verslavingszorg.

- > De organisatie van het ophalen van de medicatie: afstemmen van de ophaaltijden met de school- en vakantietijden van de kinderen, afstemmen op de onregelmatige werktijden van prostituees.
- > Seksespecifieke begeleiding die onder andere gericht is op de leefomstandigheden en persoonlijke mogelijkheden die vrouwen hebben, zoals een ondersteunend netwerk.
- > Bij prostitutie moet deze begeleiding in nauwe samenwerking met de hulpverleners van de diverse huiskamerprojecten voor straatprostituees worden opgezet.



Bijlagen bij hoofdstuk 2

1. Patiëntprofielen in de methadonverstrekking in Nederland
2. Tolk en Vertaal Centrum Nederland



Bijlage 1

Profiel 1	Kenmerken verslaving en verslavingsgedrag	Subprofiel 1.1	Algemene kenmerken subprofiel 1.1	Kenmerken hulpverlening
<p>Scene mijders</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Komt alleen om drugs te kopen en om methadon af te halen bij reguliere instelling — Relatief laag gebruik drugs, probeert regelmatig af te kicken en/of te minderen — Goede gezondheidstoestand — Scoort laag op overlastindicatoren zoals criminaliteit (geweld en bedreiging), openbare orde (annexatie openbare ruimte) en audiovisueel (verloedering en onaangepast en hinderlijk gedrag) — Heeft contact met familie en niet-gebruikende vrienden — Heeft eigen woonruimte 	<p style="text-align: center;">Uitstromer</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Zijn in staat om een constante verhaallijn over hun leven te geven — Heeft een positieve identiteit over zichzelf — Heeft een stevige verankerde toekomstoriëntatie — Weet rechten en plichten van zichzelf t.o.v. anderen — Heeft een grote mate van inzicht en zekere coöperatie met hulpverlening — Reïntegratie kansen zijn aanwezig — Heeft een zekere mate van afhankelijkheid gecombineerd met een eigen agenda (duidelijke doelen en einde aan de hulp) 	<p>Doel hulpverlening moet zijn: patiënt buiten de scene houden met minimale contacten met hulpverlening</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ In toekomst een apotheekverstreking voor de medicatie, bij instelling eens per week opening polikliniek ■ Begeleiding indien gewenst op reïntegratie en actief gericht op ontgiftiging/clean worden: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> in niet-gebruikende omgeving <input type="checkbox"/> in sociale netwerken <input type="checkbox"/> in onderwijs <input type="checkbox"/> in gezondheidszorg <p>Door medicatieverstreking minimaal twee maal per jaar contact met de verslavingsarts en (verpleegkundig) eerste hulpverlener</p>

Profiel 1	Kenmerken verslaving en verslavingsgedrag	Subprofiel 1.2	Algemene kenmerken subprofiel 1.2	Kenmerken hulpverlening
<p>Scene mijders</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Komt alleen om drugs te kopen en om methadon af te halen bij reguliere instelling — Relatief laag gebruik drugs, probeert regelmatig af te kicken en/of te minderen — Goede gezondheidstoestand — Scoort laag op overlastindicatoren zoals criminaliteit (geweld en bedreiging), openbare orde (annexatie openbare ruimte) en audiovisueel (verloedering en onaangepast en hinderlijk gedrag) — Heeft contact met familie en niet-gebruikende vrienden — Heeft eigen woonruimte 	<p style="text-align: center;">Zorgmijder uit eigen keuze</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Zelfredzaamheid is het uitgangspunt (soms vanuit negatieve ervaringen) — Heeft veel inzicht in hoe alles werkt — Heeft een positieve identiteit — Redt zich goed 	<p>Doel hulpverlening moet zijn: patiënt buiten de scene houden met minimale contacten met hulpverlening</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ In toekomst een apotheekverstreking voor de medicatie, bij instelling eens per week opening polikliniek ■ Begeleiding indien gewenst op reïntegratie en actief gericht op ontgifting/clean worden: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> in niet-gebruikende omgeving <input type="checkbox"/> in sociale netwerken <input type="checkbox"/> in onderwijs <input type="checkbox"/> in gezondheidszorg <p>Door medicatieverstreking minimaal twee maal per jaar contact met de verslavingsarts en (verpleegkundig) eerste hulpverlener</p>

Profiel 2	Kenmerken verslaving en verslavingsgedrag	Subprofiel 2.1	Algemene kenmerken subprofiel 2.1	Kenmerken hulpverlening
<p>Scene bezoekers</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Komt om te kopen en te gebruiken in het openbaar en methadon af te halen (bij reguliere instelling) — Heeft redelijke controle over het gebruik — Heeft wel een eigen woning maar onderhoudt sociale contacten in de scene — Laag heroïne en hoog cocaïne gebruik — Heeft meestal de opleiding niet afgemaakt — Geen tot weinig dagvulling behalve scoren van de dope — Heeft inkomen/uitkering, soms met uitkeringsbeheer met kleine extra verdiensten — Heeft openstaande boetes/overlast aanwezig 	<p style="text-align: center;">Instellingsdakloze</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Heeft een zekere afhankelijkheid van de hulpverlening en een wisselende mate van inzicht — Laat zich sturen door de hulpverlener — Schikt zich makkelijk in hulpverleningsarrangementen — Houdt zich aan de regels — Stelt geen eisen die buiten scope instelling vallen — Is in staat motivatie en initiatief te tonen — Hoe minder inzicht in structuur, hoe meer hulpverlenerstaal: hoe meer inzicht, hoe minder hulpverlenerstaalgebruik 	<p>Doel hulpverlening moet zijn: patiënt zo min mogelijk in de drugscene laten blijven</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Reguliere contacten via de medicatieverstreking en intensieve hulpverlening: drang om viciuze cirkel te doorbreken ■ Medicatieverstreking drie maal per week of via de eerste hulpverlener op locatie/thuisituatie <ul style="list-style-type: none"> □ controle krijgen en houden over het gebruik □ mogelijkheden ontwikkelen om zich te kunnen distantiëren van de scene □ stimuleren tot een dagvulling □ terugvalpreventie

Profiel 2	Kenmerken verslaving en verslavingsgedrag	Subprofiel 2.2	Algemene kenmerken subprofiel 2.2	Kenmerken hulpverlening
<p>Scene bezoekers</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Komt om te kopen en te gebruiken in het openbaar en methadon af te halen (bij reguliere instelling) — Heeft redelijke controle over het gebruik — Heeft wel een eigen woning maar onderhoudt sociale contacten in de scene — Laag heroïne en hoog cocaïne gebruik — Heeft meestal de opleiding niet afgemaakt — Geen tot weinig dagvulling behalve scoren van de dope — Heeft inkomen/uitkering, soms met uitkeringsbeheer met kleine extra verdiensten — Heeft openstaande boetes/overlast aanwezig 	<p style="text-align: center;">Zorgzoeker: cynici</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Situeert zich als slachtoffer van de maatschappij en hulpverlening — Heeft een marginale identiteit t.a.v. verslaving — Heeft veel kritiek op maar maakt veel gebruik van hulp — Wil en verwacht veel van de hulp — Heeft vaak eenzaamheidsproblemen na een afkick periode — Weet wel waar wat is te vinden en hoe contacten te leggen — Heeft een eigen agenda — Kan niet goed onderhandelen 	<p>Doel hulpverlening moet zijn: patiënt zo min mogelijk in de drugscene laten blijven</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Reguliere contacten via de medicatieverstreking en intensieve hulpverlening: drang om viciuze cirkel te doorbreken ■ Medicatieverstreking drie maal per week of via de eerste hulpverlening op locatie/thuisituatie <ul style="list-style-type: none"> □ controle krijgen en houden over het gebruik □ mogelijkheden ontwikkelen om zich te kunnen distantiëren van de scene □ stimuleren tot een dagvulling □ terugvalpreventie

Profiel 3	Kenmerken verslaving en verslavingsgedrag	Subprofiel 3.2	Algemene kenmerken subprofiel 3.2	Kenmerken hulpverlening
<p>Scene bewoner</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Gebruikt dagelijks veel en van alles: koop en gebruikt in de scene (is afhankelijk van de scene), methadon op de zwarte markt — Heeft lichamelijke klachten; uitputting en ondergewicht — Heeft psychische klachten; trauma's in eerder leven — Vaak sprake van algehele verwaarlozing (gebit, lichamelijke zorg en zelfverzorging) en geen vermogen om hier iets aan te doen — Geen of weinig contacten met familie en niet gebruikende vrienden — Weinig contacten met de hulpverlening — Vaak geen werk of geen intentie om werk te zoeken — Woont en leeft in de scene, heeft alle contacten daar en vaak geen woonruimte — Verwerft inkomen in de scene, heeft geen uitkering en is niet verzekerd 	<p>Zorgmijder: zorgwekkende</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Heeft een onvermogen om toekomstplannen te maken en te funderen — Is niet in staat om positieve identiteiten te construeren — Kan geen eenduidig verhaal over eigen leven te maken — Heeft geen grip op structuren om zich heen — Kan geen gebruik maken van de hulpverlening — Het marginaliseren cumuleert 	<p>Doel van de hulpverlening moet zijn: beperking van de overlast en hulp bij acute en chronische psychische, somatische en sociale problemen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bemoediging die is ingebed in de basiszorgvoorzieningen zoals Methadonpost, Dagcentrum, Nachtopvang en gebruikersruimte. Met een actieve benadering waarbij de hulpverlener zich niet richt op de eigen verantwoordelijkheid van de verslaafde patiënt maar zich richt op het insluiten in de hulpverlening en zo de gevolgen van gedrag probeert te verduidelijken ■ Medicatieverstrekking dagelijks op locatie, via de post of door outreachende hulp <ul style="list-style-type: none"> □ outreachende intensieve praktische hulp inclusief medicatieverstrekking; zorg op maat □ groepsgericht begeleid wonen, gezonde sociale contacten en regelmatig leven □ werkprojecten, structuur in dagelijkse leven □ nachtopvang

Profiel 3	Kenmerken verslaving en verslavingsgedrag	Subprofiel 3.2	Algemene kenmerken subprofiel 3.2	Kenmerken hulpverlening
<p>Scene bewoner</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Gebruikt dagelijks veel en van alles: koop en gebruikt in de scene (is afhankelijk van de scene), methadon op de zwarte markt — Heeft lichamelijke klachten; uitputting en ondergewicht — Heeft psychische klachten; trauma's in eerder leven — Vaak sprake van algehele verwaarlozing (gebit, lichamelijke zorg en zelfverzorging) en geen vermogen om hier iets aan te doen — Geen of weinig contacten met familie en niet gebruikende vrienden — Weinig contacten met de hulpverlening — Vaak geen werk of geen intentie om werk te zoeken — Woont en leeft in de scene, heeft alle contacten daar en vaak geen woonruimte — Verwerft inkomen in de scene, heeft geen uitkering en is niet verzekerd 	<p>Zorgmijder: zorgwekkende</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Heeft een onvermogen om toekomstplannen te maken en te funderen — Is niet in staat om positieve identiteiten te construeren — Kan geen eenduidig verhaal over eigen leven te maken — Heeft geen grip op structuren om zich heen — Kan geen gebruik maken van de hulpverlening — Het marginaliseren cumuleert 	<p>Doel van de hulpverlening moet zijn: beperking van de overlast en hulp bij acute en chronische psychische, somatische en sociale problemen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bemoediging die is ingebed in de basiszorgvoorzieningen zoals Methadonpost, Dagcentrum, Nachtopvang en gebruikersruimte. Met een actieve benadering waarbij de hulpverlener zich niet richt op de eigen verantwoordelijkheid van de verslaafde patiënt maar zich richt op het insluiten in de hulpverlening en zo de gevolgen van gedrag probeert te verduidelijken ■ Medicatieverstrekking dagelijks op locatie, via de post of door outreachende hulp <ul style="list-style-type: none"> □ outreachende intensieve praktische hulp inclusief medicatieverstrekking; zorg op maat □ groepsgericht begeleid wonen, gezonde sociale contacten en regelmatig leven □ werkprojecten, structuur in dagelijkse leven □ nachtopvang

Bijlage 2

Tolk en Vertaal Centrum Nederland (TVCN)

Telefonische tolkdienst

U kunt een telefonische tolkdienst van tevoren reserveren, maar dat hoeft niet. Hebt u een ad-hoc tolkopdracht voor een gangbare taal, dan verbindt TVCN u binnen gemiddeld twee minuten door met een telefonische tolk. Directe tolkhulp (074) 255 52 33; Tolken reserveren (074) 255 52 22.

Persoonlijke tolkdienst

Dit kan een individueel gesprek zijn, maar ook een vergadering, consult, voorlichtingsdag, spreekuur of groot evenement.

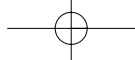
Gespecialiseerde tolk

U kunt TVCN ook vragen om een gespecialiseerde tolk bijvoorbeeld voor een therapeutisch gesprek Reserveringen: 074-2555222

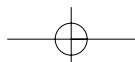
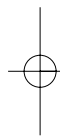
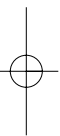
Directe tolkhulp (ad hoc): 074-2555233

(telefonische tolk is altijd gratis en kan zonder reserveren)

Voor vragen (klantwijzer): 030-2913525



Hoofdstuk 3 Gegevensverzameling, zorgtoewijzing en behandelingsplan



Inleiding

In dit hoofdstuk wordt uitgebreid stilgestaan bij de multidisciplinaire gegevensverzameling die nodig is om te komen tot juiste indicatiestelling, zorgtoewijzing en een behandelingsplan. Deze gegevensverzameling dient altijd uitgevoerd te worden met betrouwbare en valide instrumenten.

Dit hoofdstuk is als volgt ingedeeld: eerst komen algemene zaken aan de orde, zoals voor welke patiënten dit geldt en de te nemen stappen. Hierna wordt ingegaan op de taken voor verpleegkundigen (paragraaf 3.2) en die van artsen (paragraaf 3.3) bij de gegevensverzameling. Vervolgens wordt besproken hoe er via een multidisciplinair overleg wordt gekomen tot een juiste zorgtoewijzing en behandelingsplan (paragraaf 3.4). Artsen en verpleegkundigen vormen het behandelingsteam opiaatonderhoudsbehandeling.

3.1 Taken en verrichtingen voor arts en verpleegkundige bij het starten van de hulpverlening: de gegevensverzameling

De informatie over patiënten wordt op verschillende manieren vergaard:

- > Door de verpleegkundige, met behulp van een intake-instrument.
- > Door een intake door de (verslavings-) arts.
- > Door bij het vermoeden van psychiatrische problematiek (hoge prevalentie in deze groep!), cognitieve problemen of verstandelijke beperkingen, op dit gebied eerst meer informatie te verzamelen. Bij voorkeur door experts op betreffend terrein, zoals een SPV of psychiater.
- > Door contact van de verpleegkundige met andere hulpverleners, aangevuld door acties van de arts of door dossieronderzoek, hiervoor is toestemming van de patiënt een vereiste (bijlage 5).

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

Elke instelling gebruikt bij de informatieverzameling verschillende instrumenten en volgt hierin verschillende processen. Deze voordeurprocedure wordt meestal door een apart team uitgevoerd. De hier beschreven procedures moeten in elke instelling afgestemd worden op de geldende procedures rond intake, triage en indicatiestelling. In deze richtlijn zijn twee processen te herkennen;

1. de voordeurprocedure
2. de hernieuwde intake bij een 'oude' groep patiënten

Ad. 1. Nieuwe aanmeldingen

Bij een zorgtoewijzing volgens de normale voordeurprocedure hebben de verpleegkundigen die in de ambulante verslavingszorg werkzaam zijn geen directe taken. De meeste opiaatverslaafde patiënten komen echter niet volgens de normale procedure in zorg. Voor hen is de officiële manier van werken vaak te ingewikkeld en traag, terwijl snel handelen essentieel is. Voor deze patiënten wordt voorgesteld de bestaande voordeurprocedure te versnellen met behulp van de hulpverleners op een methadonpost die direct na aanmelding de informatieverzameling zelf ter hand nemen.

Indien een patiënt zich na aanmelding en intake bij de voordeur meldt bij een methadonpost, verrichten verpleegkundigen en arts verdiepende diagnostiek (gegevensverzameling en vaststellen van problemen), voortgaand op wat reeds bekend is.

De wet (WGBO) geeft geen indicatie wat betreft wachttijd vanaf de eerste contacten van de patiënt met de instelling (het inschrijven) tot aan de invulling van het begeleidingsplan (zowel de medicatie als de begeleidingsmodule). Echter op basis van kwaliteitseisen die zijn gebaseerd op professioneel inhoudelijke criteria kan worden gesteld dat er maximaal 6 weken de tijd kan worden genomen voor alle stappen.

De tijd die mag verstrijken tussen het gesprek met de verpleegkundige/de arts en de dag dat de eerste dosis wordt uitgereikt mag niet langer zijn dan maximaal 7 dagen. De dosering van de opiaatonderhoudsmedicatie kan alleen worden vastgesteld en uitgedeeld indien de patiënt zowel een verpleegkundige als een arts heeft gesproken.

Ad. 2. Inhaalslag

Het verdient aanbeveling voor alle patiënten die nu in zorg zijn en opiaatonderhoudsmedicatie krijgen zonder een volledig behandelingsplan (begeleidingsmodule en medicatiemodule), opnieuw gegevensverzameling af te nemen zodat beide modules ingevuld kunnen worden. In deze procedure hebben de verpleegkundigen belangrijke taken te verrichten. Zij kennen deze patiënten al, omdat deze al voor een bepaalde tijd een dosering methadon via hen uitgereikt krijgen en vaak andere zorg en begeleiding via de methadonverstrekking ontvangen zonder dat deze voldoende is ingebed in een behandelingsplan. Effectevaluatie kan daarom dan onvoldoende plaatsvinden.

De gegevensverzameling bestaat uit een methodische werkwijze en omvat het vaststellen van:

- > probleemgebieden in het leven van de patiënt
- > aanknopingspunten voor verandering bij de patiënt
- > de richting van de begeleiding en het doel van de begeleiding
- > de noodzakelijke interventies op korte en op lange termijn
- > de werkplannen die door verschillende andere hulpverleners moeten worden uitgevoerd

evaluaties
Voor de continuïteit en kwaliteit van de zorg is het van belang dat er een eerste hulpverlener wordt aangewezen die de methodische werkwijze uitvoert.

Stappenplan

De gegevensverzameling is in te delen in drie belangrijke stappen:

- > Intake en verdieping door gegevensverzameling
- > Afstemming begeleiding in het 1^{ste} multidisciplinair overleg (MDO)
- > Vaststelling en uitvoer van het behandelingsplan

Onderdelen	Activiteiten
Intake en gegevensverzameling	Leggen van een werkrelatie met de patiënt, gegevensverzameling en eerste aanzet probleemverkenning
1 ^{ste} MultiDisciplinair Overleg (MDO)	vaststelling probleemgebieden, hulpaanbod en 1 ^{ste} hulpverlener
Behandelingsplan opmaken	Invullen, opmaken van een behandelingsplan

Hierna volgen de zorgverlening, evaluatie van het behandelingsplan en, op basis hiervan, het bijstellen. Zie bijlage 2 voor alle te nemen stappen.

3.2 Verpleegkundige gegevensverzameling

De eerste stap in de gegevensverzameling wordt gezet door een verpleegkundige en vindt plaats in de vorm van een intakegesprek met behulp van een intake-instrument (zie voor toestemmingsformulier voor het opvragen van informatie bij derden bijlage 5).

Deze verpleegkundige anamnese heeft twee doelen namelijk triage (het snel vaststellen van de zorgzwaarte bij een verslaafde patiënt) en het doen van een verdiepende diagnostiek en van daaruit vaststellen van de problemen op alle levensgebieden van de patiënt. In bijlage 3 is een aantal vragen te vinden die als verdiepende diagnostische vragen bij elk intake-instrument gebruikt kan worden. Deze vragen zijn specifiek ontwikkeld voor de verdiepende diagnostiek van de patiëntenpopulatie.

Anamnese

Na kennismaking met de patiënt en uitleg over doelstelling van de verpleegkundige intake wordt door de verpleegkundige, met behulp van het in de instelling gebruikelijke intake-instrument, het volgende geïnventariseerd:

- > De algemene gegevens van de patiënt
- > Het middelengebruik
- > De mate van afhankelijkheid en misbruik van de belangrijkste probleemstof (o.a. door een urinecontrole op het gebruik van heroïne, cocaïne, cannabis, benzodiazepinen)
- > De functies van het gebruik
- > Behandelingshistorie binnen de verslaving
- > Huidige somatische en psychiatrische medicatie
- > Het psychisch functioneren
- > Het lichamenlijk functioneren
- > De sociale situatie met betrekking tot justitie
- > De sociale situatie met betrekking tot wonen arbeid en financiën
- > De sociale situatie met betrekking tot sociale steun en positie in het netwerk
- > Activiteiten en participatie en hulp en ondersteuning hierbij

Onderzoek

Bij een nieuwe patiënt of een patiënt die een aantal maanden uit het programma is geweest wordt altijd een urinecontrole verricht door de verpleegkundige ten behoeve van toxicologisch onderzoek: controle vindt plaats op opiaten, cocaïne, benzodiazepinen en cannabis.

3.3 Geneeskundig onderzoek

De arts neemt kennis van de rapportage van de verpleegkundige intake waarin de verpleegkundige een algemene toestand van de patiënt beschrijft en aangeeft aan welke gezondheidsaspecten de arts extra aandacht moet geven. Na kennismaking met de patiënt en uitleg over doelstelling van de geneeskundige intake, verzamelt de arts informatie over en zet zijn specifieke deskundigheid in op de volgende terreinen:

1. **Somatiek:** opiaatverslaafde patiënten vertonen een scala aan mogelijke somatische stoornissen (Todts, 2003). De somatische gegevensverzameling is gerelateerd aan verslaving en eventuele aanvragen voor verdiepende diagnostiek. De gegevensverzameling is onderverdeeld in anamnese, lichamenlijk onderzoek en aanvullend onderzoek. Zie hiervoor bijlage 6.
2. **Medicatie en de doseringen:** beslissingen omtrent opiaatonderhoudsmedicatie, psychofar-

maca. Tijdens de geneeskundige intake bespreekt de arts de doelen van de opiaatvervangende medicatie vanuit de patiënt. De opiaatvervangende medicatie dient een van de drie volgende doelen: detoxificatie, stabilisatie of palliatie¹.

3. **Psychiatrische diagnostiek:** (en eventuele doorverwijzing naar psychiater)
In de verpleegkundige intake is op basis van een aantal vragen en observatie items een vermoeden van aanwezigheid van psychiatrische problematiek te destilleren. Op basis van deze gegevens komt het verzoek bij de arts voor verdere diagnostiek. De (verslavings) arts hoeft derhalve geen nieuwe psychiatrische gegevensverzameling te starten maar deze haakt aan bij de uitkomsten van de vorige stap in de intake.
4. **Overkoepelend advies:** advies eendoordeel in het kader van de medische eindverantwoordelijkheid.

De aanvullende diagnostiek die op indicatie van de arts wordt aangevraagd (het laboratorium onderzoek) kan omvatten:

- > ALAT
- > Albumine
- > GammaGT
- > Creatinine
- > HBS Ag.
- > HCV
- > HIV

Dit kan worden uitgebreid met onderzoek naar schildklierfuncties, CDT, ASAT Alkalische Fosfatase, zwangerschapstest, etc.

Aangeraden wordt dit in ieder geval te doen bij patiënten met aanhoudende koorts, vermoeidheid en alcoholgebruik. Bij vrouwen met een laatste menstruatie van langer dan vijf weken geleden moet een zwangerschapstest worden aangeboden.

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

De arts vermeldt de bevindingen in een kort verslag, zie hiervoor bijlage 7.

3.4. Het multidisciplinair overleg en het opstellen van het behandelingsplan

Het multidisciplinair overleg (MDO) vindt regelmatig plaats. Per patiënt is minimaal 30 minuten tijd ingeroosterd. Elke patiënt moet minimaal één maal per zes maanden geëvalueerd worden in deze bespreking, of zoveel vaker als noodzakelijk is. De frequentie en duur van een dergelijk overleg is afhankelijk van het aantal patiënten en de zorgwaarte van de groep.

Het MDO wordt in elk geval bijgewoond door de verpleegkundige en de arts en, indien aanwezig in het team, de SPV. Op basis van instellingsprocedures en de zorgwaarte of zorgbehoefte van een patiënt kan dit overleg worden uitgebreid met medewerkers van de afdelingen basiszorg, arbeid en scholing, schuldsanering, justitiële verslavingszorg, 'voordeur'/indicatiestelling, een eindverantwoordelijk behandelcoördinator en externe deskundigen. Ook kan de patiënt zelf gevraagd worden bij het MDO waarin hij/zij besproken wordt aanwezig te zijn. De procedures binnen dit overleg moeten van tevoren goed met een patiënt worden doorgesproken.

¹Voor de omschrijving van deze doelen zie hoofdstuk 1, p.1..

In het eerste multidisciplinair overleg moet rondom de patiënt een aantal onderwerpen aan de orde komen. Namelijk de gegevensverzameling, probleeminventarisatie, werkhypothese, doelen, begeleidingsmodule, medicatiemodule en de behandelings-overeenkomst. Zie voor uitwerking hiervan bijlage 8.

Op basis van alle verzamelde informatie maakt de verpleegkundige vooraf een verslag voor het multidisciplinair overleg. Indien aanwezig wordt informatie van andere disciplines, zoals SPV en psychiater, hierin opgenomen.

Het verslag bevat:

- > een probleeminventarisatie van alle levensgebieden;
- > een voorlopige indeling in een patiëntenprofiel;
- > een voorstel voor een begeleidingsmodule;
- > een voorstel voor een medicatiemodule;
- > een voorstel voor een eerste hulpverlener;
- > de wensen van de patiënt.

Indien de patiënt bij het MDO aanwezig is, kan deze akkoord geven op de bovengenoemde zaken die samen de behandelovereenkomst vormen. Indien de patiënt niet aanwezig is bij het MDO dan onderhandelt de eerste hulpverlener met de patiënt en stellen zij samen de behandelovereenkomst vast. De eerste hulpverlener rapporteert hierover terug aan het MDO.

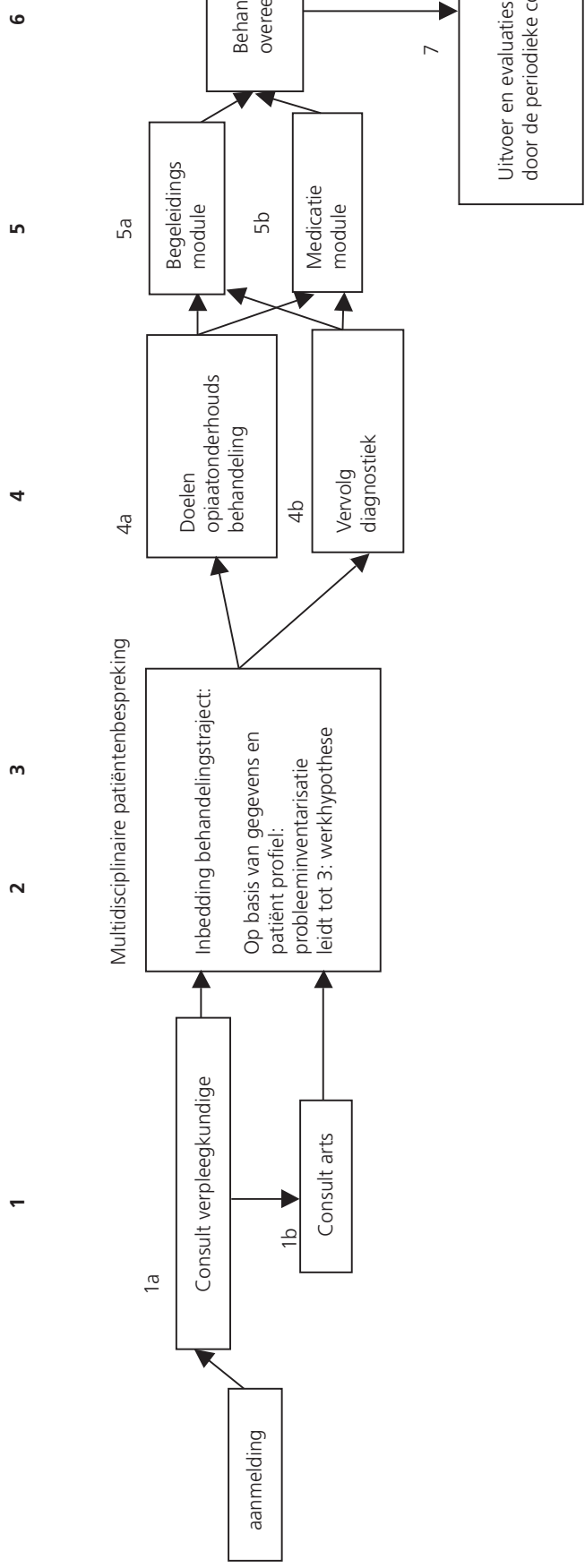
In Hoofdstuk 2 zijn de verschillende patiëntprofielen beschreven. Het op basis van gegevens indelen van een individuele verslaafde patiënt in deze profielen, heeft als voordeel dat snel kan worden gezien voor welke soort hulp iemand in aanmerking zou moeten komen. Deze algemene omschrijving van een hulpaanbod moet uiteraard nog worden vertaald in een individueel plan van aanpak. Op basis van de gegevensverzameling van zowel de verpleegkundige als de arts kan een patiënt in een profiel worden geplaatst.

Bijlagen bij hoofdstuk 3

Gegevensverzameling, zorgtoewijzing en behandelingsplan

1. Stroomschema gegevensverzameling, zorgtoewijzing en behandelingsplan
2. Procedure gegevensverzameling
3. Verdiepende diagnostische vragen
4. Toestemmingsverklaring Informatie Derden
5. Overdracht van verpleegkundige gegevensverzameling naar arts
6. Voorbeeld van een geneeskundige anamnese
7. Overdracht van geneeskundige anamnese naar verpleegkundige en MDO
8. MDO en behandelingsplan
9. Patiëntprofielen
10. Taken in de uitvoering van de zorg door verpleegkundigen van het behandelingssteam
11. Evaluatiegesprekken, door verpleegkundige en door arts
12. Informatiefolder voor patiënten
13. Juridische kaders; de WGBO
14. Functionele zelfstandige bevoegdheden van verpleegkundigen volgens de wet BIG en de Wet op de Geneesmiddelen Voorziening

Bijlage 1



Bijlage 2

Procedure gegevensverzameling en invulling behandelingsplan

De gegevensverzameling moet leiden tot een drietal doelen:

- > een indicatiestelling voor één van de patiëntprofielen met daarin een medicatiemodule en een begeleidingsmodule
- > het opmaken van een behandelingsplan, samen met de patiënt
- > een zeker herstel van het contact met de patiënt en behoud hiervan door patiëntgerichte zorg op maat.

Belangrijke stappen van gegevensverzameling tot behandelingsovereenkomst, door verpleegkundige en arts van het MMT team

- a) Informeren patiënt
- b) Afgeven en mondeling toelichten van patiëntenfolder (bijlage 12)
- c) Plannen van intake bij verpleegkundige
- d) Vergaren van informatie over deze patiënt bij andere bronnen, zoals dossier, eventuele andere betrokken hulpverleners (bijlage 3; toestemmingsformulier aanvragen informatie bij derden)
- e) Uitvoeren van de intake met een gevalideerd instrument, plus verdiepende vragen, ontwikkeld voor deze patiëntengroep (bijlage 3)
- f) Zo nodig (bij vermoeden dubbele diagnostiek) plannen van afname van een psychiatrisch diagnostisch instrument (bijvoorbeeld de MINI)
- g) Afnemen van dit instrument
- h) Schrijven van verslag voor overdracht aan de arts (bijlage 5)
- i) Bevindingen verwerken in elektronisch dossier²
- j) Plannen van afspraak bij de arts
- k) Arts neemt verslag van de verpleegkundige door
- l) Afnemen van geneeskundige anamnese door arts (bijlage 6)
- m) Verslaglegging door arts ten behoeve van overdracht aan verpleegkundige en MDO (bijlage 7)
- n) Bijwonen van het MDO door verpleegkundige en arts (bijlage 8)
- o) Inbrengen van patiënt door verpleegkundige die intake heeft gedaan
- p) M.b.v. patiëntprofielen het profiel en daarbij behorende zorg bepalen (bijlage 9)
- q) Eerste hulpverlener vaststellen
- r) Vaststellen overige taken
- s) Vaststellen evaluatiemomenten en onderwerpen.
- t) Schrijven van behandelingsplan (met medicatiemodule en begeleidingsmodule) door eerste hulpverlener (bijlage 8)
- u) Overeenstemming bereiken met patiënt over behandelingsplan
- v) Overeenstemming vastleggen in behandelingsovereenkomst

²Voor effectieve en efficiënte uitvoer is het noodzakelijk dat de verpleegkundigen die de intake afnemen, de patiënt inbrengen in het MDO en vaak ook begeleidingstaken op zich nemen, autorisatie krijgen om in de relevante onderdelen van het elektronisch patiëntendossier te werken.

Bijlage 3

Verdiepende diagnostische vragen

Algemene informatie

Fysieke setting

Aanwezig

Sfeer

Algemene indruk van patiënt

Verslaving

Voorgescreven psychische/verslavingsmedicatie

- > Door persoon ervaren effect: werkt het middel ja/nee

Pijnbeleving (bij het afkicken)

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

Gebruik

- > Waar gebruikt de patiënt?
- > Op welke momenten gebruikt de patiënt?

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

- > Visuele functies ja/nee
- > Hoorfuncties ja/nee
- > Smaak ja/nee
- > Reuk ja/nee
- > Tast ja/nee
- > Pijngewaarwording ja/nee

Financiering gebruik

- > Hoe bekostigt de patiënt het gebruik?
- > Koopt patiënt drugs, methadon of andere medicatie bij op de zwarte markt? ja/nee

- Prostitutie
- > Verdient de patiënt het geld voor de drugs met het zich prostitueren? ja/nee
 - > Zo ja, condoomgebruik? ja/nee

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

Psychische functioneren

Is er een vermoeden op stoornissen in:

- > Vasthouden van aandacht: het in staat zijn om de concentratie gedurende de vereiste tijdsduur vol te houden ja/nee
- > Korte termijn geheugen: inprenten ja/nee
- > Lange termijn geheugen: vergeetachtigheid ja/nee
- > Beoordelingsvermogen: het onderscheiden en het beoordelen van verschillende opties, zoals relevant bij het zich vormen van een mening ja/nee
- > PSA (waaronder ADHD) ja/nee

Lichamelijke anamnese

Eerdere opnames en/of behandeling i.v.m. lichamelijke gezondheid: waar en wanneer?

Huidige opnames en/of behandeling i.v.m. lichamelijke gezondheid: is er afstemming met deze behandeling geregeld?

Huidig medicatiegebruik

Zijn er stoornissen in: deïficatie, urine, zweten en menstruatie?

- > Fecale consistentie ja/nee
- > Fecale frequentie ja/nee
- > Frequentie urinelozing ja/nee

Andere functies van huid: zweetsecretie ja/nee

Regelmaat menstruele cyclus ja/nee/nvt

Slaapstoornissen

- > Inslapen ja/nee
- > Doorslapen ja/nee
- > Slaap, anders (dagnachtritme) ja/nee

- Bijzonderheden:
- 1) Zwangerschap
 - > Gebruik voorbehoedsmiddelen ja/nee
 - > Zwanger ja/nee
 - > Zwanger geweest de afgelopen 5 jaren ja/nee
 - > Aantal kinderen ...
 - > Miskraam (oorzaak)
 - > Abortus (reden)

- 2) Hulpmiddelen
 - Brildragend en/of lenzen: sterkte
 - Gehoorapparaat
 - Gebitsprothese
 - Andere prothesen

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

- Lichamelijk onderzoek door verpleegkundige
- > Gewicht
 - > Lengte
 - > Bloeddruk (zittend)
 - > Systolisch
 - > Diastolisch

Justitie/Politie/Wet

In verleden contacten met politie en justitie?

Redenen:

- > Overlast op straat
 - > Stelen
 - > Gewelddelict
 - > Bedreigingen
 - > Anders
- Hoe afgehandeld?

Zijn er nu contacten met politie/justitie?: waarom

- > Wat zijn de te nemen stappen hierin?
- Zijn er contacten met de reclassering?: contactpersoon
- Zijn er contacten met de justitiële verslavingszorg?: contactpersoon

Scholing

Opleidingen: afgemaakt/niet afgemaakt met reden erbij

Arbeid

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

Dagstructuur

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

Inkomen

- > Uitkering
- > Schulden
- > Begeleiding bij financiën

Wonen

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

Contacten

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

Bijlage 4

Toestemmingsverklaring Informatie Derden

Naam patiënt:
 Geboortedatum:
 Elektronisch dossiernummer:

Geachte mevrouw / heer,

Om u goede en verantwoorde zorg te kunnen bieden, hebben wij aanvullende informatie nodig van eerdere behandelingen die u heeft gehad. Wij mogen deze informatie niet zonder uw toestemming opvragen.

Het gaat om:
 medische gegevens
 psychologische gegevens
 sociale gegevens
 strafrechtelijke gegevens
 overig, namelijk:

Deze informatie is beschikbaar bij: (naam instelling en evt. contactpersoon)

.....
 (in te vullen door hulpverlener)

A. Ik geef [naam instelling] toestemming om **informatie op te vragen** bij de bovengenoemde instelling met het bovengestelde doel.

JA / NEE

Handtekening patiënt:

Plaats en datum:

Toelichting voor de hulpverlener bij Toestemmingsverklaring Informatie Derden

- > Patiënt vult voor elke persoon of instelling een aparte verklaring in
- > Een verklaring kan betrekking hebben op meerdere categorieën van gegevens
- > Bewaar kopieën in het dossier van de patiënt
- > Een kopie moet overeenstemmen met het origineel.

Bijlage 5

Overdracht van verpleegkundige gegevensverzameling naar arts

1. Verslaving en middelengebruik
 - > Welke middelen, welke vormen grootste probleem
 - > Mate van afhankelijkheid en misbruik
 - > Aanvullingen: fysiek en psychisch functioneren bij gebruik, financiering en manier van gebruik (van belang wanneer er sprake is van risicovol gedrag als prostitutie of injecteren van drugs)
 - > Behandelhistorie gericht op verslaving
2. Psychisch functioneren
 - > Problemen? Welke en mate waarin.
 - > Persoonlijkheid
 - > Mini afgenomen? Zo ja, bevindingen hieruit
3. Lichamelijk functioneren
 - > Behandelhistorie gericht op fysieke problemen
 - > Huidige lichamelijke gezondheid
4. Sociale situatie: justitie/politie
 - > Problemen op dit terrein in verleden
 - > Huidige contacten/problemen met politie of justitie
5. Sociale situatie: scholing/arbeid/dagstructuur/inkomen/wonen
 - > Beschrijving opleiding en arbeidsverleden
 - > Beschrijving dagstructuur
 - > Beschrijving inkomen en woonomstandigheden
6. Sociale situatie: familie/netwerk
 - > Beschrijving huidige netwerk (wie, gebruikers, contact met familie)
 - > Hulpbehoefte op dit terrein
7. Lopende zaken rondom de patiënt
 - > Welke zorg krijgt de patiënt nu, van wie?
 - > Welke afspraken lopen er
8. Hulpvraag
 - > Wat is de hulpvraag van de patiënt
 - > Wat is het behandelvoorstel van de verpleegkundige

Bijlage 6

Voorbeeld van een geneeskundige anamnese

Aanvullende anamnese

- 1) Actuele klachten mogelijk in relatie tot gebruik, zoals:
Hoesten/ophoesten, haemoptoe, pijn borstholte, ademnood
Vermoeidheid, misselijk/braken, spierpijn, 'lage koorts', eetlustvermindering
Perifeer oedeem
Rectaal bloedverlies, buikpijn
Hevig transpireren
- 2) Ongelukken in relatie tot gebruik:
Ongelukken:
Hoofdwonden:
Overdosis:
- 3) Verslavingsgeschiedenis
Verslavingsgeschiedenis (ook van ouders en andere familieleden)
Huidige stand van zaken rondom verslaving
Medische geschiedenis (opnames en contacten hierover met huisarts)
Medicatie (zie intake verpleegkundige)

Algemeen geneeskundig lichamelijk onderzoek

Algemene indruk
Wel/niet ziek
Wel/niet ontweningsverschijnselen
Wel/niet onder invloed

Leeftijd:	oud / jong / conform
Zelfverzorging:	goed/matig/slecht
Transpiratie:	droog/normaal/overmatig
Lengte:	
Gewicht:	
RR:	
Pols:	
Temperatuur:	
BMR:	
CVD:	
Anemie:	
Cyanosis:	
Icterisch	
Dyspnoe:	
Oedeem:	

Lymfomen:

Huid

Turgor:	goed/matig/slecht		
Spuittittekens:	ja/nee	locatie
(Brand)wonden:	ja/nee	locatie
Krabplekken:	ja/nee	locatie
Hematomen:	ja/nee	locatie
Tatoeages:	ja/nee	locatie
Spider naevi:	ja/nee	locatie

Hoofd/Hals

Ogen:

Conjunctivae:
Sclerae:
Pupilmootte:	L: miosis/mydriasis R: miosis/mydriasis

Neus:

Perforatie neusseptum: ja/nee

Mond:

Mondhygiëne
Cariës letsel
Gebit
Tong
Pharynx/tonsillen
Mondwand (speekselproductie)

Schildklier:

Thorax

Vorm:

Longen

Longoedeem:	ja/nee
Bronchospasmen/astma ('cracklung'):	ja/nee

Hart

Mammae	
Gynaecomastie:	ja/nee

Abdomen

Lever:

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

Maag/darmen

Buikwand (venetekening):

Nieren:

Anus/vulva/penis/scrotum/liezen

Inspectie

Rectaal toucher

Vaginaal toucher

Bloedvaten

Veneus stelsel:
Arterieel stelsel:

Extremiteten

Oedeem: ja/nee
Artritis: ja/nee

Wervelkolom

Vorm:
Beweeglijkheid:

Neurologisch onderzoek

Algemeen: Bewustzijn/ oriëntatie:
Sprak:

Ogen:

Pupillen: vorm:
Reactie op licht:
Volgbeweging nystagmus: ja/nee

Motoriek:

Onwillekeurige bewegingen/tremoren ja/nee
Extrapiramidale stoornissen ja/nee
Hakkenloop:
Tenenloop:
Looppatroon:

Reflexen

KPR Biceps
APR Triceps
Voetzoolreflex:
Pseudobulbairreflexen:
Perifere neuropathie/Gevoelloosheid: ja/nee

Sensibiliteit

Tastzin: vibratiezin
Bewegingsgevoel: punt/kop discriminatie

Coördinatie

Top-neusproef:
Knie-hakproef:
Koorddanseresproef:
Diadochokinese:
Romberg:

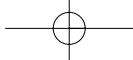
Psychiatrische onderzoek*Inschatting van:*

- > Bewustzijn
- > Aandacht
- > Oriëntatie
- > Geheugen

- > Denken: vorm en inhoud
- > Waarneming
- > Stemming/Affect
- > Psychomotoriek
- > Ziektebesef – en inzicht
- > Suïcidaliteit en Homocidaliteit
- > Delirium

Algemene indruk van:

- > Verzorging
- > Intelligentie
- > Angst



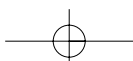
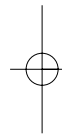
Bijlage 7

Overdracht van geneeskundige anamnese naar verpleegkundige en MDO

Van belang is de aanvulling op de gegevens die reeds door de verpleegkundige zijn verzameld. Het gaat nu specifiek om de uitkomsten van het algemeen lichamelijk onderzoek, het neurologisch en psychiatrisch onderzoek en de algemene indruk die de arts heeft over de patiënt. Op basis van bovenstaande onderwerpen zal de arts verdere aanvragen voor laboratorium- of diagnostisch onderzoek motiveren en (indien reeds voorhanden) uitslagen melden.

Een tweede onderdeel van de overdracht bestaat uit het behandelingsplan zoals de arts deze voorstelt, met name de medicatiemodule, met daarin:

- > Doel van de medicatieverstrekking
- > Dosering
- > Verstrekkingvorm
- > Andere medicatie (middel, dosering, reden, etc.)
- > Evaluatieplan (wanneer, hoe, door wie)



Bijlage 8

MDO EN BEHANDELINGSPLAN

In de eerste multidisciplinair overleg komen rondom de patiënt de volgende onderwerpen aan de orde.

- 1) De **gegevensverzameling**
 - > Uitkomsten intake verpleegkundige(n) (inclusief alle opgevraagde informatie elders)
 - > Uitkomsten intake arts (inclusief alle opgevraagde informatie elders)

- 2) Eerste conclusies **probleeminventarisatie**
 - > Is vervolgdagnostiek noodzakelijk en zo ja door wie en wanneer uit te voeren
 - > Welke problemen spelen op welke levensgebieden
 - > Zijn er relaties tussen de problemen in diverse levensgebieden te vinden
 - > In welk profiel is de patiënt in te delen
 - > Welke mogelijke doelen op korte termijn
 - > Welke mogelijke doelen op lange termijn

- 3) De **begeleidingsmodule**

Beantwoord de volgende vragen:

 - > Wie moet de 1^{ste} hulpverlener van de patiënt worden, wanneer is het definitieve plan af en doorgesproken/afgestemd met de patiënt
 - > Wat is het doel van de begeleiding
 - > Welke interventies zijn op korte en lange termijn noodzakelijk
 - > Wie gaat welke werkplannen uitwerken en uitvoeren.
 - > Wanneer is de eerste evaluatie/terugkoppeling

- 4) De **medicatiemodule**

Beantwoord de volgende vragen:

 - 4.1 Welke opiaatvervangende medicatie is het meest geschikt voor de patiënt:
 - > Welk doel heeft de medicatieverstrekking
 - > Welke dosis is het meest geschikt (instelling ter voorkomen van afkickverschijnselen en daarna instelling op voorkomen van craving)
 - > Monitoring van de effecten: welke, hoe en door wie
 - > Welke verstrekkingvorm
 - > UC's: waarop en wanneer en welke sancties bij positieve uitslagen
 - 4.2 Welke andere medicatie is noodzakelijk:
 - > Welk middel
 - > Dosering/ frequentie inname
 - > Reden waarom
 - > Doel
 - > Door wie verstrekt
 - > Monitoring effecten: welke, hoe en door wie

Bijlage 9

Patiëntprofielen

Indeling in een patiëntprofiel

Als de gegevensverzameling is afgerond is het mogelijk om de patiënt in te delen in patiëntprofielen. Deze maken duidelijk welke medicatie en welke begeleidingsvorm het beste passen bij de gevonden problemen en sterke kanten van deze patiënt. Let erop dat je de hier-en-nu situatie van de patiënt centraal stelt (de gegevens niet verder interpreteren dan 6 maanden terug).

Het is soms moeilijk om een patiënt in een profiel te plaatsen, omdat niet alle gegevens over deze persoon direct naar één omschrijving leiden. Het is wel van belang om als hulpverlener goed vast te leggen waarom een patiënt niet past en welk profiel misschien wel van toepassing zou kunnen zijn. Het kan best zo zijn dat hier en daar een patiënt in verschillende profielen past. Het is belangrijk dat je als hulpverlener een keuze maakt die het beste past.

Probeer het onderliggende stappenplan zo letterlijk mogelijk te volgen en kijk goed wat de uitkomsten van elke fase zijn.

- 1) De eerste stap van een indeling: keuze maken voor scene mijder, bezoeker of bewoner
Kijk goed of de patiënt de volgende kenmerken heeft en vul ja/nee in. Vervolgens is het mogelijk om met deze hoofdcategorie in je achterhoofd te kijken of de patiënt verder onder te verdelen is in 1 van de subprofielen.

Profiel 1: scene mijder

Scoring/patiënt kenmerk	Ja	Nee	N.v.t.
Komt alleen om drugs te kopen en om methadon af te halen bij reguliere instelling			
Heeft een relatief laag gebruik drugs, probeert regelmatig af te kicken en/of te minderen			
Heeft een goede gezondheidstoestand			
Scoort laag op overlastindicatoren zoals criminaliteit (geweld en bedreiging), openbare orde (annexatie openbare ruimte) en audiovisueel (verloedering en onaangepast en hinderlijk gedrag)			
Heeft contact met familie en niet-gebruikende vrienden			
Heeft eigen woonruimte			
1. Scene mijder?			

- > Indien nee gescoord ga dan naar: profiel 2
- > Indien ja gescoord dan is het tijd om verder te kijken naar een subprofiel. Als de patiënt een mijder kan worden genoemd ga dan naar de twee onderstaande subprofielen

Subprofiel: uitstromer

Scoring/patiënt kenmerk	Ja	Nee	N.v.t.
Is in staat om een constante verhaallijn over hun leven te geven			
Heeft een positieve identiteit over zichzelf			
Heeft een stevige verankerde toekomstoriëntatie			
Weet rechten en plichten van zichzelf t.o.v. anderen			
Heeft een grote mate van inzicht en zekere coöperatie met hulpverlening			
Reïntegratie kansen zijn aanwezig			
Combineert een zekere mate van afhankelijkheid met een eigen agenda (duidelijke doelen en einde aan de hulp)			
1.1 Uitstromer?			

- > Indien nee ga dan naar het volgende subprofiel

Subprofiel: zorgmijder uit eigen keuze

Scoring/patiënt kenmerk	Ja	Nee	N.v.t.
Zijn/haar uitgangspunt is zelfredzaamheid (soms vanuit negatieve ervaringen)			
Heeft veel inzicht in hoe alles werkt			
Heeft een positieve identiteit			
Redt zich goed			
1.2 Zorgmijder uit eigen keuze?			

- > Indien de patiënt wel als scene mijder gezien zou kunnen worden maar niet in 1 van de 2 subprofielen valt, is het verstandig om hier een discussie met collega's over te starten en vast te leggen welke dilemma's je hierin tegenkomt en welke oplossingen je hebt gekozen

- 2) Indien nee gescoord op het vorige hoofdprofiel, kijk dan of de patiënt een scene bezoeker is.

Profiel 2: scene bezoeker

Scoring/patiënt kenmerk	Ja	Nee	N.v.t.
Komt om te kopen en te gebruiken in het openbaar en methadon af te halen (bij reguliere instelling)			
Heeft een redelijke controle over het gebruik			
Heeft wel een eigen woning maar onderhoudt sociale contacten in de scene			
Heeft een laag heroïne en hoog cocaïne gebruik			
Heeft de opleiding niet afgemaakt			
Heeft geen tot weinig dagvulling behalve scoren van de dope			
Heeft inkomen/uitkering, soms met uitkeringsbeheer met kleine extra verdiensten			
Heeft openstaande boetes/veroorzaakt overlast			
2. Scene bezoeker?			

- > Indien nee gescoord ga dan naar: profiel 3.
- > Indien ja gescoord dan is het tijd om verder te kijken naar een subprofiel. Als de patiënt een bezoeker kan worden genoemd ga dan naar de twee onderstaande subprofielen.

Subprofiel: instellingsdakloze

Scoring/patiënt kenmerk	Ja	Nee	N.v.t.
Heeft een zekere afhankelijkheid van hulpverlening en wisselende mate van inzicht			
Laat zich sturen door de hulpverlener			
Stelt geen eisen die buiten scope instelling vallen			
Is in staat motivatie en initiatief te tonen			
Heeft hoe minder inzicht in structuur, hoe meer hulpverlenerstaal. En hoe meer inzicht, hoe minder taalgebruik			
2.1 Instellingsdakloze?			

- > Indien nee, ga dan door naar het volgende subprofiel

Subprofiel: cynische zorgzoeker

Scoring/patiënt kenmerk	Ja	Nee	N.v.t.
Situeert zich als slachtoffer van de maatschappij en hulpverlening			
Heeft een marginale identiteit t.a.v. verslaving			
Heeft veel kritiek op maar maakt veel gebruik van hulp, wil en verwacht veel van de hulp			
Heeft vaak eenzaamheidsproblemen na een afkick periode			
Weet wel waar wat is te vinden en hoe contacten te leggen			
Heeft een eigen agenda			
Kan niet goed onderhandelen			
2.2 Cynische zorgzoeker?			

- > Indien de patiënt wel als scene bezoeker gezien zou kunnen worden maar niet in 1 van de 2 subprofielen valt, is het verstandig om hier een discussie met collega's te starten en vast te leggen welke dilemma's je hierin tegenkomt en welke oplossingen je hebt gekozen

- 3) Als de patiënt niet aan de twee vorige hoofdprofielen voldoet kijk dan naar het derde hoofdprofiel en check of je de patiënt hierin herkent.

Profiel 3: scene bewoner

Scoring/patiënt kenmerk	Ja	Nee	N.v.t.
Gebruikt dagelijks veel en van alles: koop en gebruikt in de scene (is afhankelijk van de scene), methadon op de zwarte markt			
Heeft lichamelijke klachten; uitputting en ondergewicht			
Heeft psychische klachten; trauma's			
Er is sprake van complete verwaarlozing (gebit, lichamelijke zorg en zelfverzorging) en geen vermogen om hier iets aan te doen			
Heeft geen of weinig contacten met familie en niet gebruikende vrienden			
Heeft weinig contacten met de hulpverlening			
Verwerft inkomen in de scene, heeft geen uitkering en is niet verzekerd			
Heeft geen werk en geen intentie om werk te zoeken			
Woont en leeft in de scene, heeft alle contacten daar en vaak geen woonruimte			
3. Scene bewoner?			

- > Indien ja gescoord dan is het tijd om verder te kijken naar de subprofielen
- > Indien nee gescoord treed dan in overleg met collega's om de hele procedure nog eens na te lopen en leg de uitkomsten hiervan vast voor de evaluatie. Beantwoord de volgende vragen hierbij:
 - > Waar past de patiënt het beste in?
 - > Indien nergens, geeft dan aan hoe de patiënt op basis van je screeningsuitkomsten het beste getypeerd zou kunnen worden

Subprofiel: zorgwekkende zorgzoeker

Scoring/patiënt kenmerk	Ja	Nee	N.v.t.
Heeft een sterke afhankelijkheid en volledig afwezig inzicht			
Heeft geen agenda bij contacten met hulp			
Kan geen doelen/uitgangspunten expliciet maken			
Beseft niet dat hij/zij als patiënt zich een bepaalde opstelling eigen moet maken			
Kan in interacties met hulpverlening onmogelijk tot onderhandeling komen over doelen, wensen of problemen			
Heeft grote kans op uitval			
Heeft geen inzicht in eigen situatie			
Is moeilijk tot reflectie te komen			
Cyclus hulpvragen, opname en uitsluiting herhaalt eindeloos: frustratie patiënt en hulpverlener			
3.1 Zorgwekkende zorgzoeker?			

Subprofiel: zorgwekkende zorgmijder

Scoring/patiënt kenmerk	Ja	Nee	N.v.t.
Heeft een onvermogen om toekomstplannen te maken en te funderen			
Is niet in staat om positieve identiteiten te construeren			
Kan geen eenduidig verhaal over eigen leven maken			
Heeft geen grip op structuren om hem/haar heen			
Kan geen gebruik maken van de hulpverlening			
Het marginaliseren cumuleert			
3.2 Zorgwekkende zorgmijder?			

Bijlage 10

Taken in de uitvoering van de zorg door verpleegkundigen van het behandelingsteam

We maken onderscheid in uitvoeren van de zorg aan de balie, meestal omschreven in de medicatiemodule en de begeleiding (begeleidingsmodule)

Medicatiemodule

Psychosociale activiteiten

- > Doorgeven van informatie vanuit hulpverlening naar patiënt of vise versa.
 - > Optreden als 'scheidsrechter' onder meer bij sancties
- GVO activiteiten
- > Sputomruil
 - > Verstrekking condooms
 - > Bijhouden voorlichtingsmateriaal
 - > Motiveren patiënt tot deelneming TBC screening
 - > Motivering tot deelname aan hepatitis projecten
 - > Geven van voorlichting over: veilig spuiten, condoomgebruik, werking en veilig gebruik drugs, anticonceptie, voeding en eetgewoonte.
- Verpleeg-technisch handelen
- > Instellen en monitoren dosering van medicatie
 - > Verstrekken van medicatie
 - > Geven van injecties
 - > Afnemen en administreren van UC
 - > Wondverzorging
 - > Controleren vitale levensfuncties
 - > Afname zwangerschapstest

Niet-patiëntgebonden taken in de medicatiemodule zijn:

- > Zorg van directe omgeving van de verstrekkingruimte
- > Overdracht en overleg met directe collega's
- > Telefonisch contact met externe collega's, patiënten, relaties en verwijzers van patiënten
- > Apotheekbestelling
- > Bestelling overige materialen
- > Voorbereiding artsenspreekuur; maken van afspraak en overdracht aan arts
- > Verwijzen van patiënt naar externe instanties, maken van afspraak
- > Voorbereiden patiëntbesprekingen
- > Monitoren patiënt en vastleggen van bijzonderheden
- > Rapportage patiëntgegevens
- > Voorbereiden en bijwonen van werkoverleg en andere relevante vergaderingen

Begeleidingsmodule

- > Zowel patiëntgebonden als niet patiëntgebonden verrichtingen zoals deze per patiënt staan uitgewerkt in de begeleidingsmodule
- > De eerste hulpverlener voert coördinerende taken uit en delegeert overige taken aan anderen
- > De eerste hulpverlener bereid de verslaglegging over de patiënt voor en brengt de patiënt in in het MDO voor evaluatie
- > De eerste hulpverlener heeft telefonische en face to face contacten met de patiënt en zijn/haar netwerk
- > De eerste hulpverlener legt huisbezoeken af aan de patiënt, ontmoet de patiënt in zijn/haar leefomgeving
- > De eerste hulpverlener heeft telefonische en face to face contacten met andere hulpverleners binnen en buiten de instelling
- > De eerste hulpverlener geeft consultatie aan andere hulpverleners binnen en buiten de instelling

Bijlage 11

Evaluatiegesprekken door verpleegkundige en door arts

Verpleegkundige

Tijdens een evaluatiegesprek dient het behandelingsplan en –overeenkomst als leidraad. Hierin staan voor de verpleegkundige de volgende relevante onderwerpen beschreven:

Begeleidingsmodule

De richting en het doel van de begeleiding; moeten deze worden aangepast, hoe en waarom? Interventies die moeten worden uitgevoerd en door wie; zijn deze uitgevoerd (waarom niet), met het gewenste resultaat?

Medicatiemodule

Dosering en doel methadon; monitoren effecten en zo nodig doorsturen naar arts voor aanpassing dosering. De signalen van de patiënt zijn hierin leidend. De dosering kan verder geëvalueerd worden met behulp van de SOS, OOS en VAS (zie bijlagen bij hoofdstuk 4),

UC moet uitgevoerd worden op de manier zoals dit in de medicatiemodule omschreven staat; waarop en consequenties.

Algemene indruk

Naast bovenstaande evaluaties moet er een verslag gemaakt worden met daarin de algemene indruk van de patiënt. Wanneer de verpleegkundige problemen vermoedt, of als de patiënt dit aangeeft, moet verdere gegevensverzameling gedaan worden. Hiervoor kan (een deel uit) het intake instrument gebruikt worden.

Arts

Tijdens het evaluatieconsult onderzoekt de arts of er op de volgende onderwerpen sprake is van relevante veranderingen:

Klachten in relatie tot gebruik (ziekte, ongelukken)

Algemeen functioneren (fysiek)

Neurologische problemen

Psychiatrische problemen

Hiervoor kan de voorbeeldanamnese gebruikt worden (bijlage..)

Ook voor de arts dient het behandelingsplan als belangrijke leidraad. Relevante onderwerpen voor de arts hieruit zijn:

Begeleidingsmodule

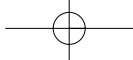
De richting en het doel van de begeleiding; moeten deze worden aangepast, hoe en waarom? Interventies die uitgevoerd moesten worden door arts; zijn deze uitgevoerd (waarom niet), met het gewenste resultaat?

Medicatiemodule

Zijn er veranderingen in de doelen van de verstrekking?

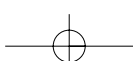
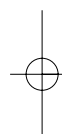
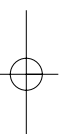
Krijgt de patiënt meest optimale dosering en de meest optimale toedieningsvorm (naast opmerkingen van patiënt en professioneel inzicht arts geeft het verslag van de verpleegkundige hierover informatie)?

Indien de arts ook verantwoordelijk is voor andere medicatie van deze patiënt, moeten deze ook geëvalueerd worden (juiste middel, dosering, indicatie).



MDO

Van beide evaluaties, door arts en verpleegkundige, wordt verslag gedaan in het MDO. Opnieuw geldt het behandelingsplan als leidraad, waarbij elk onderdeel geëvalueerd wordt.



Bijlage 12

Informatiefolder voor patiënten

Voorbeeld foldertekst informatie intakeprocedure voor patiënten die al in behandeling zijn

Informatiefolder voor alle (nieuwe) deelnemers aan een methadonbehandeling

Inleiding

Via deze folder willen wij u informeren over de methadonbehandeling die u al enige tijd via de instelling aangeboden krijgt. De afgelopen twee jaar zijn binnen de ambulante methadonverstrekking steeds vaker geluiden te horen dat er het een en ander moet gaan veranderen. Het Landelijk Steunpunt Drugsgebruikers (LSD) heeft de meningen van methadongebruikende patiënten onderzocht. Het onderzoek laat zien dat patiënten over allerlei onderwerpen verre van tevreden zijn. Ook de hulpverleners die werkzaam zijn in deze sector spreken over een matige kwaliteit van zorg.

Zowel TACTUS, Instelling voor Verslavingszorg als Novadic-Kentron, netwerk voor verslavingszorg hebben een subsidie gekregen om de komende 1,5 jaar de methadonverstrekking vanuit hulpverlenerperspectief en vanuit de wensen van patiënten te gaan verbeteren. De naam van het in Juli 2004 gestarte project is Richtlijn Opiaat Onderhoudsbehandeling.

Opiaat onderhoudsbehandeling, wat is dat?

RIOB is een verpleegkundige en geneeskundige richtlijn waarin het voorschrijven van de juiste dosis methadon centraal staat. Daarnaast gaat het om een beschrijving van de begeleiding, die gecombineerd wordt met medicatie (methadon en andere medicijnen). Daarnaast gaat het om een beschrijving van de begeleiding, die gecombineerd wordt met medicatie (methadon en andere medicijnen). De bedoeling is dat iedere patiënt een hulpaanbod krijgt waar hij³ volgens de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) recht op heeft en waartoe de instelling volgens de wet toe is verplicht. Onderdeel van deze wet is ook het begeleidingsplan dat samen met u wordt opgesteld.

In gesprek

Uitgangspunt voor de nieuwe opzet van de methadonbehandeling is dat we hierover met u in gesprek willen. Ook als u al langere tijd gebruikt maakt van de methadonbehandeling zult u uitgenodigd worden voor een gesprek.

Waarom en wat willen we van u weten?

De verpleegkundigen en artsen stellen zich ten doel goede ambulante hulp te bieden, die aansluit bij wat u nodig heeft, zorg op maat dus. De hulpverleners willen graag van u weten welke plannen u heeft en welke doelen u voor zichzelf stelt. En natuurlijk welke ondersteuning u wenst en welke acties u hierin van de instelling verwacht. Tenslotte wil de instelling u op de hoogte stellen van wat zij van u verwacht en aan welke regels u zich dient te houden.

Procedure vanaf Januari 2005

De nieuwe procedure gaat het volgende inhouden:

Alle patiënten zullen de komende maanden een uitnodiging krijgen voor een gesprek met een van de verpleegkundigen. Dit houdt in dat de verpleegkundige eerst met u een afspraak maakt. Doel van dit gesprek is inzicht te krijgen in uw:

³ waar hij staat, wordt ook zij bedoeld.

- > Middelengebruik (een urinecontrole kan hier deel van uit maken)
- > Lichamelijk functioneren
- > Psychisch functioneren
- > Situatie rondom uw werk, wonen en inkomen
- > Sociaal functioneren
- > Contacten met justitie
- > Lopende afspraken

Vervolgens wordt, indien dit noodzakelijk is, met u een afspraak gepland bij andere hulpverleners.

Uw methadon en de geboden begeleiding

De verpleegkundige die met u het gesprek gevoerd heeft zal de door u gegeven informatie inbrengen in het patiëntenoverleg. Dit is noodzakelijk om zo efficiënt en verantwoord mogelijk uw methadonbehandeling af te stemmen op uw situatie.

Naar aanleiding van dit overleg krijgt u een begeleider toegewezen en wordt u een medicatiemodule aangeboden waarin uw dosis staat beschreven en natuurlijk de ophaalmomenten hiervan. Daarnaast krijgt u een begeleidingsplan, waarmee u samen met uw persoonlijk begeleider aan de slag kunt gaan.

En dan?

Naast de afgesproken begeleiding door uw eerste hulpverlener nodigen wij u minimaal twee keer per jaar uit voor een gesprek met de arts en twee keer per jaar voor een gesprek met de verpleegkundige. Uitgangspunt van deze gesprekken is om gezamenlijk met u de geboden behandeling en begeleiding te evalueren.

Uiteraard kan het zijn dat u ons vaker wilt spreken of dat u vaker terug zult moeten komen bij de arts. Bijvoorbeeld als u naast de methadon nog andere medicatie voorgeschreven heeft gekregen.

U kunt hiervoor natuurlijk altijd een afspraak maken bij voorkeur met uw persoonlijk begeleider. Huisbezoeken en bezoeken op andere locaties behoren hierin ook tot de mogelijkheden.

Wat te doen als u het niet eens bent met deze procedure?

Als u geen gehoor geeft aan de afspraken die met u worden gepland betekent dit dat de instelling geen behandelingsovereenkomst en een begeleidingsplan met u kan opstellen.

In de overeenkomst staat dat u zich aan de regels van de instelling houdt en de instelling toestemming geeft om belangrijke informatie over u elders op te vragen omdat deze nodig is om een goede behandeling te starten. De instelling is wettelijk verplicht met u een overeenkomst te sluiten. Indien u dit weigert betekent dit dat de instelling u geen medicatie en/of begeleiding mag geven. Indien u het hier niet mee eens bent, kunt u een klacht indienen bij de instelling volgens de daarvoor geldende procedures.⁴

⁴ Bij het verpleegkundig team kunt u informatie krijgen over de klachtenprocedure die geldig is bij u in de instelling.

Bijlage 13

Juridische kaders; de WGBO

Volgens de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) is een aantal items van belang in de fase van gegevensverzameling bij een patiënt namelijk: recht op informatie, op basis waarvan de patiënt toestemming voor een behandeling kan geven (ook wel informed consent genoemd), recht op goede zorg en recht op privacy.

Een drietal belangrijke stappen om tijdens de gegevensverzameling rekening mee te houden zijn:

- 1) Iedere patiënt (ook een patiënt die al eerder in behandeling is geweest of via de methadonverstrekking al in behandeling is) die zich aanmeldt voor hulp en of begeleiding heeft recht informatie over de te zetten stappen en verwachtingen die de hulpverlener heeft van de hem/haar. Deze informatie moet voor de patiënt begrijpbaar zijn en in elk geval mondeling worden gegeven (zie bijlage 4 voor een voorbeeld folder)
- 2) De eerste hulpverlener werkt het behandelingsvoorstel uit en legt het voor aan de patiënt. Het voorstel wordt een behandelingsplan, met concrete doelen en evaluatiemomenten, als er overeenstemming is bereikt tussen de hulpverlener en de patiënt. Deze overeenkomst kan zowel mondeling als schriftelijk tot stand komen. De overeenkomst kan eenzijdig door de patiënt op ieder moment teniet worden gedaan, dit moet vooraf aan de patiënt zijn duidelijk gemaakt. De hulpverlener daarentegen kan deze overeenstemming niet zonder meer opzeggen of hiervan afwijken.
- 3) Het afsluiten van de behandeling bestaat uit het afsluiten van de medicatiemodule indien door de arts in samenspraak met de patiënt is besloten om de medicatie stop te zetten of via een andere instelling/arts voor te zetten zonder verdere samenwerking met de eigen instelling. De individuele begeleiding (de begeleidingsmodule) kan echter pas stop worden gezet als de begeleiding door de patiënt en de vaste begeleider niet meer noodzakelijk wordt geacht of als deze door een andere instelling wordt overgenomen. Het kan nooit zo zijn dat het stop zetten van de medicatiemodule automatisch betekent dat de verdere begeleiding eveneens stopt.

Bijlage 14

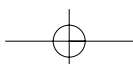
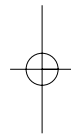
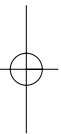
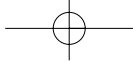
Functionele zelfstandige bevoegdheden van verpleegkundigen volgens de wet BIG en de Wet op de Geneesmiddelen Voorziening

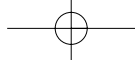
In het dagelijkse werk blijkt dat verschillende instellingen eigen beleid hebben gemaakt, zodat verpleegkundigen zelfstandigheid kunnen betrachten in het inschatten van doseringen methadon en het beslissen over verlagingen dan wel verhogingen in deze doseringen. Volgens de Wet BIG zou een instelling hiervoor een instellingsprotocol kunnen maken zodat een eenduidige benadering van de uitvoer van deze taken binnen een instelling tot stand komt. Echter de Wet op de Geneesmiddelen Voorziening laat maar drie professies toe die geneesmiddelen mogen voorschrijven; artsen, tandartsen en in beperkte mate ook de verloskundigen. Het is derhalve niet mogelijk om verpleegkundigen de bevoegdheid te geven tot het voorschrijven van medicatie of veranderen van doseringen en tegelijkertijd binnen juridische kaders te blijven.

Dit geldt ook wanneer de arts in een individueel dossier een beschrijving heeft gegeven van onder welke omstandigheden bij een patiënt wel en niet door de verpleegkundige tot een verandering in de dosering kan worden overgegaan zonder dat de arts deze patiënt eerst heeft gezien.

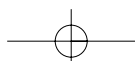
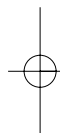
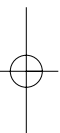
In alle gevallen geldt dat volgens de Wet op Geneesmiddelen Voorziening de patiënt door een arts gezien moet zijn voordat er over gegaan kan worden op een andere dosering of medicatie.

Voor de toekomst blijft het, in het kader van de huidige bijstelling van de verpleegkundige basis – en vervolgopleidingen binnen de GGz, van belang het hierboven aanbevolen traject bij te stellen indien BIG geregistreerde Advanced Nurse Practitioners werkzaam zullen zijn in de verslavingszorg. Zij zullen op basis van hun vervolgopleiding goed in staat zijn om voorbehoudende handelingen zelfstandig uit te voeren.





Hoofdstuk 4 Opiaatonderhoudsmedicatie



Inleiding

Opiaatonderhoudsmedicatie is bedoeld voor patiënten die kampen met opiaatafhankelijkheid zoals deze is gedefinieerd in de DSM-IV en in de ICD-10 (zie hiervoor bijlage 1).

In Nederland is als opiaatonderhoudsmedicatie methadon het meest gangbare middel. In de nabije toekomst zal daar waarschijnlijk ook buprenorfine in de vorm van Subutex[®] aan worden toegevoegd. Subutex is nog niet in Nederland geregistreerd en er wordt door de Inspectie (IGZ) in beperkte mate een ontheffing gegeven. Het is ook onduidelijk of het middel vergoed gaat worden door de zorgverzekeraars. Uit de literatuur blijkt verder dat, als het gaat om een medische verantwoorde keuze tussen methadon en buprenorfine, criteria ontbreken die zijn gebaseerd op wetenschappelijke argumenten. In dit hoofdstuk wordt daarom aangeraden methadon als eerste keuze middel in te zetten en indien deze keuze onvoldoende effectief is te kiezen voor buprenorfine indien de toestand van de patiënt dit toelaat en de patiënt met deze keuze instemt. In deze afweging spelen meerdere argumenten een rol; de persoonlijke keuze van de patiënt, medische overwegingen van de arts en de algehele toestand van de patiënt.

Dit hoofdstuk van de richtlijn geeft aanwijzingen voor het medicatiebeleid. De medicatiemodule beantwoordt per patiënt de volgende vragen:

- 1) Welke opiaatonderhoudsmedicatie is het meest geschikt voor de patiënt?
Deze vraag wordt beantwoord door de volgende subvragen:
 - > Welk doel heeft de opiaatonderhoudsmedicatie?
 - > Welke dosis is het meest geschikt?
 - > Welke frequentie is het meest geschikt?
 - > Welke vorm is het meest geschikt, hoe en wanneer krijgt de patiënt de medicatie?
 - > Hoe worden urine controles ingezet: waarop, wanneer en welke consequenties bij positieve uitslagen?
 - > Hoe de effecten te monitoren: welke, hoe en door wie?
- 2) Welke andere medicatie is noodzakelijk?
Deze vraag wordt beantwoord door de volgende subvragen:
 - > Welk middel en met welke reden (medische diagnose)?
 - > Wat is het doel van deze medicatie?
 - > Welke dosering en frequentie van inname?
 - > Door wie wordt de medicatie verstrekt?
 - > Hoe de effecten te monitoren: welke, hoe en door wie?

4.1 Verschijningsvorm en eigenschappen van methadon

Methadon(-hydrochloride) is als opiaatonderhoud middel in 2 verschillende vormen te verkrijgen; als 5 mg tablet (Symoron[®]) en als drank. De voorgeschreven vorm is afhankelijk van de gezondheidstoestand van de patiënt, de wens van de patiënt en de inschatting door de arts.

Vloeibare methadon

Tot april 2004 was een methadondrank in het FNA (Formularium der Nederlandse Apothekers) opgenomen, die bedoeld was voor de methadonverstrekking in de verslavingszorg. Aan de methadontoedieningsvorm voor dit doel werden de volgende eisen gesteld:

- > De methadon moet in deze vorm niet injecteerbaar zijn en ook niet vanuit dit preparaat in een injecteerbare vorm te brengen zijn,
- > De toedieningsvorm moet zodanig zijn dat deze het verhandelen bemoeilijkt.

Aan deze eisen werd voldaan door toevoegen van geconcentreerde saccharose (pijnlijk bij injectie), troebel en visceus maken door toevoeging van samengesteld gompoeder (niet af te flitreren) en "gifgroen" kleuren (door toevoegen van patentblauw V en tartrazine). Gekozen werd voor een concentratie methadon 2 mg/ml hetgeen bij doseringen van circa 10 tot circa 60 mg methadon per keer, eenmaal per dag, leidt tot een geschikte volumedosering van de drank.

Dit voorschrift kende een aantal bezwaren, waaronder de zeer beperkte houdbaarheid, het risico op allergische reacties als gevolg van de toegevoegde kleurstoffen en het niet geschikt zijn voor diabeten vanwege het hoge sacharosegehalte.

Voor de verslavingszorg wordt in de praktijk een grote variatie aan voorschriften gebruikt, meestal op basis van lokale afspraken. Landelijke standaardisatie blijkt echter niet eenvoudig te bereiken. In de Nederlandse verslavingszorg wordt de methadondrank verstrekt in de concentraties; 1mg/ml, 2 mg/ml, 2,5 mg/ml, 4mg/ml, 5mg/ml, 10mg/ml, 20 mg/ml, 5-120mg/15ml. Dit kan in de volgende kleuren; groen, geel, roze, blauw, bruin, oranje of kleurloos. In de afgelopen jaren is het mogelijk geworden methadon in hogere doseringen in vloeibare vorm in kleine gesealde cupjes te leveren. Het voordeel hiervan is dat iedere patiënt eenzelfde formaat beker aangereikt krijgt waarin verschillende doseringen passen. De kleur van de methadon geeft een bepaalde dosering aan.

Door behandelingscentra wordt vaak gekozen voor standaardisatie op de drank van 2 mg/ml, zonder verdikkingsmiddel, zonder kleurstoffen en zonder sacharose, zodat de drank makkelijk kan worden uitgevuld in patiëntspecifieke porties, zonder risico op allergische reacties of complicaties voor diabeten. De verschillende volumina zijn daarbij een controle op de uitgevulde hoeveelheid ten opzichte van de voorgeschreven dosering.

Tabletten

Methadon in tabletvorm is te verkrijgen als Symoron 5mg.

Injecteerbare methadon

Uit een landelijke inventarisatie (LSD en Tactus 2004) blijkt dat in bijna elke gebruikersruimte in Nederland een klein percentage patiënten methadon spuit naast de heroïne. Het betreft hier een kleine groep drugsverslaafden die 'needle freaks' genoemd worden en een sterke gewoonte hebben ontwikkeld om allerlei middelen te injecteren. Deze verslaafden lijken meer vast te zitten aan de 'spuit' dan aan een middel.

Het gezondheidsgevaar van injecteren van methadon, die vaak in een niet goed spuitbare versie wordt geleverd (verdikkingsmiddelen en kleurstof zijn toegevoegd) is echter groot. Het valt te overwegen deze patiënten spuitbare methadon aan te bieden in het kader van het palliatieve doel van de opiaatonderhoudse behandeling. Ook patiënten die om medisch/somatische redenen geen methadon op orale wijze in kunnen nemen komen in aanmerking voor injecteerbare methadon. Bij deze beide groepen patiënten moet door de arts worden geïnventariseerd op welke wijze de methadon toegediend dient te worden (mogelijkheden hierin zijn: intramusculair of intraveneus. Wanneer er gekozen wordt voor de spuitbare vorm, moet er bijzondere aandacht geschonken worden aan de extra gezondheidsrisico's die het spuiten van een middel met zich meebrengt, zoals infecties.

Werking

Methadon is een opiaat agonist, als HCl-zout een wit poeder dat goed oplosbaar is in water en bitter smaakt. Methadon is binnen ongeveer 30 minuten aantoonbaar in het plasma en de hoogste concentratie wordt twee tot vier uur na inname gevonden. De plasma halfwaardetijd is gemiddeld 24 uur (15-31 uur). Een plateau fase (steady state) wordt bereikt na een periode van ongeveer vijf maal de halfwaardetijd. In het geval van methadon is dit dus gemiddeld 5 dagen. Dit geldt voor zowel verhogingen als voor verlagingen van de dosis.

Opiaat antagonisten (naloxon en naltrexon) en partiële agonisten (buprenorfine) zullen bij gelijktijdig gebruik ontwenningverschijnselen opwekken.

4.2 Verschijningsvorm en eigenschappen van buprenorfine

Buprenorfine als opiaatonderhouds medicatie is verkrijgbaar als oromucosaal tablet in een lage dosis: Temgesic[®], 0,2 mg/0,4 mg, daarnaast (nog niet verkrijgbaar in Nederland) in hoge dosis als Subutex[®], 2 mg/4 mg/8 mg en eventueel Buprenex[®] (0,3 mg/ml) als injecteerbare vorm.

Het middel dient sublinguaal gebruikt te worden (3 tot 5 minuten onder de tong laten smelten) omdat per os de werking teniet wordt gedaan door een snelle afbraak in de lever en dunne darm. Bij intraveneus gebruik treedt wel een euforie op die niet optreedt bij sublinguale toediening. Om misbruik van buprenorfine of bijgebruik van andere middelen te voorkomen kan een combinatie van buprenorfine en naloxon worden gegeven (Suboxone[®], alleen beschikbaar in de USA; buprenorfine/naloxon 2 mg/0,5 mg en 8 mg/2 mg). Bij oplossen in water van deze stoffen en het intraveneus toedienen ervan treden direct ontwenningverschijnselen op omdat naloxon zich sneller aan de receptor bindt dan buprenorfine.

Werking

Buprenorfine is een partiële opiaatagonist met zowel agonistische als antagonistische eigenschappen. Bij een lage dosering geeft buprenorfine een vergelijkbare werking als de bekende opioïde agonisten zoals pijnstilling, euforie en nauwe pupillen. Bij een hoge dosering treedt een plafondeffect op; de werking van het middel neemt niet verder toe. Buprenorfine verdringt de opiaten van de receptor en veroorzaakt ontwenning. Als het middel de receptor volledig heeft bezet geven andere opiaten geen effect meer. Het middel bindt zich langzaam aan de receptor en laat het langzaam weer los. Piekconcentraties bij toediening onder de tong worden bereikt na 30-60 minuten uur. Buprenorfine bij opiaatverslaving wordt in de hoge doseringen gebruikt (en is dan ongeveer 72 uren werkzaam, de plasma halfwaardetijd bedraagt 3-4 uur) en derhalve verdient Subutex de voorkeur boven Temgesic[®] omdat patiënten anders te veel tabletten in één keer moeten gebruiken. In deze doseringen geeft buprenorfine:

- > een verminderde craving naar heroïne
- > een blokkering van het effect van heroïne
- > een verzachting van de ontwenningverschijnselen van opiaten

4.3 Contra-indicaties

Veel patiënten die in aanmerking komen voor opiaatonderhoudse behandeling hebben gezondheidsproblemen, kampen vaak met een verminderde weerstand en wonen onder slechte omstandigheden. Daarom is het belangrijk dat de contra-indicaties per patiënt worden beoordeeld. Voor interacties wordt verwezen naar 4.5.1 en 4.5.2 Er is sprake van absolute en relatieve contra-indicaties (zie hiervoor de literatuurstudies methadon en buprenorfine en het Farmacotherapeutisch Kompas). Voor zowel methadon als buprenorfine 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
 - > Indien gevaar voor suïcide aanwezig is

Het gebruik van beide middelen bij borstvoeding wordt afgeraden. Het gebruik van buprenorfine wordt afgeraden bij het gelijktijdig gebruik met; alcohol, anaesthetica, antipsychotica, anxiolytica en sedativa zoals benzodiazepinen, omdat het de depressieve werking op het CZ kan versterken.

*N.B. Wanneer bovenstaande problemen zich voordoen nadat iemand is ingesteld op een opiaat-
vervanger, is opnieuw contact met de arts noodzakelijk, i.v.m. eventuele bijstelling van de dose-
ring of afbouw*

4.4 Bijwerkingen van methadon

Methadon heeft de volgende bijwerkingen (zie Farmacotherapeutisch Kompas):

Meest frequent:

- > Misselijkheid/braken
 - > Duizeligheid
 - > Droge mond
 - > Sedering
- Verder:
- > Miosis
 - > Euforie of dysforie
 - > Bij een hoge dosering; hypotensie
 - > Afgenomen libido en moeite tot een orgasme te komen
 - > Ademhalingsdepressie

4.5 Bijwerkingen van buprenorfine

Voor buprenorfine gelden de volgende bijwerkingen (zie Farmacotherapeutisch Kompas):

Meest frequent:

- > Slaperigheid en apathie (waardoor postoperatief herstel langer kan duren)
 - > Duizeligheid
 - > Misselijkheid/braken
- Verder:
- > Hoofdpijn
 - > Zweten

- > Miosis
- > Droge mond
- > Hypotensie
- > Euforie en verwardheid
- Zelden:
- > Hypertensie
- > Psychotomimetische effecten (bij psychosen in de voorgeschiedenis van een patiënt is buprenorfine een contra-indicatie)
- > Urineretentie

4.6 Interacties methadon en andere middelen (zie bijlage 2)

Methadon wordt in de lever grotendeels gemetaboliseerd (mogelijk door CYP3A4 en CYP2D6). Bij chronisch gebruik wordt ong. 40% met de urine uitgescheiden, in onveranderde vorm of als metabolieten. 10-45% wordt uitgescheiden met de feces, voornamelijk in de vorm van metabolieten. Het gelijktijdig gebruiken van middelen die eveneens een interactie aangaan met het cytochroom P450 enzymstelsel kunnen van invloed zijn op de plasmaspiegel van methadon. Niet alleen kunnen P450-enzymen bepaalde geneesmiddelen omzetten, ook kunnen geneesmiddelen de activiteit van de cytochroom-enzymen verhogen of verlagen. Dit heeft tot gevolg dat bij toediening van andere geneesmiddelen naast methadon een kans bestaat op farmacokinetische interactie. Resultaat daarvan kan zijn een hogere of lagere plasmaspiegel dan verwacht en daarmee soms ernstige gevolgen met enerzijds toxiciteit en anderzijds een verminderde werking. Deze effecten verschillen per patiënt.

Geneesmiddelen die de activiteit van P450-enzymen verhogen en onthoudingsverschijnselen kunnen veroorzaken **(het gebruik van deze middelen kan de behoefte aan methadon verhogen)** zijn o.a.¹:

- > Carbamazepine (anti-epilepticum)
- > Fenobarbital (anti-epilepticum)
- > Fenytoïne (anti-epilepticum)
- > Nelfinavir (antiretrovirale middel)
- > Nevirapine (antiretrovirale middel)
- > Rifampicine (tuberculose middel)
- > Ritonavir (antiretrovirale middel)

Middel dat de activiteit van P450-enzymen kan verlagen **(door dit middel kan de toxiciteit van methadon toenemen)** is:

- > Amprenavir (antiretrovirale middel)

N.B. Het gevaar van de interactie tussen methadon en een remmer van het metabolisme van methadon schuilt niet alleen in het toevoegen van de remmer aan de behandeling, maar ook in het staken van de remmer.

¹ Zie ook bijlage 3, interacties methadon en andere middelen.

4.7 Interacties buprenorfine en andere middelen (zie bijlage 2)

Buprenorfine geeft interacties op eenzelfde wijze als methadon bij gebruik van opioïden, zowel (zuivere) agonisten als antagonist. Buprenorfine blijkt een versterkende werking op centraal depressieve middelen te hebben, dit is met name relevant bij gelijktijdig gebruik met anaesthetica, antipsychotica, anxiolytica en sedativa. Op zich wijkt dit niet af van de interacties die methadon geeft met deze middelen. Voorzichtigheid is geboden bij psychiatrische problemen die een farmacotherapeutische interventie vereisen (zowel bij methadon als bij buprenorfine). Het gaat in deze om de klinische relevantie met daarin de gevolgen voor de patiënt.

4.8 Vaststellen van opiaatafhankelijkheid

Er zijn diverse methoden om de mate van opiaatafhankelijkheid vast te stellen:

- > directe observatie van optredende ontwenningsverschijnselen na toediening van bijvoorbeeld naloxon (voorzichtigheid is geboden vanwege het mogelijk optreden van van heftige onttrekingsverschijnselen)
- > het vaststellen van de mate van tolerantie door het observeren van de persoon na toediening van een dosis methadon
- > urineonderzoek om de gebruikte middelen vast te stellen en eventueel de kwantiteit van de gebruikte hoeveelheid opiaten
- > het afnemen van een vragenlijst bij de patiënt om de mate van gebruik, fysieke/affectieve ontwenningsverschijnselen en de snelheid waarin afkickverschijnselen optreden te inventariseren
- > het afnemen van een gerichte verslavingsanamnese door arts en verpleegkundige, waarin zijn opgenomen naast het huidige gebruik van verslavende middelen, de voorgeschiedenis waaronder vallen het gebruik van psycho-actieve stoffen, overige medicatie en het somatische en psychiatrische behandelverleden

In deze richtlijn wordt ervan uitgegaan dat de meest adequate wijze om vast te stellen of iemand opiaatafhankelijk is op basis is van:

- > een uitgebreide verslavingsanamnese door de verpleegkundige en de arts
- > het afnemen van een urine sample waarbij getest wordt op, in ieder geval heroïne, cocaïne, benzodiazepinen en methadon
- > het monitoren van het effect van de eerste dosering

4.9 Keuze methadon of buprenorfine

De keuze voor methadon of buprenorfine wordt, naast de beschikbaarheid, als eerste bepaald door de ernst van de verslavingsproblematiek en ten tweede door de optredende comorbiditeit van het gebruik van andere psycho-actieve stoffen en het optreden van somatische en psychiatrische co-morbiditeit. De patiëntprofielen die eerder werden besproken in hoofdstuk 1 kunnen voor het bepalen van de doelstelling van de opiaatonderhoudse behandeling als suggestie dienen. Hieronder volgen de drie hoofdindelingen met daarbij de meest waarschijnlijke doelstellingen in de behandeling van opiaatvervangers. Zie voor de beschrijving van de profielen hoofdstuk 2, bijlage 1.

- > Scene mijders
Doelen van de opiaatonderhoudsbehandeling kunnen zijn; detoxificatie (zie richtlijn Detox, 2004) en stabilisatie

Medicatie: methadon of buprenorfine

- > Scene bezoekers
Doelen van de opiaatonderhoudsmedicatie kunnen zijn; stabilisatie en palliatie.
Medicatie: methadon
- > Scene bewoners
Doel van de opiaatonderhoudsbehandeling is palliatie
Medicatie: methadon

4.10 Instellen op methadon

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

- > 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)
- 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 behandelings-eenheid te doen.

Fases bij het instellen van een dosis methadon

Fase	Doel
Initiële inductie	Onderdrukken ontwenningsverschijnselen
Vroege inductie	Bereiken tolerantie niveau, afname craving
Late inductie, stabilisatie	Bereiken adequate dosering (fysiek en psychisch welbevinden)
Onderhoud	Behouden gewenste effecten (steady-state bezetting van opoïd receptoren)

In de eerste fase is de medicatie gericht op het bestrijden van de ontwenningsverschijnselen die optreden wanneer patiënten stoppen met heroïnegebruik. De dosis van de eerste dag moet gebaseerd zijn op de mate van de tolerantie voor opiaten van de patiënt.

Er wordt gestart met een dosering van 20 mg per 1/4 gram heroïne, waarbij bedacht moet worden dat de kwaliteit (zuiverheid) van heroïne sterk verschilt, evenals het gebruikspatroon (vaak geen stabiele hoeveelheid per dag). Het advies is derhalve te starten bij vermoeden van weinig gebruik met 20 mg en bij vermoeden van veel gebruik met 40 mg.

Het duurt circa vijf maal de halfwaardetijd alvorens er een stabiele bloedspiegel aanwezig is. Omdat de halfwaardetijd van methadon circa 24 uur bedraagt, is bijstelling van de dosis na circa vijf dagen aan de orde. De dosis kan telkens na circa vijf dagen worden opgehoogd met maximaal 10 mg, bij palliatie, en maximaal 20 mg bij stabilisatie. Methadon in doseringen van 30 of 60 milligram zijn voldoende om ontwenningsverschijnselen langdurig te onderdrukken. Er wordt opgehoogd tot het gewenste doel zoals omschreven in het behandelingsplan behaald is. Op geleide van ontwenningsverschijnselen wordt de dosis opgehoogd.

In de onderhoudsfase waarbij stabilisatie op lange termijn het doel is, dient daarna het gewenste effect vastgehouden te worden. Een dosering van 120 mg blijkt veelal voldoende te zijn om effecten van heroïne enkele uren na toediening van methadon te blokkeren. De dosering methadon ligt voor de meeste patiënten tussen 60 en 120 mg per dag.

Indicaties voor het verhogen van doseringen zijn onder andere:

- > objectieve en subjectieve tekenen van ontwenning
- > voortdurende craving
- > geen afname van de hoeveelheid of de frequentie van gebruik van (illegale) opiaten

Hogere doseringen worden voorgeschreven op geleide van een serumspiegel, waarbij een dalspiegel van 150 tot 600 mg/l veelal voldoende is om craving te voorkomen en een dalspiegel van meer dan 400 mg/l voldoende is voor een opiaatblokkade. De dosis methadon die nodig is om een serum dalspiegel van meer dan 400 ng/ml te bereiken loopt uiteen van 50 mg tot 900 mg per dag.

4.11 Instellen op buprenorfine

Onttrekkingsverschijnselen worden enerzijds veroorzaakt door de afnemende concentratie van de agonist die wordt afgebouwd en anderzijds door het toenemend partiële antagonistische effect van de buprenorfine. Het optreden van tijdelijke onthoudingsverschijnselen is daarom in de meeste gevallen onvermijdelijk. Het is belangrijk dit van te voren duidelijk kenbaar te maken aan de patiënt. Van groot belang is dus het moment waarop met buprenorfine wordt gestart en de snelheid waarmee de dosering wordt opgehoogd. Geadviseerd wordt dit te doen op geleide van klinisch beeld. Tijdens de omschakeling kunnen onttrekkingsverschijnselen kortdurend worden bestreden met een benzodiazepine zoals lorazepam (Temesta®) waarbij rekening gehouden moet worden met de versterking van het centraal depressieve effect en met name het risico van ademhalingsdepressie. Eventuele andere optredende ontwenningverschijnselen zoals misselijkheid en diarree kunnen kortdurend worden behandeld met de daarvoor geschikte middelen.

Als een patiënt moet worden ingesteld op buprenorfine zijn drie doelen in de inductiefase achtereenvolgens van belang:

- > het bestrijden van ontwenningverschijnselen
- > verminderen van de craving
- > het vaststellen van een adequate dosis waarbij sprake is van een fysiek en psychisch welbevinden
- > verminderen van bijgebruik

In deze fase mag geen ander opioïdgebruik plaatsvinden, ter voorkoming van ontwenningverschijnselen. Voor het instellen van een adequate dosering waarbij het monitoren van de eerste effecten van een dosering van belang zijn is het aan te raden om de behandeling binnen de behandelingsseenheid te doen.

Toepassing van de sublinguale tabletvorm is vanuit praktisch oogpunt de meest effectieve vorm van dosering. Sublinguale dosering van buprenorfine (de tablet is na 2-8 minuten opgelost en werkzaam) richt zich op de gemiddelde dagelijkse dosis en de frequentie van toediening van deze dosis. Een dagelijkse dosis van 4 mg onderdrukt de onthoudingsverschijnselen, maar een hogere dosering lijkt dit effect te verlengen (8-16 mg). Transmucosale toediening van Buprenorfine in een dosering van 16-32 mg per dag is gelijk aan een onderhoudsbehandeling met 60-100 mg per dag methadon. Vanaf 8 mg neemt het gebruik van illegale drugs sterk af. Bij doseringen tussen 16-32 mg is het effect het hoogst. Veel patiënten blijken ook hun dagdosis in porties in te nemen. Vanwege de relatieve korte plasma halfwaardetijd wordt geadviseerd de dagdosering in drie porties te verdelen. Dit beperkt de wisseling in bloedspie-

gels en daarmee de toxische effecten en euforie enerzijds en onttrekkingsverschijnselen anderzijds.

Van heroïne naar buprenorfine

Heroïneverslaafden kunnen in 2 tot 3 dagen op buprenorfine worden ingesteld. De eerste dosis buprenorfine 0.8-2 mg wordt tenminste vier uur na de laatste dosis heroïne gegeven, of op het moment dat onthoudingsverschijnselen optreden. Wanneer tenminste 6 uren zijn verstreken kan een hogere aanvangsdosis worden gegeven; 2 tot 8 mg. In de daaropvolgende dagen wordt de dosis geleidelijk verhoogd met telkens 2-4 mg.

Van methadon naar buprenorfine

Het is makkelijker vanuit heroïne (kortwerkend) over te stappen naar buprenorfine dan van methadon (langwerkend) naar buprenorfine. De ernst van de optredende onthoudingsverschijnselen is afhankelijk van de dosering van de methadon, van de buprenorfine en de tijd die is verstreken tussen de laatste dosis methadon en de eerste dosis buprenorfine.

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

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

4.12 Het verstrekken van de medicatie

De vorm, dosering en de frequentie van de medicatie staan beschreven in het behandelingsplan; met name in de medicatiemodule van de patiënt waarin staat beschreven welke medicatie de persoon voorgeschreven heeft gekregen. De verstrekking vindt plaats via:

- > de instelling
- > de apotheek
- > de apotheekhoudende huisarts²

Methadon en buprenorfine worden op recept voorgeschreven, een recept kan voor een week of 3 maanden worden verstrekt (90 dagen is de maximale voorschrijfperiode maar wordt in de praktijk afgeraden). Een recept dient de volgende onderdelen te bevatten³:

- > naam patiënt, adres patiënt, geboortedatum patiënt
- > naam voorschrijver, adres, vestigingsplaats, telefoonnummer en de volledige handtekening van de arts

² In deze richtlijn is een apotheekhoudende huisarts ook de begeleider van een patiënt, de verslavingszorg heeft de begeleiding van de patiënt overgedragen aan de huisarts.

³ Zie voor een voorbeeldrecept bijlage 3

- > naam opiaatvervanger, hoeveelheid (voluit geschreven) per week en per dag
- > omschrijving wijze van gebruik; per etmaal en hoogste dosering te gebruiken
- > toegestane herhalingen, voluit geschreven

Een indicatie voor de frequentie en wijze van verstrekking staat hieronder beschreven aan de hand van de drie hoofdprofielen. 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 hoofdprofielen waarin de ernst van de verslaving staat beschreven (zie bijlage in hoofdstuk 1) kunnen als richtsnoer hierbij dienen. In de tabel hieronder staan de mogelijkheden uitgewerkt:

Profiel	Frequentie en vorm
Scene mijder	1 x per week via de instelling. Of 1, 2, 3, 4 per maand apotheekverstrekking
Scene bezoeker	3 x per week
Scene bewoner	5 x per week, 7 x per week, op locatie

Het verstrekkingpunt in de verslavingsinstelling

Via de instelling kunnen hulpverleners de patiënt een dosering onder toezicht geven, Doserings onder Toezicht (DOT's), hieronder wordt in deze richtlijn verstaan dat de patiënt aan de balie medicatie krijgt uitgereikt, het hoeft niet perse onder toezicht te worden ingenomen. DOT's zijn geïndiceerd tijdens de instelfase, nadat een dosering is aangepast of bij een lage therapietrouw van de patiënt. Afhankelijk van het profiel waartoe de patiënt behoort worden de ophaalmomenten in overleg met de patiënt vastgesteld. Via de instelling kan op verschillende momenten en dagen worden opgehaald.

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

Via de instelling kan ook elders op locatie worden verstrekt door een verpleegkundige.

Het verstrekken in een apotheek⁴

Indien deze vorm van medicatieverstrekking voor de patiënt geschikt is (stabiliteit in iemands leven, therapietrouw is hoog) dan is apotheekverstrekking een optie omdat de patiënt niet meer via de instelling in aanraking komt met verslaving en verslaafde patiënten. Recepten kunnen via de verslavingsarts door de verpleegkundige worden verstrekt aan de patiënt of met een internet verbinding naar de apotheek worden verzonden. In deze richtlijn wordt onder een goede kwaliteit van zorg verstaan dat de patiënt eens per 3 maanden een follow-up gesprek met een verpleegkundige van de verslavingsinstelling heeft en eens per 6 maanden eveneens een gesprek met de (verslavings) arts van de instelling. Voor de items die van belang zijn in deze follow-up gesprekken dienen het behandelingsplan van de patiënt en de items die in hoofdstuk 3 in bijlagen staan uitgewerkt. De bevindingen van de arts en verpleegkundigen (en de eventuele bijstellingen in het medicatiebeleid) dienen via het MDO verwerkt te worden in het behandelingsplan, de medicatiemodule van de patiënt. In deze medicatiemodule moet ook worden vermeld welke afspraken er met de patiënt en apotheek gemaakt zijn indien zich in de apotheek problemen voordoen. Vanuit de verslavingsinstelling moet daarnaast worden vastgesteld wie op werkdagen bereikbaar is indien deze problemen zich daadwerkelijk voordoen.

⁴ Zie hoofdstuk 5, de organisatie van de apotheekverstrekking, voor verdere informatie hierover.

Het verstrekken door de huisarts

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

4.13 Toedieningsvormen en keuzes hiervoor

In de literatuur is onvoldoende bewijs gevonden om een antwoord te geven op de vraag of methadon vloeibaar dan wel in tabletten moet worden verstrekt. Vanuit de praktijk gezien, kan worden vastgesteld dat goed geïntegreerde patiënten, die in aanmerking zouden komen voor een medicatieverstrekking via de apotheek, de opiaatonderhoudsmedicatie in tabletvorm kunnen krijgen. Hoe minder de patiënt is geïntegreerd, hoe zwaarder de verslavingsproblematiek is en hoe heftiger de co-morbiditeitsproblemen zijn, hoe meer de patiënt geïndiceerd is voor een vloeibare vorm van verstrekking van methadon.

4.14 Onderzoek van de urine op het gebruik van psychoactieve stoffen

Urineonderzoek wordt uitgevoerd om de aanwezigheid van psychoactieve middelen in het lichaam van een patiënt aan te kunnen tonen. Deze testen zijn in principe objectieve uitkomstmaten. Urineonderzoek moet als onderdeel van een behandeling altijd staan beschreven in het behandelingsplan, in de medicatiemodule, van iedere individuele patiënt. Op individueel patiëntniveau dient te worden uitgewerkt waarom een onderzoek is geïndiceerd, wanneer urine wordt afgenomen, op welke aanwezige stoffen zal worden gecontroleerd en welke uitslag welke gevolgen gaat hebben. De laboratoriumuitslagen dienen in de individuele dossiers opgeborgen te worden.

Een urineonderzoek kan alleen worden uitgevoerd als van tevoren met de patiënt is doorgesproken waarom deze belangrijk wordt geacht en op welke stoffen gecontroleerd zal gaan worden en welke maatregelen genomen gaan worden bij welke uitslag.

Het urine-onderzoek wordt uitgevoerd:

- > bij een eerste intakecontact, indicatiestelling
- > bij een periodieke controle die minimaal eens per drie maanden plaats heeft
- > op verzoek van de patiënt en/of het netwerk van de patiënt als dit verzoek is opgenomen in de medicatiemodule van deze patiënt
- > op indicatie van de arts/verpleegkundige als het verbale en/of het non-verbale gedrag van de patiënt hier aanleiding toe geeft
- > op verzoek van een externe instelling als dit verzoek is doorgesproken met de patiënt en is opgenomen in de medicatiemodule van de patiënt

Het uitgevoerde onderzoek en de uiteindelijke uitslag hiervan moet met de patiënt worden doorgesproken. Bij een positieve uitslag van de test wordt onmiddellijk vastgesteld welke maatregelen uitgevoerd dienen te worden. Voor een kwalitatief goed onderzoek moet er minimaal 20 ml urine geproduceerd worden en kan de urine maximaal 24 uur in de koelkast bewaard worden.

- Het urinemonster kan op de volgende stoffen worden gecontroleerd:
- > opiaten
 - > cocaïne
 - > amfetaminen
 - > benzodiazepinen
 - > barbituraten
 - > cannabinoïden
 - > methadon

Onderstaande tabel laat zien hoe lang een stof aantoonbaar blijft in de urine:

Naam	Manier van gebruik	Werkzaamheid	Aantoonbaar in urine
Heroïne	Injectie, inhaleren en snuiven	3 – 6 uur	2 – 3 dagen
Methadon	Injectie en oraal	12 – 24 uur	2 – 4 dagen
Cannabis preparaten	Roken en oraal	2 – 4 uur	tot 10 dagen na éénmalig gebruik > 30 dagen (chronisch gebruik)
Cocaïne	Injectie en snuiven	1 – 2 uur	2 – 3 dagen
Benzodiazepine	Injectie en oraal	4 – 12 uur	tot 2 weken na gebruik
Amfetamines	Injectie, oraal, snuiven en roken	2 – 4 uur	2 – 4 dagen

De urine dient in aanwezigheid of onder toezicht op afstand te worden geproduceerd en in een schoon potje te worden gedaan (liefst op een directe wijze)⁵. Aan de temperatuur van de geproduceerde urine is de versheid ervan de urine te controleren. Bij de afname dient de hulpverlener (verpleegkundige of ziekenverzorgende) alle hygiënische maatregelen in acht te nemen die bij een dergelijke verpleeg-technische handeling normaal geacht worden. Voor het afnemen van de urinemonsters dient een instelling zorg te dragen voor een schone ruimte met een toilet.

4.15 Monitoring van de effecten tijdens behandeling

Intoxicatie

Tijdens de periode van het instellen op een adequate dosering als later in de behandeling (bijvoorbeeld door veel gebruik van allerlei andere psycho-actieve stoffen) kunnen zowel bij methadon als bij buprenorfine intoxicatieverschijnselen optreden bij de patiënt. Bij beide middelen worden de volgende verschijnselen waargenomen bij intoxicatie;

⁵ Zie bijlage 4 voor protocol urine afname

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

De behandeling bij intoxicatie bij methadon is als volgt: 0,4 mg naloxon, zonodig na 2-3 minuten herhalen. Gezien de lange eliminatiehalfwaardetijd van methadon en de korte van naloxon zijn meerdere toedieningen noodzakelijk.

De behandeling bij intoxicatie van buprenorfine is als volgt: 0,4 mg naloxon (is gedeeltelijk werkzaam, nalorfine is niet werkzaam) intraveneus, zo nodig na 2-3 minuten herhalen indien de intoxicatie niet vermindert.

Onthouding en craving

Tijdens de periode waarin methadon of buprenorfine ingesteld wordt of waarin de dosering aangepast wordt met meer dan 10 mg (methadon) of 2 mg (buprenorfine) moeten de effecten hiervan goed gevolgd worden op onthoudingsverschijnselen of op intoxicatieverschijnselen als de patiënt tijdens de dagelijkse ophaalmomenten de dosering inneemt. Deze effecten moeten gerapporteerd worden in het individuele patiëntendossier. Het gaat om het inventariseren van:

- > de door de patiënt ervaren effecten
- > de door de verpleegkundigen aan het loket geobserveerde effecten

Bijstelling vindt altijd plaats door de arts, aan de hand van de klachten van de patiënt en de observaties en gegevens die de verpleegkundigen verzamelt. Drie items zijn hierbij van belang:

- > hoe de patiënt zich voelt; vooral in de ochtend wel/niet ziek voelen
- > vermindering of stabilisering van het heroïne gebruik
- > verbetering van het algemeen functioneren

Afhankelijk van het behandelingsdoel van de medicatie wordt het wegnemen van de onthoudingsverschijnselen en/of de zucht nagestreefd. Het is van belang deze onthoudingsverschijnselen en zucht op een gestandaardiseerde manier te meten, zowel objectief (visie van de hulpverlener) als subjectief (visie van de patiënt zelf).

- > Om de objectieve onthoudingsverschijnselen te meten wordt gebruik gemaakt van de Objectieve Onthoudings Schaal (OOS) (bijlage 5). Deze schaal wordt gebruikt om een goed beeld te vormen van de eventuele ontwenningverschijnselen. In deze lijst worden zoveel mogelijk meetbare observatiecriteria aangehouden.
- > Om ontwenningverschijnselen, zoals deze door de patiënt zelf ervaren worden, in kaart te brengen wordt gebruik gemaakt van de Subjectieve Onthoudings Schaal (SOS) (bijlage 5).

- > Om de craving te meten wordt gebruik gemaakt van een Visueel Analoog Schaal (VAS) voor craving (bijlage 5). De metingen moeten twee dagen na elke dosering die wordt veranderd worden uitgevoerd.

Wanneer de patiënt een hogere dosering vraagt vanwege craving, maar er objectief geen sprake is van onvoldoende werkzaamheid van de huidige dosering en de arts gevaar ziet voor de gezondheid van deze patiënt wordt afgeraden de dosering te verhogen.

4.16 Speciale doelgroepen

Als uit de verpleegkundige en geneeskundige intake is gebleken dat er problemen zijn op somatisch of psychiatrisch gebied, dan dient hier uiteraard rekening mee gehouden te worden. Somatische problemen waarmee rekening moet worden gehouden zijn o.a. HIV, hepatitis, en zwangerschap. Het is belangrijk een onderscheid te maken tussen de medicatie die de patiënt door een arts voorgeschreven heeft gekregen, de co-medicatie, en middelen die hij of zij zelf heeft gekocht, of (illegaal) heeft verkregen.

De mate van betrokkenheid van de verslavingsarts bij het verstrekken van deze co-medicatie is erg afhankelijk van de toestand van de patiënt. Voor de 'mijder' en goed geïntegreerde patiënt zou dit kunnen betekenen dat de verslavingsarts een bijrol vervult en andere artsen de regiefunctie hebben. Voor een 'bewoner' en patiënt met gecompliceerde problematiek zou het echter kunnen betekenen dat de regiefunctie over de opiaatonderhoudsmedicatie en de co-medicatie juist ligt bij de verslavingsarts, die hierdoor een 'huisarts' rol vervult.

Voor een goede kwaliteit van de geneeskundige zorg is het van belang dat er een afstemming bestaat tussen het farmacologische beleid van de verslavingsarts van de instelling voor verslavingszorg en het beleid van de huisarts/medisch specialist. Het verdient de voorkeur alle verslavingsgerelateerde medicatie te laten voorschrijven en monitoren door de verslavingsarts. Deze arts is verantwoordelijk voor het bijstellen van de doseringen en ander geneeskundig beleid in nauwe samenwerking met de andere artsen die bij de behandeling van de patiënt zijn betrokken. Zie bijlage 6 voor een voorbeeldbrief.

Patiënten met HIV, TBC en Hepatitis infecties

Ziektebeelden zoals Hepatitis, HIV/Aids en TBC hebben directe en indirecte nadelige effecten op de somatische en psychische toestand van de patiënt.

Hepatitis C en opiaatonderhoudsbehandeling

De standaardbehandeling bestaat uit een combinatie van een wekelijkse onderhuids injectie peginterferon alfa en dagelijks een aantal capsules ribavirine. De behandelingsduur voor genotype 1 en 4 bedraagt 12 maanden. Voor de mildere genotypen 2 en 3 kan volstaan worden met een therapieduur van 6 maanden. Druggebruikers zijn meestal besmet met deze mildere genotypen. Wanneer - op basis van contra-indicatie voor ribavirine - monotherapie gekozen wordt is de behandelingsduur voor alle genotypen 12 maanden. Heroïnegebruik is nauwelijks schadelijk, alleen versnijdingen kunnen soms de lever belasten. Methadon en buprenorfine geven geen interactie met peginterferon alfa en ribavirine, wel is aandacht nodig voor verslechterde leverfuncties als gevolg van de ziekte zelf.

HIV en opiaatonderhoudsbehandeling

Sommige hiv-remmers, zoals ritonavir, nevirapine en efavirenz hebben invloed op de methadonspiegel. Het effect van deze medicijnen is voor iedere gebruiker anders. Bloedspiegelbepalingen meten de hoogte van methadon in het bloed, als deze te laag is moet de dosis worden aangepast.

Samenwerking en afstemming

In het behandelingsplan van de patiënt zullen in zowel de medicatiemodule als in de begeleidingsmodule een aantal zaken rondom de ziekte nauwkeurig bijgehouden moeten worden. Indien de verpleegkundige naast de medicatiemodule ook een centrale rol in de begeleiding heeft is zij de aangewezen persoon om in nauwe samenwerking met de verslaafde patiënt, de verslavingsarts, de huisarts en de medisch specialist de volgende gegevens bij te houden:

- > verandering in de dosering opiaatonderhoudsmedicatie
- > verandering in de gezondheidstoestand van de patiënt
- > afspraken tussen de diverse artsen en instellingen
- > afspraken rondom de dagelijkse begeleiding van de patiënt

Opiaatonderhoudsbehandeling en verslaafde zwangere vrouwen

Elke niet behandelde zwangere patiënte die opiaatafhankelijk is geeft een risico op beschadiging van de foetus door ongecontroleerd drugsgebruik, een ongezonde levensstijl en het gebrek aan prenatale zorg. Bovendien brengt een acute ontgiftiging tijdens de zwangerschap schade aan de foetus aan. Kinderen die worden geboren en zijn blootgesteld aan opiaten hebben over het algemeen een lager geboortegewicht, een kleinere omtrek van het hoofd. Ook zijn deze kinderen zijn over het algemeen kleiner dan kinderen die niet zijn blootgesteld aan opiaten.

Methadon

Het advies bij zwangerschap is de vrouw en haar eventuele partner voorrang te verlenen zodat snel gestart kan worden met opiaatonderhoudsmedicatie. Voor het ongeboren kind is het van groot belang een stabiele dosering methadon te krijgen, zodat het eventuele gebruik van illegale drugs door de zwangere vrouw vermindert dan wel stopt. De partner snel bij de behandeling te betrekken heeft voor een stabiel leven van de vrouw vaak een positief effect. Het meest ideale gebruik tijdens de zwangerschap lijkt te zijn de zwangere vrouw vroeg in te stellen op een lage dosis (max. 40 mg) methadon en niet af te bouwen. Er moet rekening gehouden worden met veranderingen in het metabolisme van methadon tijdens het laatste trimester van de zwangerschap, waardoor bij gelijke dosis methadon een lagere serumspiegel wordt bereikt dan in het begin van de zwangerschap of na de bevalling.

Buprenorfine

Uit het weinige onderzoek dat is gedaan naar de effecten van zowel methadon als buprenorfine op bijvoorbeeld het neonatale onttrekkingssyndroom (NAS) blijkt dat buprenorfine vergeleken met methadon een gunstiger effect heeft op het aantal te behandelen NAS baby's, ook op de hoeveelheid medicatie die een NAS baby nodig heeft direct na de geboorte en op de lengte van de ziekenhuisopname van deze baby's (Jones et. Al., 2005).

In de literatuur worden echter verschillende aanbevelingen gedaan over gebruik van buprenorfine tijdens de zwangerschap. De FDA bijvoorbeeld raadt in 2004 aan dit middel te staken indien de vrouw zwanger is en over te stappen op methadon (Jones, 2004). Terwijl het WINAP (wetenschappelijke bureau van de KNMP) andere medicatie (pethidine of fentanyl) dan methadon en buprenorphine aanraadt op basis van beschikbaar onderzoek. Naar de effecten

van buprenorfine als onderhoudsbehandeling tijdens de zwangerschap zal verder onderzoek moeten worden gedaan. In deze richtlijn wordt methadon als eerste middel aangeraden.

Aandachtspunten bij de begeleiding

Veel aandacht moet worden geschonken aan chronisch verslaafde vrouwen die zwanger worden en in een slechte voedingstoestand verkeren, of door matige of slechte therapietrouw moeizaam toegang hebben tot prenatale zorg. Aangeraden wordt om het instellingsgebonden KVO (Kinderen van Verslaafde Ouders) protocol in werking te stellen en als verslavingsarts en verslavingsverpleegkundigen nauw samen te werken met gynaecoloog, verloskundige en Stichting Jeugdzorg. In het behandelingsplan van de vrouw zal in zowel de medicatiemodule als in de begeleidingsmodule een aantal zaken rondom de zwangerschap nauwkeurig bijgehouden moeten worden. Indien de verpleegkundige naast de medicatiemodule ook een centrale rol in de begeleiding heeft is zij de aangewezen persoon om in nauwe samenwerking met de verslaafde vrouw, de verslavingsarts, de huisarts en de gynaecoloog/verloskundige de volgende gegevens bij te houden:

- > basale gegevens over de zwangerschap/de ongeboren vrucht
- > samenwerkingsafspraken met de gynaecoloog en de verloskundige
- > samenwerkingsafspraken met de huisarts
- > afspraken over de plaats van de bevalling
- > afspraken over de opvang van het kind
- > afspraken over de dosering van de opiaatvervanger en het monitoren van de gezondheid van de vrouw

Patiënten met psychiatrische comorbiditeit

Uit de voor deze richtlijn verrichte literatuurstudie naar de psychiatrische comorbiditeitsproblemen bij patiënten met een onderhoudsdosering methadon blijkt dat 50-75% van de patiënten ook psychiatrische As-I van de DSM IVRproblematiek kennen zoals;

- > Stemmingsstoornissen; recidiverende depressie, bipolaire stoornissen en dysthyme stoornis
- > Angststoornissen; fobieën, gegeneraliseerde angststoornissen, obsessieve-compulsieve stoornissen, paniekstoornis en PTSS
- > 46% van de patiënten in een methadon onderhoudsdoseringsprogramma heeft persoonlijkheidsproblematiek

Inmiddels is duidelijk dat bij een chronische opiaatverslaving het middelengebruik specifieke risico's heeft voor de psychiatrische problematiek en andersom. Bij de screening in de verslavingszorg moet veel aandacht worden besteed aan deze comorbide problemen. Deze problemen moeten gediagnosticeerd worden en een onderdeel worden van een behandelingsplan van de patiënt. Het is hierin van belang dat de arts in samenwerking met de verpleegkundige stil staat bij de verschillende manieren van zelfmedicatie die patiënten toepassen en het verkregen effect, in verleden en heden. Daarna is het van groot belang dat de verslavingszorg een goede multidisciplinaire samenwerking met GGz instellingen start en gezamenlijke afspraken rondom een patiënt maakt over periodieke monitoring.

Hieronder worden alleen de medicamenteuze interventies summier beschreven, voor details van het gezamenlijke begeleidingsaanbod vanuit de verslavingszorg en de reguliere GGz instelling verwijzen wij naar de richtlijn Dubbele Diagnostiek, Dubbele Hulp van Resultaten Scoren uit 2003 en naar hoofdstuk 6, paragraaf 3 van deze richtlijn.

Angst en stemmingsstoornissen, unipolaire depressie

Afhankelijk van de ernst van de stoornis en de verdere problematiek van de patiënt wordt hierbij aangeraden allereerst met methadon het gebruik van heroïne te verminderen en hierbij gebruik te maken van de kalmerende werking van methadon. Verdwijnen de klachten niet of onvoldoende dan is ook andere medicatie een optie.

Alleen bij het optreden van Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) is ook het direct medicamenteus ondersteunen van deze klachten geïndiceerd, zodat de patiënt stabiliseert en het functioneren kan verbeteren. Herbelevingen en het optreden van nachtmerries worden namelijk onderdrukt door het gebruik van heroïne, cocaïne en benzodiazepinen. Afbouw van deze middelen zal de herbeleving in verhevigde mate terug laten keren.

Middelzware tot ernstige depressies

Bij middelzware tot ernstige depressies dienen bij aanvang van de behandeling een antidepressivum te worden voorgeschreven. De voorkeur gaat daarbij uit naar een SSRI en met name citalopram (Cipramil®) vanwege het ontbreken van interacties. Bij een psychotische depressie kan hier een antipsychoticum aan worden toegevoegd. Daarbij gaat de voorkeur uit naar een middel dat niet cardiotoxisch is en weinig serotonerge en sedatieve effecten heeft. Op basis hiervan komen sulpiride (Dogmatil®) en risperidone (Risperdal®) in aanmerking. Het verminderen van het middelengebruik is een belangrijk doel in de behandeling vanwege de sterk negatieve effecten hiervan op de depressie.

Ernstige en aanhoudende psychiatrische stoornissen

Hierbij moet gedacht worden aan schizofrenie en bipolaire stoornissen. Hierbij treden op; hallucinaties, waangedachten en verminderde emotionele reponsen. De aanpak van zowel het gebruik van opiaten als de aanpak van bovengenoemde klachten is tegelijkertijd geïndiceerd. In een acute fase van schizofrenie is het belangrijk dat de patiënt gestabiliseerd wordt met antipsychotica, het ophogen van de dosering methadon bij optredende psychoses vooral die met dysforie en agitatie is een andere optie.

Middelengebruik heeft in eerste instantie een positief effect op de bijwerkingen van de ingenomen medicatie op lange termijn is het echter schadelijk.

Bipolaire stoornissen

Bij bipolaire stoornis zijn psychiatrische symptomen en symptomen van middelengebruik of onthouding sterk gelijkend. Voor ernstige manische of mixed-episode problemen is lithium gecombineerd met een antipsychoticum of, valproaat gecombineerd met een antipsychoticum een farmacologische interventie. Bij minder ernstige problemen kan alleen lithium, valproaat of een antipsychoticum afdoende zijn.

Persoonlijheidsproblematiek

Persoonlijheidsstoornissen vooral van het cluster B; antisociale, borderline en narcistische persoonlijkheidsstoornissen komen regelmatig voor bij heroïneverslaafde patiënten. Stabilisering van het dagelijkse gebruik o.a. met opiaatvervanger is een centrale aanpak in eerste instantie zodat therapietrouw toe kan nemen en automutilatie en zelfbeschadigende impulsen verminderen. Bij deze problemen wordt geen specifieke farmacotherapie aangeraden.

Vaak bestaan er echter ook kenmerken van stoornissen uit het excentrieke of angst-vermijdende cluster, die gemaskeerd worden door die uit het dramatische cluster.

Jongeren

De minimum leeftijd voor het instellen van een opiaatonderhoudsbehandeling is in Nederland 16 jaar, maar het is aan de behandelend arts vast te stellen of van deze grens afgeweken zou kunnen worden. Er is tot nu toe te weinig onderzoek gedaan naar de effecten en bijwerkingen van opiaatonderhoudsmedicatie bij adolescenten jonger dan 16 jaar. Vanaf ongeveer 16 jaar komen jongere verslaafden patiënten in aanmerking voor de normale doseringen opiaatonderhoudsmedicatie.

Jongeren ouder dan 16 jaar, die wilsbekwaam zijn, kunnen opiaatonderhoudsbehandeling krijgen zonder dat ouders/voogd hiervan op de hoogte worden gesteld. De adolescent moet uitdrukkelijk toestemming geven voor het inlichten van ouders/voogd. Jongeren onder de 16 jaar kunnen voor opiaatonderhoudsbehandeling in aanmerking komen wanneer zowel zijzelf als de ouders/voogd hiervoor een toestemming/behandelingsovereenkomst hebben gesloten. Hierop is alleen een uitzondering mogelijk wanneer zwaarwegende argumenten aanwezig zijn (bij de adolescent en bij de hulpverlener) om de behandeling te starten zonder deze toestemming.

Ouderen

Bij ouderen moet de dosis methadon en buprenorfine vaak worden aangepast op geleide van leverfuncties en klinische symptomen die worden veroorzaakt door een vertraagde afbraak. Er bestaat bij ouderen een verhoogde kans op hypotensie en collaps.

Verder moet er bij ouderen extra aandacht zijn voor het mogelijk wegvallen of zwakker worden van hun sociale netwerk, hun vangnet.

Patiënten met psychoactieve stoffen

Uit de literatuurstudie die is verricht voor deze richtlijn naar de comorbiditeit van andere psychoactieve stoffen bij patiënten met een onderhoudsdosering methadon blijkt dat:

- > de meeste patiënten 4 tot 5 verschillende psycho-actieve stoffen tegelijkertijd gebruiken
- > 7 tot 9 van de 10 patiënten ook regelmatig cocaïne gebruiken
- > methadon wel het gebruik van opiaten vermindert en eveneens het gebruik van cocaïne, van marihuana gebruik en van alcohol
- > het starten van een onderhoudsdosering methadon stabiliserend werkt op het gebruiken van andere stoffen voor de meeste patiënten

Uit de studie blijkt ook dat er nog weinig kennis is over de aanpak van dit probleem. Wel is duidelijk dat er bij iedere screening rekening gehouden moet worden dat patiënten meerdere middelen gebruiken. Het gebruik moet gesignaleerd worden door de hulpverlening en opgenomen worden in het behandelingsplan van een patiënt. Het vergaren van kennis over dit gebruik en het effect op iemands leven blijven van groot belang.

Benzodiazepinen gebruik naast een opiaatverslaving

Drugsverslaafde patiënten gebruiken vaak benzodiazepinen omdat deze middelen:

- > de afkick van heroïne en methadon verminderen
- > het effect van de methadon verhogen
- > een te sterk effect van cocaïne dempen
- > de slapeloosheid voortkomend uit cocaïne gebruik opheffen
- > de gespannenheid van de gebruiker verminderen
- > als zelfmedicatie worden gebruikt bij slapeloosheid, en angst en gespannenheid
- > makkelijk geld opbrengen in de verkoop

Er is een kleine groep chronische drugsverslaafden die al jarenlang benzodiazepinen slikt en waarvan uit de praktijk blijkt dat bij stoppen van het voorschrijven van deze middelen veel problemen ontstaan in het leven van de verslaafde en in de interacties tussen de hulpverlener en de patiënt. In deze gevallen is het langdurig voorschrijven van benzodiazepinen een vorm van palliatie. (Zie voor verdere informatie en als leidraad het Farmacotherapeutisch Kompas, 2004).

4.17 Bijzondere regelingen: vakantie en opiaatonderhoudsbehandeling

Patiënten gaan op vakantie. Vanwege het regelen van een verstrekking elders en/of het organiseren van een hoeveelheid opiaatonderhoudsmedicatie is het noodzakelijk dat deze vakantieverstrekking ruim van te voren door de patiënt wordt aangevraagd. Een patiënt kan alleen maar een vakantieverstrekking mee krijgen indien er sprake is van:

- > een stabiele dosis opiaatvervanger (tenminste 4 weken een vaste dosering) met daarbij een positieve urine uitslag op methadon
- > een overtuiging bij de 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)

Voor een vakantie in het buitenland geldt als extra aandachtspunt:

- > een toestemming bestaat deze medicatie in het vakantieland mee te nemen/in bezit te hebben
- > valide reisdocumenten overlegd kunnen worden

Vakantieregeling

De instelling dient in een folder de regels en de procedures rondom de vakantieregeling zoals deze in de instelling geldig zijn kenbaar te maken. In elke medicatiemodule staat per individuele patiënt vast hoe deze regeling in de praktijk uitgewerkt moet worden. In het multidisciplinaire overleg dient op basis van de wens van de patiënt en de indruk van de verschillende hulpverleners (met de arts als medisch eindverantwoordelijke), besloten te worden of de vakantieverstrekking doorgang kan vinden. Het betreft hier een medisch verantwoorde wijze van beslissen over het meegeven van medicatie. Deze beslissing is afhankelijk van de hulpvraag van de patiënt. De patiëntprofielen, die aangeven hoe stabiel een patiënt is wat betreft de verslavingsproblematiek zijn een hulpmiddel bij het vaststellen van de vakantie medicatieregelingen.

Indicaties voor een vakantieverstrekking

Hoofdprofielen	Mogelijk medicatieregelingen
Scene mijder	Meegeef dosis aan patiënt
Scene bezoeker	Verstrekking via een apotheek elders, of verstrekking via een instelling elders, voor het buitenland een meegeef dosis aan patiënt
Scene bewoner	Verstrekking onder toezicht elders via een instelling

Vakantie in het binnenland

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 eerste begeleider van de patiënt gedaan. Slechts wanneer dit niet mogelijk is worden extra doses meegegeven.

Vakantie in het buitenland

Bij verblijf in het buitenland wordt een Schengenverklaring aangevraagd voor België, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Italië, Luxemburg, Oostenrijk, Portugal, Spanje en Zweden. Wanneer het geen Schengenland is dient toestemming bij de ambassade of het consulaat van het betreffende land gevraagd te worden. Overigens geeft noch een Schengenverklaring, noch de toestemming van een ambassade de garantie dat er geen problemen ontstaan bij de grens of in het land zelf door het in bezit hebben van deze middelen. (zie bijlage 7, de reisverklaring). Ook moet men erop bedacht zijn dat niet alleen opiaatonderhoudse medicatie op de opium-lijst staan. Onder de opiumwet vallen ook de meeste benzodiazepinen zoals diazepam en oxazepam. Zie bijlage 8 voor lijsten van middelen die onder de opiumwet vallen.

4.18 Gemiste doseringen*Methadon*

Als iemand meer dan twee dagen geen methadon slikt dan moet daarmee rekening gehouden worden in de dosering. De afname van de tolerantie komt overeen met circa 5 mg methadon minder per dag. De volgende vuistregels kunnen hierbij worden gehanteerd (Vossenbergh, 2002).

- 1) Patiënten die één verstrekking hebben gemist en waarbij de dosis 40 mg of minder is krijgen hun normale dosis.
- 2) Aan patiënten die één verstrekking hebben gemist en waarbij de dosis hoger dan 40 mg is wordt de normale dosis verstrekt, tenzij dit al vaker is voorgekomen. Dan wordt de dosis per gemiste achtereenvolgende dag met 5 mg verminderd. Vanaf die dosis wordt de dosering opgebouwd tot de dosis waar de patiënt op stond.
- 3) Bij patiënten die meer dan één verstrekking hebben gemist, maar minder dan twee weken, wordt de dosis als volgt opnieuw opgebouwd. Per achtereenvolgende 'gemiste' dag wordt de dosis geminderd met 5 mg, maar niet verder dan een dagdosis van 20 mg. Per week wordt de dosis met 10 mg opgebouwd tot de oude dosis. De patiënt dient tijdens deze opbouw in principe 3 maal per week te komen i.v.m. de monitoring van de effecten. Wanneer de patiënt binnen twee maanden meerdere malen meer dan twee dagen een verstrekking heeft gemist, dan wordt de dosis verder verminderd tot minder dan 20 mg en eventueel volledig afgebouwd.
- 4) Wanneer een patiënt 14 dagen of langer niet is geweest voor verstrekking en ook niet op een andere aantoonbare en reguliere manier methadon verstrekt heeft gekregen, stopt de verstrekking. De patiënt moet dan opnieuw een intakeprocedure doorlopen.

Voor patiënten die op vakantie zijn geweest, maar langer weg zijn gebleven dan de periode waarvoor ze methadon hebben gekregen geldt:

 - a. Als hij/zij binnen twee weken nadat men terug had moeten zijn zich weer meldt, wordt per dag de dosis met 5 mg verlaagd, tot een dagdosis niet lager dan 20 mg. Vervolgens wordt de dosis met 10 mg per week opgebouwd tot de oude dosis
 - b. Als de patiënt zich meer dan twee weken later weer meldt, wordt de dosis vanaf 0, met 10 mg per week opgebouwd. Echter, alleen als hierover van tevoren afspraken zijn gemaakt! Wanneer dit niet het geval is, dan vindt een nieuwe intake plaats.

In alle gevallen moet expliciet gevraagd worden of de patiënt methadon, of een ander middel doorgebruikt heeft en zo ja, hoeveel en hoe lang. In geval van twijfel wordt eerst een UC gedaan.

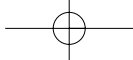
Extra methadon

In uitzonderlijke gevallen kan een patiënt één of meerdere extra doses methadon krijgen, onder de volgende voorwaarden.

- > Nadat een patiënt de methadon kort na inname heeft uitgebraakt en dit gezien is door de verpleegkundige(n) of andere medewerkers. De hoeveelheid extra methadon hangt af van het moment na inname. Na een uur maximaal 50%, na twee uur niets meer omdat dan de meeste methadon al opgenomen is. Als de methadon binnen 10 minuten wordt uitgebraakt, wordt een nieuwe dagdoses gegeven
- > Bij extreme diarree en optredende ontwenningsverschijnselen, na een gesprek met de verpleegkundige en met arts, die een dosis vaststelt.

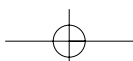
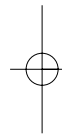
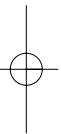
Buprenorfine

Als een patiënt meer dan vijf dagen geen buprenorfine heeft ingenomen moet deze persoon opnieuw worden ingesteld en door een arts worden gezien. De patiënt zal op een lagere dosis dan voorheen ingesteld moeten worden. Bij braken na 'inname' van het middel zijn geen problemen te verwachten.



Bijlagen bij hoofdstuk 4

1. DSM-IV en ICD-10 criteria voor afhankelijkheid
2. Klinisch relevante interacties met methadon en buprenorfine
3. Voorbeeldrecept
4. Protocol urineonderzoek
5. OOS, SOS en VAS schaal craving
6. Voorbeeldbrief afstemming zorg
7. Reisverklaring buitenland
8. Lijst I en II van middelen genoemd in de opiumwet



Bijlage 1

DSM-IV en ICD-10 criteria voor afhankelijkheid

DSM-IV criteria voor afhankelijkheid (American Psychiatric Association, 1994)

Een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende, die zich op een willekeurig moment in dezelfde periode van twaalf maanden voordoen. Afhankelijkheid van een middel. Hiervan is sprake als drie of meer van de volgende criteria zich op een willekeurig moment in een periode van 12 maanden voordoen:

1. Tolerantie, zoals blijkt uit: een behoefte aan duidelijk toenemende hoeveelheden van het middel om een intoxicatie of de gewenste werking te bereiken. Of een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid van het middel.
2. Onthouding, zoals blijkt uit: het voor het middel karakteristieke onthoudingsyndroom. Of het gebruik van hetzelfde (of een nauw hiermee verwant) middel om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden.
3. Het middel wordt vaak in grotere hoeveelheden of gedurende een langere tijd gebruikt dan het plan was.
4. Er bestaat de aanhoudende wens of er zijn weinig succesvolle pogingen om het gebruik van het middel te verminderen of in de hand te houden.
5. Een groot deel van de tijd gaat op aan activiteiten nodig om aan het middel te komen, aan het gebruik van het middel, of aan het herstel van de effecten ervan.
6. Belangrijke sociale of beroepsmatige bezigheden of vrijetijdsbesteding worden opgegeven of verminderd vanwege het gebruik van het middel.
7. Het gebruik van het middel wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een hardnekkig of terugkerend sociaal, psychisch of lichamelijk probleem is dat waarschijnlijk wordt veroorzaakt of verergerd door het middel.

ICD-10 criteria voor afhankelijkheid (Wereld Gezondheidsorganisatie)

Het gaat hierbij om een cluster van fysiologische, gedrags- en cognitieve verschijnselen waaruit blijkt dat iemand een veel hogere prioriteit geeft aan het gebruik van een stof of een categorie stoffen dan aan andere dingen die vroeger voor hem belangrijk waren. Kenmerkend daarbij is het sterke - vaak overweldigende - verlangen ("craving") naar gebruik van de stof. De diagnose "afhankelijkheid" kan pas definitief gesteld worden als zich in het voorgaande jaar ten minste drie van de onderstaande kenmerkende verschijnselen hebben voorgedaan:

- a) een sterke hunkering of aandrang de stof te gebruiken ("craving")
- b) een verminderd vermogen om het gebruik van het middel te beheersen, te matigen of te beëindigen (controleverlies)
- c) het optreden van typische fysiologische onthoudingsverschijnselen bij onderbreken of verminderen van gebruik, of het gebruiken van de stof (of een verwant middel) om deze verschijnselen te voorkomen of te verlichten
- d) het ontstaan van tolerantie voor de stof: men heeft steeds meer nodig om het beoogde effect te bereiken of eenzelfde dosis geeft bij herhaald gebruik een steeds geringer effect
- e) preoccupatie met gebruik, merkbaar doordat andere vormen van plezier of interesses worden verwaarloosd en in toenemende mate tijd wordt besteed aan het bemachtigen en gebruiken van de stof en het bijkomen van de uitwerking daarvan
- f) doorgaan met gebruik, ondanks duidelijk nadelige gevolgen op sociaal, psychisch en maatschappelijk gebied waar de persoon in kwestie zich terdege van newust is (of geacht kan worden zich bewust te zijn)

Bijlage 2

Interacties

Klinisch relevante interacties met methadon en buprenorfine

Tabel 1: interacties met methadon

Interacterend middel	Type interactie ¹	Effect	Ref.
ethanol	FD	Sterke potentiëring van ademhalingsdepressie	1-4
naloxon (i.v.)	FD: <i>competitieve receptor-blokkade</i>	Verminderde werking, of acuut onttrekkingsyndroom (verslaafden)	1-6
pentazocine, buprenorfine, nalbufine	FD: <i>competitieve receptor-blokkade (partieel agonisme)</i>	Verminderde werking, of acuut onttrekkingsyndroom (verslaafden)	1-3, 5, 6
fenobarbital (en overige barbituraten)	FD FK: <i>inductie CYP3A4</i>	Potentiëring (bij)werkingen <-> Verminderde werking, of acuut onttrekkingsyndroom	1-3, 7
benzodiazepinen	FD	Potentiëring (bij)werkingen, o.a. ademhalingsdepressie	1-4
fenytoïne, carbamazepine	FK: <i>inductie CYP3A4</i>	Verminderde werking, of acuut onttrekkingsyndroom	1-3, 6, 7, 9
rifampicine, rifapentine, rifabutine	FK: <i>inductie CYP3A4</i>	Verminderde werking, of acuut onttrekkingsyndroom	1-4, 7, 9
hypericum perforatum (Sint Janskruid)	FK: <i>inductie CYP3A4</i>	Verminderde werking, of acuut onttrekkingsyndroom	1-5
amprenavir, fosamprenavir, lopinavir/ritonavir, nelfinavir, ritonavir (proteaseremmers)	FK	Verminderde werking, of acuut onttrekkingsyndroom, bij staken HIV-therapie kan het effect van methadon weer toenemen	5, 8, 9
zidovudine	FK	Toxiciteit zidovudine kan toenemen	4-9
efavirenz, nevirapine (NNRTIs)	FK: <i>inductie CYP3A4</i>	Verminderde werking, of acuut onttrekkingsyndroom, bij staken HIV-therapie kan het effect van methadon weer toenemen	1-3, 5, 8, 9
cisapride	FD	QT-verlenging kan optreden.	5
voriconazol	FK: <i>remming CYP3A4</i> FD	Verhoogde spiegels kunnen de (bij)werkingen van methadon versterken. QT-verlenging kan optreden.	4
fluconazol	FK: <i>remming CYP3A4</i>	Verhoogde spiegels kunnen de (bij)werkingen van methadon versterken	1-4, 9
moxifloxacin	FD	QT-verlenging kan optreden.	5
cimetidine	FK: <i>remming CYP3A4</i>	Verhoogde spiegels kunnen de (bij)werkingen van methadon versterken	1-3
pimozide	FD	QT-verlenging kan optreden.	5
terfenadine	FD	QT-verlenging kan optreden.	5
sertindol	FD	QT-verlenging kan optreden.	5

¹ FD = farmacodynamisch, FK = farmacokinetisch.

De 1B-teksten maken hiernaast melding van een 3x versnelde uitscheiding indien de urine is aangezuurd. Tevens dient men voorzichtig te zijn bij hypothyreoïdie. Implicaties voor nadelige effecten veroorzaakt door hieraan gerelateerde medicatie zijn echter nergens beschreven.

Interacterend middel	Type interactie ¹	Effect	Ref.
ethanol	FD	Potentiëring (bij)werkingen.	10, 11
naltrexon	FD: <i>combinatie partieel agonist met antagonist</i>	Onthoudingsverschijnselen buprenorfine.	6
morfinomimetica	FD: <i>combinatie partieel agonist met agonist</i>	Onthoudingsverschijnselen morfinomimeticum.	4-6, 10, 11
midazolam	FK: <i>remming CYP3A4</i> FD	Potentiëring (bij)werkingen, mede door verlaagd metabolisme midazolam.	10-13
diazepam en andere benzodiazepinen	FD	Potentiëring (bij)werkingen (diazepam: ademhalingsdepressie of circulatoire collaps).	4, 12

Tabel II: interacties met buprenorfine

¹ FD = farmacodynamisch, FK = farmacokinetisch.

N.B. Naast de hierboven beschreven interacties is het aannemelijk dat, gezien het inhiberende effect van buprenorfine op CYP2D6 en (in mindere mate) op CYP3A4, combinatie met middelen die door deze enzymen worden gemetaboliseerd kan leiden tot klinisch relevante interacties [12]. Deze interacties zijn echter niet beschreven in literatuur (m.u.v. midazolam [13]).

Referenties:

- 1B-tekst Methadon Concentraat voor Drank
- 1B-tekst Pinadone[®] (methadon)
- 1B-tekst Symoron[®] (methadon)
- Micromedex[®] Healthcare Series. Geraadpleegd 12-10-2005.
- Commentaren Medicatiebewaking 2005. Health Base.
- WINAp-interacties. KOMBI/rom. Geraadpleegd 12-10-2005.
- Hansten and Horn's Drug Interactions Analysis and Management. 1997.
- Burger DM, et al. Klinisch relevante interacties met anti-HIV-middelen. Pharm Weekbl 2002; 137(7): 248-54.
- Ferrari A, et al. Methadone – metabolism, pharmacokinetics and interactions. Pharmacol Res 2004; 50: 551-9.
- 1B-tekst Temgesic[®] tabletten (buprenorfine)
- 1B-tekst Temgesic[®] injectie (buprenorfine)
- Zhang W, et al. Interaction of buprenorfine and its metabolite norbuprenorfine with cytochromes P450 in vitro. Drug Metab Dispos 2003; 31(6): 768-72.
- Chang Y, et al. Effect of benzodiazepines on the metabolism of buprenorfine in human liver microsomes. Eur J Clin Pharmacol 2005; 60: 875-881.


Bijlage 3

Voorbeeldrecept

Recept

datum 11 oktober 2005

Re Methadondrank twee mg/ml
d.t.d. acht maal "éénhonderden-
vijfenzeventig ml.
S éénmaal daags vijftwintig ml
wekaflering à "éénhonderden-
vijfenzeventig ml. Start datum =
veertien oktober tweeduizend vijf.



naam Hr. O.P. Zwaarden
geboortedatum sep. 16 okt. 1959
adres Haagbuitenweg 113
Lichtenaarde.

voorgeschreven door:
J.F.K. van Aerdegoede, arts
Centrum voor Verslavingszorg Avondrood
Diamandronde 34-36
Lichtenaarde
telefoon 0391-121999

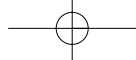
Bijlage 4

Voorbeelden van urine afname protocollen

- 1) Nadat de patiënt is opgeroepen om urine in te leveren voor controle op drugs, krijgt hij/zij van de verpleegkundige/VIG-ers een instructie hoe dit plaats zal vinden.
- 2) De patiënt en de verpleegkundige/VIG-er gaan samen naar de afnameplaats.
- 3) De patiënt dient de handen te wassen.
- 4) De patiënt ontvangt twee buizen (voorzien van etiket met naam, geboorte-datum, m/v, registratienummer, afnamedatum en tijd) en controleert de gegevens op juistheid.
- 5) De patiënt neemt een schone opvangbeker.
- 6) De patiënt produceert onder toezicht van de toezichthouder een urinemonster.
- 7) De patiënt verdeelt dit urinemonster over de buizen A en B en draait de deksel van de buizen rechtsom tot een ratelend geluid wordt gehoord.
- 8) De verpleegkundige neemt de buizen A en B in ontvangst en vult samen met de patiënt het blauwe formulier "AANVRAAGFORMULIER VOOR GENEESMIDDELBEPALINGEN IN LICHAAMSVLOEISTOFFEN" in. Hierop is een etiket geplakt met dezelfde gegevens als op de buizen A en B.
- 9) De patiënt en de verpleegkundige tekenen de "CONTROLELIJST URINE AFNAME" ten teken dat alles volgens de vastgestelde procedure is verlopen.
- 10) Buis A wordt in een afsluitbare box verzonden naar het farmaceutisch laboratorium. Buis B wordt op locatie bewaard in een koelkast voor eventuele contra-expertise.
- 11) Buis A wordt bij een negatieve uitslag gedurende een week in de koelkast bewaard door het farmaceutisch laboratorium. Bij een positieve uitslag is deze termijn vier weken.
- 12) Buis B wordt op locatie bewaard tot de uitslag bekend is. Bij een negatieve uitslag kan deze buis vernietigd worden. Bij een positieve uitslag is overleg noodzakelijk met de patiënt over een eventuele contra-expertise.

In dit protocol wordt omschreven hoe urinecontroles worden uitgevoerd in het kader van klinische- of dagbehandeling. Er kunnen sancties aan de resultaten van het onderzoek worden gekoppeld. Dit vereist een uiterst zorgvuldige procedure, waarbij de mogelijkheid tot beroep is ingebouwd

1. VOORLICHTING AAN DE PATIENT.
Patiënten dienen zowel mondeling als schriftelijk te worden geïnformeerd. De instelling moet zorg dragen voor een uitgebreide en duidelijke voorlichting. De patiënt zal moeten worden gewezen op het recht op contra-expertise (identiek tweede monster, zelfde methode, ander laboratorium) en bevestigingsonderzoek (zelfde monster, andere methode, zelfde laboratorium) en de daaromtrent geldende regels.
2. VERZAMELEN VAN HET URINEMONSTER.
Doel van deze procedure is te garanderen dat de urine die wordt onderzocht zonder enige twijfel van de patiënt zelf is en in goede staat op het laboratorium arriveert. Hiervoor is nodig dat zowel de buisjes als de formulieren van overeenstemmende patiëntgegevens worden voorzien en dat een patiënt alleen zijn eigen buisje hanteert en geen gelegenheid heeft tot manipulatie van een ander buisje.
 - > Patiënt wordt kort voordat de urine moet worden opgevangen mondeling in kennis gesteld.
 - > Patiënt en verpleegkundige gaan samen naar de opvangruimte. Patiënt wast handen en ontvangt twee buisjes voorzien van etiket met naam, geboortedatum, persoonlijk registratienummer, plasdatum en plastijd, dopjes en een schoon plastic koffiebekertje.
 - > Patiënt controleert de juistheid van de gegevens.
 - > Patiënt produceert onder toezicht van de verpleegkundige een urinemonster in het bekertje en giet zelf vanuit dit bekertje de urine in de twee buisjes (3/4 vol) en sluit de buisjes met een dopje.
 - > De verpleegkundige belast met de urinecontrole kan geen andere taken tegelijkertijd uitvoeren.
 - > De verpleegkundige neemt buisjes in ontvangst, controleert of de naam, geboortedatum, persoonlijk registratienummer, plasdatum en plastijd goed op de buisjes staan of de buisjes de juiste hoeveelheid urine bevatten en of de buisjes goed gesloten zijn.
 - > Bij patiënten met ernstige tremoren die het buisje zelf niet kunnen vullen, dient de verpleegkundige dit te doen onder toezicht van de patiënt.
 - > Zowel de patiënt als degene die voor de monsterinname verantwoordelijk is, tekenen op de daartoe bestemde controlelijst voor een correct verlopen procedure.
 - > Op het, door het lab. verstrekte en voorgedrukte analyse-/aanvraagformulier, worden dezelfde gegevens ingevuld/opgeplakt die op de buisjes worden vermeld.
 - > Verder wordt er ingevuld welke analyses er moeten worden verricht.
 - > Bovendien wordt relevante informatie vermeld over eventuele medicatie, pathologie en fysiologische omstandigheden.
 - > De beide monsters worden in een afgesloten box met de bijbehorende formulieren naar het laboratorium gezonden.
 - > Over iedere positieve uitslag die mogelijkerwijs vragen oproept vindt overleg plaats tussen laboratorium specialist en aanvrager (behandelend arts)
 - > Het laboratorium draagt zorg voor bewaring van het tweede monster met het oog op eventuele contra-expertise, voor de duur van tenminste een week na het bekend zijn van de uitslag bij de aanvrager. Hierna kan het tweede monster vernietigd worden.
 - > Bij een aanvraag voor contra-expertise wordt het tweede monster naar het daartoe aangezochte laboratorium verzonden.



Bijlage 5

OOS, SOS en VAS schaal Craving

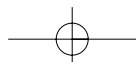
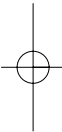
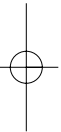
Objectieve Onthouding Schaal (OOS)

In te vullen door interviewer (verpleegkundige)

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

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

Gelijktijdig met de afname van de Objectieve vragenlijst (OOS) wordt door de patiënt de Subjectieve vragenlijst (SOS) ingevuld.



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

Datum:

Naam:

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

Bijlage 6

Voorbeeldbrief voor afstemming zorg

Aan geadresseerde

Datum:
Kenmerk:
Betreft:
Doorkiesnummer:
E-mail:

Geachte Collega ,

De heer/mevrouw.. is in behandeling bij onze instelling en bezoekt het artsenspreekuur. Cliënt ontvangt volgende medicatie van ons:

-
-
-
-

Mocht deze medicatie ook door u worden voorgeschreven, willen wij u verzoeken om hiermee te stoppen.

Indien u nog vragen heeft dan kunt u contact met mij opnemen via onderstaand telefoonnummer. Wij vertrouwen erop u met deze informatie voldoende van dienst te zijn geweest.

Met vriendelijke groet,

Naam
verslavingsarts

Bijlage 7

Reisverklaring buitenland (een zelfde reisverklaring in de taal van het land waarna gereisd gaat worden is aan te bevelen)

Briefhoofd van de instelling met alle gegevens
0031 aan nummers toevoegen

Plaats en datum

Medische verklaring voor medicijngebruik

Hierbij verklaar ik.....

Meneer/Mevrouw
Geboren:
Paspoortnummer

...tabletten methadonehychloride/buprenorfine mg. door mij voorgeschreven heeft gekregen. De dagelijkse dosis bedraagt...mg.

Het voorschrijven van deze medicijnen gebeurt alleen vanuit medische gronden. Bij vragen kunt u altijd contact opnemen met onze instelling voor verslavingszorg.

Hoogachtend,

Naam arts
Stempel arts
Telefoonnummer arts

Bijlage 8

Lijst I en II van middelen genoemd in de Nederlandse Opiumwet

(Tekst geldend op: 18-10-2005)

Lijst I

International Non-proprietary Name (INN) ⁶⁾	andere benamingen	nadere omschrijving
acetorfine	–	
–	acetyl- <i>alfa</i> -methylfentanyl	<i>N</i> -[1-(<i>alfa</i> -methylfenethyl)-4-piperidyl]-acetanilide
–	acetyldihydrocodeïne	4,5-epoxy-3-methoxy- <i>N</i> -methylmorfinan-6-yl-acetaat
acetylmethadol	–	
alfacetylmethadol	–	
alfameprodine	–	
alfamethadol	–	
	<i>alfa</i> -methylfentanyl	<i>N</i> -[1(<i>alfa</i> -methylfenethyl)-4-piperidyl]propionanilide
	<i>alfa</i> -methylthiofentanyl	<i>N</i> -[1-[1-methyl-2-(2-thienyl)ethyl]-4-piperidyl]propionanilide
alfaprodine	–	
alfentanil	–	
allylprodine	–	
amfetamine	–	
amineptine		7-[(10,11-dihydro-5H-dibenzo[<i>a,d</i>]cyclohepten-5-yl)amino]heptanoic acid
anileridine	–	
benzethidine	–	
–	benzylmorfine	3-benzoyloxy-4,5-epoxy- <i>N</i> -methyl-7-morfineen-6-ol
betacetylmethadol	–	
–	<i>beta</i> -hydroxy-3-methylfentanyl	<i>N</i> -[1-(<i>beta</i> -hydroxyfenethyl)-3-methyl-4-piperidyl]propionanilide

⁶⁾ De door de Wereldgezondheidsorganisatie vastgestelde generieke benaming.

-	<i>beta</i> -hydroxyfentanyl	N-[1-(<i>beta</i> -hydroxyfenethyl)-4-piperidyl]-propionanilide
betameprodine	-	
betamethadol	-	
betaprodine	-	
bezitramide	-	
-	bol kaf	alle delen van de plant <i>Papaver somniferum</i> L. na het oogsten, met uitzondering van het zaad
broramfetamine	-	
cathinon	-	
	2C-B	4-bromo-2,5-dimethoxyfenethylamine
-	2C-I	2,5-dimethoxy-4-iodofenethylamine
-	2C-T-2	2,5-dimethoxy-4-ethylthiofenethylamine
-	2C-T-7	2,5-dimethoxy-4-(n)-propylthiofenethylamine
clonitazeen	-	
-	cocablad	bladeren van planten van het geslacht <i>Erythroxylon</i>
-	cocaïne	(-)-3- <i>beta</i> -benzoyloxytroopaan-2- <i>beta</i> -carbonszure methylester
-	codeïne	4,5-epoxy-3-methoxy-N-methyl-7-morfineen-6-ol
codoxim	-	
-	concentraat van bol kaf	het materiaal dat wordt verkregen door bol kaf te onderwerpen aan een behandeling ter concentratie van zijn alkaloiden
desomorfine	-	
dexamfetamine	-	
dextromoramide	-	
dextropropoxyfeen	-	
diampromide	-	
diethylthiambuteen	-	

-	<i>N,N</i> -diëthyltryptamine, DET	3-[2-(diethylamino)ethyl]indol
difenoxine	-	
difenoxylaet	-	
dihydrocodeïne	-	
-	dihydroethorfine	7,8-dihydro-7- <i>alfa</i> -[1-(<i>R</i>)-hydroxy-1-methylbutyl]-6,14-endo-ethano-tetrahydro-oripavine
-	dihydromorfine	4,5-epoxy- <i>N</i> -methylmorfinan-3,6-diol
dimefeptanol	-	
dimenoxadol	-	
-	2,5-dimethoxyamfetamine, DMA	(±)-2,5-dimethoxy- <i>alfa</i> -methylfenethylamine
-	2,5-dimethoxy-4-ethylamfetamine, DOET	(±)-4-ethyl-2,5-dimethoxy- <i>alfa</i> -methylfenethylamine
-	2,5-dimethoxy-4-methamfetamine, STP, DOM	2,5-dimethoxy- <i>alfa</i> ,4-dimethylfenethylamine
dimethylthiambuteen	-	
-	<i>N,N</i> -dimethyltryptamine, DMT	3-[2-(dimethylamino)ethyl]indol
dioxafetylbutiraat	-	
dipipanon	-	
-	DMHP	3-(1,2-dimethylheptyl)-7,8,9,10-tetrahydro-6,6,9-trimethyl-6H-dibenzo[b,d]pyran-1-ol
drotebanol	-	
-	ecgonine	3-hydroxy-2-tropaancarbonsuur
-	<i>N</i> -ethyl-3,4-methyleendioxy-amfetamine, <i>N</i> -ethyl-MDA	(±)- <i>N</i> -ethyl- <i>alfa</i> -methyl-3,4-(methyleen-dioxy)fenethylamine
ethylmethylthiambuteen	-	
-	ethylmorfine	4,5-epoxy-3-ethoxy- <i>N</i> -methyl-7-morfineen-6-ol
eticyclidine	-	
etonitazeen	-	
etorfine	-	

etoxeridine	-	
etryptamine	-	
fenadoxon	-	
fenampromide	-	
fenazocine	-	
fencyclidine	-	
fenetylline	-	
fenmetrazine	-	
fenomorfan	-	
fenoperidine	-	
fentanyl	-	
folcodine	-	
-	furethidine	1-(2-tetrahydrofurfuryloxyethyl)-4-fenyl-piperidine-4-carbonzure ethylester
-	hennepolie	concentraat van planten van het geslacht Cannabis (hennep) verkregen door extractie van hennep of hasjesj, al dan niet vermengd met olie
-	heroïne, diamorfine	4,5-epoxy-17-methylmorfinan-3,6-diyl-diacetaat
hydrocodon	-	
hydromorfinol	-	
hydromorfon	-	
-	<i>N</i> -hydroxymethyleen-dioxy-amfetamine, <i>N</i> -hydroxyMDA	(±)- <i>N</i> -[alfa-methyl-3,4-(methyleneedioxy)-fenethyl]hydroxylamine
hydroxypethidine	-	
isomethadon	-	
ketobemidon	-	
levamfetamine	-	

levofenacylmorfan	-	
-	levomethamfetamine	(-)-N,alfa-dimethylfenethylamine
levomethorfan	-	
levomoramide	-	
levorfanol	-	
lysergide		
mecloqualon	-	
-	mescaline	3,4,5-trimethoxyfenethylamine
metamfetamine	-	
metamfetamine racemaat	-	
metazocine	-	
methadon	-	
-	methadon-tussenproduct	4-cyano-2-dimethylamino-4,4-difenylbutaan
methaqualon	-	
-	methcathinon	(2-methylamino)-1-fenylpropaan-1-on
-	2-methoxy-4,5-methyleendioxyamfetamine, MMDA	2-methoxy- <i>alfa</i> -methyl-4,5-(methyleendioxy)-fenethylamine
-	4-methylaminorex	(±)- <i>cis</i> -2-amino-4-methyl-5-fenyl-2-oxazoline
methyldesorfine	-	
methyldihydromorfine	-	
-	3,4-methyleendioxymethamfetamine, MDMA	(±)-N,alfa-dimethyl-3,4-(methyleendioxy)-fenethylamine
methylfenidaat	-	
-	3-methylfentanyl	N-(3-methyl-1-fenethyl-4-piperidyl)propion-anilide
-	MPPP	1-methyl-4-fenyl-4-piperidinol propionaat (ester)
-	4-methylthioamfetamine, 4-MTA	4-methylthio- <i>alfa</i> -methylfenethylamine

-	3-methylthiofentanyl	<i>N</i> -[3-methyl-1-[2-(2-thienyl)ethyl]-4-piperidyl]propionanilide
metopon	-	
-	moramide-tussenproduct	2-methyl-3-morfolino-1,1-difenylpropan-carbon-zuur
morferidine	-	
-	morfine	4,5-epoxy- <i>N</i> -methyl-7-morfineen-3,6-diol
-	morfine-methobromide	4,5-epoxy- <i>N</i> -methyl-7-morfineen-3,6-diol methyl-bromide
-	morfine- <i>N</i> -oxide	4,5-epoxy-3,6-dihydroxy- <i>N</i> -methyl-7-morfine
myrofine	-	
nicocodine	-	
nicodicodine	-	
nicomorfine	-	
noracymethadol	-	
norcodeïne	-	
norlevorfanol	-	
normethadon	-	
normorfine	-	
norpipanon	-	
-	opium	het gestremde melksap, verkregen van de plant <i>Papaver somniferum</i> L.
oxycodon	-	
oxymorfon	-	
-	<i>para</i> -fluorfentanyl	4'-fluoro- <i>N</i> -(1-fenethyl-4-piperidyl)propion-anilide
-	parahexyl	3-hexyl-7,8,9,10-tetrahydro-6,6,9-trimethyl-6 <i>H</i> -dibenzo[<i>b,d</i>]pyran-1-ol
-	<i>para</i> -methoxyamfetamine, PMA	<i>p</i> -methoxy- <i>alfa</i> -methylfenethylamine

	<i>para</i> -methoxymethamfetamine, PMMA	<i>N</i> -methyl-1-(4-methoxyfenyl)-2-aminopropaan
	PEPAP	1-fenethyl-4-fenyl-4-piperidinolacetaat (ester)
pethidine	–	
–	pethidine-tussenproduct A	4-cyano-1-methyl-4-phenylpiperidine
–	pethidine-tussenproduct B	4-fenylpiperidine-4-carbonzure ethylester
–	pethidine-tussenproduct C	1-methyl-4-fenylpiperidine-4-carbonzuur
piminodine	–	
piritramide	–	
proheptazine	–	
properidine	–	
propiram	–	
–	psilocine	3-[2-(dimethylamino)ethyl]indol-4-ol
psilocybine	–	
racemethorfan	–	
racemoramide	–	
racemorfan	–	
remifentanil	–	
rolicyclidine	–	
secobarbital	–	
sufentanil	–	
tenamfetamine	–	
tenocyclidine	–	
–	tetrahydrocannabinol	(6 <i>aR</i> ,10 <i>aR</i>)-6 <i>a</i> ,7,8,10 <i>a</i> -tetrahydro-6,6,9-trimethyl-3-pentyl-6 <i>H</i> -dibenzo[<i>b,d</i>]pyran-1-ol
thebacon	–	
–	thebaïne	4,5-epoxy-3,6-dimethoxy- <i>N</i> -methyl-6,8-morfine

-	thiofentanyl	<i>N</i> -[1-[2-(2-thienyl)ethyl]-4-piperidyl]propion- anilide
tilidine	-	
-	TMA-2	2,4,5-trimethoxyamfetamine
trimeperidine	-	
-	3,4,5-trimethoxyamfetamine, TMA	(±)-3,4,5-trimethoxy- <i>alfa</i> -methylfenethylamine
zipeprol	-	

De esters en derivaten van ecgonine, die kunnen worden omgezet in ecgonine en cocaïne;
de mono- en di-alkylamide-, de pyrrolidine- en morfolinederivaten van lyserginezuur, en de daarvan door invoering van methyl-, acetyl- of halogeengroepen verkregen middelen;
vijfwaardige stikstof-gesubstitueerde morfinederivaten, waaronder begrepen morfine-N-oxide-derivaten, zoals codeïne-N-oxide;
de isomeren en stereoisomeren van tetrahydrocannabinol;
de ethers, esters en enantiomeren van de bovengenoemde substanties, met uitzondering van dextromethorfan (INN) als enantiomeer van levomethorfan en racemethorfan, en met uitzondering van dextrorfanol (INN) als enantiomeer van levorfanol en racemorfan;
preparaten die één of meer van de bovengenoemde substanties bevatten.

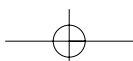
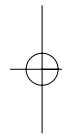
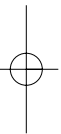
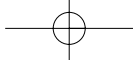
(Tekst geldend op: 18-10-2005)

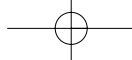
Lijst II

International Non-proprietary Name (INN)	andere benamingen	nadere omschrijving
allobarbital	–	
alprazolam	–	
amobarbital	–	
amfepramon	–	
aminorex	–	
barbital	–	
benzfetamine	–	
bromazepam	–	
brotizolam	–	
buprenorfine	–	
butalbital	–	
–	butobarbital	2-bromo-4-(<i>o</i> -chlorofenyl)-9-methyl-6 <i>H</i> -thieno[3,2- <i>f</i>]-s-triazolo[4,3- <i>a</i>][1,4]diazepine
camazepam	–	
cathine	–	
chlordiazepoxide	–	
clobazam	–	
clonazepam	–	
clorazepaat	–	
clotiazepam	–	
cloxazolam	–	
cyclobarbital	–	
delorazepam	–	
diazepam	–	
estazolam	–	
ethchlorvynol	–	
ethinamaat	–	
ethylloflazepaat	–	
ethylamfetamine	–	
fencamfamine	–	
fendimetrazine	–	
fenobarbital	–	
fenproporex	–	
fentermine	–	
fludiazepam	–	
flunitrazepam	–	
flurazepam	–	
gluthethimide	–	
halazepam	–	
haloxazolam	–	
–	hasjiesj	een gebruikelijk vast mengsel van de afgescheiden hars verkregen van planten van het geslacht Cannabis (hennep), met plantaardige elementen van deze planten

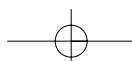
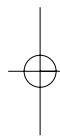
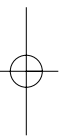
-	hennep	elk deel van de plant van het geslacht Cannabis (hennep), waaraan de hars niet is onttrokken, met uitzondering van de zaden 4-hydroxyboterzuur
ketazolam	-	
lefetamine	-	
loprazolam	-	
lorazepam	-	
lormetazepam	-	
mazindol	-	
medazepam	-	
mefenorex	-	
meprobamaat	-	
mesocarb	-	
methylfenobarbital	-	
methyprylon	-	
midazolam	-	
nimetazepam	-	
nitrazepam	-	
nordazepam	-	
oxazepam	-	
oxazolam	-	
pemoline	-	
pentazocine	-	
pentobarbital	-	
pinazepam	-	
pipradrol	-	
prazepam	-	
pyrovaleron	-	
secbutabarbital	-	
temazepam	-	
tetrazepam	-	
triazolam	-	
vinylbital	-	
zolpidem	-	

Preparaten die één of meer van de bovengenoemde substanties bevatten, met uitzondering van hennepolie.





Hoofdstuk 5 Organisatie van de opiaatonderhoudsbehandeling



Inleiding

Traditioneel valt de methadononderhoudsbehandeling onder de sociale verslavingszorg, waarbij de behandeling vaak uitsluitend verstrekking via de methadonposten inhoudt. Dit heeft te maken met de bekostigingssystematiek en met het oogmerk van de verstrekking; vooral overlastbestrijding. Nu opiaatafhankelijkheid meer wordt gezien als een chronische ziekte met een destructieve leefstijl en daarmee past in een biopsychosociaal paradigma is een bezinning op de inhoud en organisatie van de methadonverstrekking in de verslavingszorg op zijn plaats. Op basis van de hoofdstukken 2, 3 en 4, die de state of the art weergeven, is het mogelijk de randvoorwaarden voor de plaatsbepaling te definiëren.

Aan de orde komen achtereenvolgens:

- 5.1 De fysieke setting
- 5.2 De organisatie van verstrekking in engere zin
- 5.3 Patiëntgebonden rapportage en dossierbeheer
- 5.4 Kostenraming
- 5.5 Het medisch team

5.1 Eisen aan de fysieke setting binnen de instelling¹

Faciliteiten

Faciliteiten moeten leiden tot veiligheid voor de patiënten, hulpverleners, bezoekers en omwonenden. Allereerst door toezicht door de instelling zelf:

- > **Toezicht op de verstrekking van opiaatonderhouds- en andere medicatie door de toezichthoudende apotheker.**

In elke instelling dient een instellingsprotocol zichtbaar aanwezig te zijn waarin de bestelling (recept van de arts), de levering, het bewaren in een afsluitbare kluis en de te leveren doseringen staan beschreven. Het instellingsprotocol dient een sluitende goederenbeweging van de opiaatonderhoudsmedicatie te bevatten. Dit wil zeggen: het aantal mg besteld door de instelling = het aantal mg geleverd door de apotheek = het aantal mg gefactureerd door de apotheek. Ook dient in het instellingsprotocol voorgeschreven te staan dat de instelling periodiek nagaat hoe groot de eindvoorraad opiaatonderhoudsmedicatie is: de beginvoorraad in mg + leveringen in mg door apotheek minus de uitgifte in mg aan patiënten.

- > **Toezicht door de ziekenverzorgende/apotheekassistent en verpleegkundige op het gebruik van de medicatie**

Er moeten procedures beschreven staan voor medische verrichtingen en eventuele incidenten op het gebied van openbare orde en veiligheid. Een sanctieprotocol waarin staat bij welke overtredingen welke sancties toegepast worden, welke stappen hierin gezet worden door het personeel van de instelling en welke rechten de patiënt hierin heeft, is verplicht. Verder moet duidelijk op papier staan hoe de behandeling uitgevoerd wordt door de instelling. Dat houdt in dat voor iedere patiënt helder moet worden omschreven welke openingstijden de instelling kent, welke huisregels er worden gehanteerd, hoe het hulpaanbod eruit ziet en bij wie de patiënt zich kan melden bij vragen en opmerkingen hierover. Een aparte folder waarin de werking van methadon en buprenorfine wordt uitgelegd is tevens een vereiste. In de wachtruimte dienen de huisregels en het sanctieprotocol duidelijk zichtbaar opgehangen te worden. Huisregels dienen te vermelden dat men niet mag rondhangen, geen drugs mag gebruiken, geen medicatie mee naar buiten mag smokkelen, niet mag dreigen met geweld of geweld mag toepassen en dat men het pand schoon moet achterlaten.

¹ De onderstaande tekst is gebaseerd op de CCBH onderzoeksmanual waarin de basisvoorwaarden staan beschreven waaraan voorzieningen in de heroïneverstrekking moeten voldoen. Uiteraard is de tekst aangepast aan voorzieningen voor opiaatonderhoudsbehandeling.

- > **Toezicht bewakend personeel op de verstrekkingomgeving in de vorm van een portier of rondlopende bewaker.**

Unitinrichting

De verstrekkingseenheid moet overzichtelijk (met weinig dode hoeken) en makkelijk bereikbaar zijn. Alle verstrekkingvoorzieningen dienen op eenzelfde verdieping geplaatst te worden. Elk onderdeel moet functioneel zijn.

- > Entree (elektrisch afsluitbare entree met verstaanbare intercom): iedere patiënt moet zich welkom kunnen voelen door een nette en goed verzorgde entree, die -indien op slot- op een beleefde wijze wordt bediend via een intercom en duidelijk hoorbaar van het slot wordt gedaan.
- > Wachtruimte: moet voorzien zijn van een aantal stoelen, een tafel met foldermateriaal over de instelling en de behandeling en een toilet. Totale minimale oppervlakte: 40 m².
- > Uitgiftebalie: indien is gekozen voor een gesloten balie, dan dient deze voorzien te zijn van een luik dat menselijk en beleefd contact mogelijk maakt (met helder veiligheidsglas). Aan de kant van de patiënt moet een ruimte zijn waarop patiënten kunnen leunen en waarop een kan water kan staan. Aan de kant van het personeel dient een ruimte te zijn waarin men kan verstrekken met een computer gestuurd systeem, ofwel een balie met ICT voorzieningen. Daarnaast dient er ruimte te zijn voor het opbergen van allerlei verstrekkingmateriaal, maar ook een dossierkast en een bureau met stoelen. Totale minimale oppervlakte: 15 m².
- > Voor de verpleegtechnische handelingen zoals wondverzorging, opnemen van de bloeddruk e.d. en voor het medisch onderzoek van de arts dient een aparte ruimte ingericht te worden waar de verpleegkundigen op een hygiënische wijze hun handelingen veilig kunnen verrichten. Deze ruimte moet voorzien zijn van een kast waarin wondbehandelingsmateriaal e.d. opgeborgen kan worden, een behandelingstafel, een wastafel en een bureau met twee stoelen.
- > In de spreekkamer van de arts staan minimaal een bureau met drie stoelen, een onderzoekstafel, een kast met medische materialen en een onderzoeksinstrumentarium.
- > Natte ruimte/keuken
- > Gescheiden toiletten voor patiënten en personeel.
- > Adequaat toilet voor het leveren van urinemonsters.
- > Aparte en afsluitbare ruimte voor het opbergen van de administratie, dossiers, medicatie en een noodvoorraad opiaatonderhoudsmedicatie (in een af te sluiten kluis), die aan de eisen van de Inspectie Gezondheidszorg voldoet.
- > Voor het rustig en op een voor de patiënt vriendelijke wijze voeren van gesprekken is een aparte ruimte, een spreekkamer, noodzakelijk met een tafel en een aantal stoelen.
- > Voor het gezamenlijke werkoverleg en andere vergaderingen is een aparte ruimte noodzakelijk zodat het verstrekken van medicatie en het organiseren van het dagelijkse werk niet in dezelfde ruimte, namelijk de verstrekkingseenheid, plaatsvindt.

De **minimale** openingstijd van de behandelingsunit (verstrekking medicatie en begeleiding) is 5 dagen per week van **9.00 tot 17.00 uur**. Projecten die minder dagen per week open zijn, kunnen geen adequate begeleiding en behandeling bieden.

5.2 Organisatie van verstrekking bij de apotheek

Landelijk gezien krijgen zo'n 2.500 van de ongeveer 13.500 ambulante verslaafde heroïne patiënten methadon verstrekt via de huisarts en apotheek, waarvan 1.079 in Amsterdam (Rozenbroek, 2001). Van de 400 Amsterdamse huisartsen schrijft de helft methadon voor aan deze patiënten die relatief stabiel zijn. De minder stabiele patiënten worden doorverwezen naar de GGD. In de literatuur wordt aangeraden om niet meer dan tien verslaafde patiënten per praktijk methadon voor te schrijven en de dosering te beperken tot 500 mg (weekdosering). Iedere patiënt die via de huisarts en de apotheek methadon krijgt, staat geregistreerd in het centrale methadonregistratiesysteem dat door de apotheek wordt beheerd. Het nadeel van deze receptverwijzing kan zijn dat een patiënt, bij overlast aan de balie van de apotheek en een opgelegde sanctie door de apotheker, moeilijk over te dragen is aan de huisarts, vooral door diens vaak slechte bereikbaarheid. Alleen als dit goed is geregeld en vastgelegd en daarnaast de huisarts voldoende kennis en kunde heeft opgedaan in het omgaan met verslavingsgedrag is dit een adequate verstrekkingwijze.

Als de verstrekking van de opiaatonderhoudsmedicatie plaatsvindt in de verslavingsinstellingen zelf (in de tweede lijn) is de rol van de apotheker klein en voornamelijk gericht op de distributie. De verstrekking is dan in 'bulk' of op naam van de patiënt op voorschrift van de (verslavings)arts. In dit traject is de verantwoordelijkheid van de apotheker beperkt en kan worden opgevat als 'het voor toediening in de praktijk van de verslavingsarts gereedmaken van een middel', de productie en het medicatiebeheer (Opwijrda, 2002).

Indien de verstrekking van de medicatie in de eerste lijn plaatsvindt, levert de apotheker rechtstreeks aan de patiënt. De apotheker heeft hierin meerdere taken te weten controle, advies, bereiding, eindverantwoordelijkheid in het opiaatbeheer/farmacie en coördinatie van de methadonverstrekking).

Zoals uit de RIOB blijkt, geeft een aantal patiënten, denk met name aan de zogenaamde zorgmijders, de voorkeur aan verstrekking door de apotheek.

Voordelen van een apotheekverstrekking voor de patiënt zijn:

- > Het omzeilt de scene problemen
- > Het werkt minder stigmatiserend
- > Het geeft een betere medicatiebewaking

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

- > Het kan overlast geven in de apotheek (agressie, concentratie van gebruikers, schrik-effect naar andere bezoekers van de apotheek)
- > Mogelijk gebrekkige controle bij het innemen van de medicatie
- > Mogelijk gebrekkige observaties omtrent gezondheidstoestand, gedrag, intoxicatieverschijnselen

Belangrijke voorwaarden voor deze verstrekkingvorm zijn:

- > Om dubbele verstrekkingen en andere problemen tegen te gaan is het van belang dat de verslaafde patiënt een behandelingsovereenkomst met zowel de voorschrijver (huisarts, verslavingsarts) als de verstrekker (de apotheek) van de methadon tekent en de gegevens worden geregistreerd in een CMR (Centrale Methadon Registratie)
- > De apotheker moet afspraken met de verslavingsinstelling kunnen maken over de bereikbaarheid van een (eind)verantwoordelijke arts en/of verpleegkundigen waar op werkdagen van 9.00 tot 17.00 uur contact mee kan worden opgenomen (goede en regelmatige bereikbaarheid)
- > Een werkbaar beleid ten aanzien van de patiënt indien zich problemen voordoen aan de balie van de apotheek

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

Financiële vergoeding

De huidige status van de apotheekverstrekking van methadon en in de toekomst van buprenorfine is die van een normale verstrekking volgens het Besluit Farmaceutische Hulp. Voor de vergoeding van de verstrekking geldt derhalve een normale/standaard afrekening via de apotheek naar de zorgverzekeraar. De kosten van een methadonrecept inclusief de aflevering zijn als volgt opgebouwd: per tablet kost de methadon € 0,10 (inclusief BTW), per aflevering aan de balie komt daar € 6,- bij (voor een apotheekhoudende huisarts is het € 9,- per aflevering). Knelpunt in het huidige vergoedingensysteem is dat indien de patiënt via de verslavingsinstelling methadon via de apotheek krijgt voorgeschreven, de apotheker een rekening via de verslavingsinstelling naar de zorgverzekeraar stuurt. Als de patiënt van de huisarts en/of via de medisch specialist andere medicatie krijgt voorgeschreven en dit middel via de apotheek verstrekt wordt, stuurt de apotheker een rekening hiervan direct naar de zorgverzekeraar. Het verdient aanbeveling om in de toekomst alle middelen op één rekening direct aan de zorgverzekeraar te declareren.

Een ander probleem ontstaat bij patiënten die enige tijd gedetineerd zijn geweest, daar methadon en andere medicatie hebben gekregen en daarna terugkomen bij de apotheek. Gedetineerde verslaafde patiënten hebben namelijk tijdens detentie geen ziektekostenverzekering maar vallen onder een aparte vergoedingsregeling vanuit Justitie. Indien zij terugkomen bij de apotheek is vaak de verzekering niet geregeld. In de meeste gevallen worden zij later met terugwerkende kracht verzekerd en krijgt de apotheker met terugwerkende kracht declaraties vergoed.

5.3 Patiëntgebonden rapportage en dossierbeheer

De meeste instellingen voor verslavingszorg werken met geheel of gedeeltelijk geautomatiseerde methoden om de persoonsgegevens van patiënten te verzamelen en op te slaan. Deze individuele patiëntendossiers moeten voldoen aan een aantal voorwaarden conform de wetten BOPZ, Bescherming Persoonsgegevens, WGBO en de Kwaliteitswet Zorginstellingen. De hulpverlener is verplicht om van iedere patiënt die zich aanmeldt voor een opiaatonderhoudsbehandeling een individueel dossier in te richten. In dit dossier worden in ieder geval aantekeningen bijgehouden van:

- > Het behandelingsplan
- > De geestelijke en lichamelijke gezondheid van de patiënt
- > De op hem/haar toegepaste behandeling
- > De effecten van de behandeling
- > Voortgang per maand in de uitvoering van het plan

Voor deze richtlijn betekent dit dat iedere patiënt een dossier heeft waarin in ieder geval de volgende informatie is terug te vinden:

- > Persoonlijke informatie over de patiënt
- > De uitkomst van de gegevensverzameling van de arts en de verpleegkundige
- > Het verslag hierover voor het eerste multidisciplinaire overleg (MDO)
- > Naam van de eerste verantwoordelijke hulpverlener
- > Het behandelingsplan met hierin opgenomen de begeleidings- en medicatiemodule en de bijstellingen hierin na overleg met patiënt en andere hulpverleners. Hierin staan de problemen van de patiënt, de doelen die in evalueerbare patiëntgedrag beschreven worden en de hierbij behorende werkplannen/interventies van de verschillende hulpverleners
- > Verslagen van de evaluaties die plaatsvinden vanuit het MDO

De werkaantekeningen die voor een hulpverlener of een team van hulpverleners dienen als hulpmiddel voor de planning van de dagelijkse zorg kunnen buiten het dossier worden vastgelegd in logboeken/overdrachtsschriften.

De bewaartermijn van een dossier is volgens de WGBO tien jaar, op verzoek van de patiënt kan eerder worden overgegaan tot vernietiging van de gegevens. De patiënt heeft onbeperkt inzage en kan een afschrift van de gegevens krijgen. Voor de verwerking en het gebruik van deze zorggegevens is uitdrukkelijk toestemming van de betrokken patiënt nodig. De patiënt dient hiervoor schriftelijk toestemming te geven.

De door de instelling in het MDO aangestelde eerste verantwoordelijke hulpverlener is verantwoordelijk voor het up-to-date houden van het dossier wat betreft de begeleidingsmodule. De behandelend arts is eindverantwoordelijk voor (de bijstellingen in) de medicatiemodule.

Rapportage

Het patiëntendossier moet ook een sectie bevatten waarin de verschillende, bij die patiënt betrokken hulpverleners hun uitgevoerde zorg/begeleiding en het effect hiervan beschrijven. Deze rapportage dient een direct verband te hebben met de afgesproken begeleiding die staat beschreven in de beide modules. Indien hulpverleners afstappen van de van tevoren gemaakte plannen, moeten de overwegingen hiervoor in de rapportage terug te vinden zijn.

5.4 Kostenraming

Registratie van zorg- en begeleidingsactiviteiten

Per 1 januari 2005 is de oude financieringsstructuur (Welzijnswet en financiering via de centrumgemeentes) veranderd in een op de AWBZ gebaseerde financieringsstructuur. In de verslavingszorg moet per 1 januari 2006 echter overgestapt gaan worden op een DBC gestuurde financiering² en registratie. De AWBZ is ingrijpend veranderd waardoor alle kortdurende zorg en begeleiding en langdurige ambulante zorg in een DBC-structuur gefinancierd gaat worden, en de langdurige klinische chronische zorg binnen de AWBZ blijft. Ook voor de opiaatonderhoudsbehandeling gaat de DBC structuur gelden. Iedere patiënt in de opiaatonderhoudsbehandeling gaat straks via een DSM-IV codering en een zorgtypering een DBC code krijgen op basis waarvan een behandelplan samengesteld gaat worden. De financiering van deze zorg en begeleiding wordt gebaseerd op alle directe en indirecte door hulpverleners uitgevoerde patiëntencontacten (de kosten van het middel zelf vallen binnen de WMO). Het is daarom belangrijk dat de verrichtingen van beide disciplines (geneeskundige en verpleegkundige) goed worden geregistreerd teneinde financiering hiervoor te verkrijgen.

² DBC gestuurd wil zeggen dat de financiering van de gegeven zorg via het zorgkantoor/zorgverzekeraar wordt vergoed op basis van een van tevoren vastgestelde diagnose met daaraan vastgekoppeld een behandeling.

Eind 2005 moet duidelijk worden welke DBC structuur voor de financiering van de verslavingszorg gaat gelden. De opiaatonderhoudsbehandeling zal daarbij aan moeten sluiten, door verschillende zorgtyperingingen te definiëren op basis waarvan patiënten een DBC codering kunnen verkrijgen. De drie hoofdprofielen scene mijder, scene bezoeker en scene bewoner kunnen hiervoor als raamwerk dienen, zodat alle uitgevoerde werkzaamheden goed geregistreerd worden via programma's als USER en PSYCHIS (DBC-GGz, 2005).

De productstructuren zullen voornamelijk op basis van kostenhomogeniteit worden bepaald, maar ook op medische herkenbaarheid.

Directe en indirecte patiëntgebonden verrichtingen door arts en verpleegkundigen

De verrichtingen die artsen en verpleegkundigen uit moeten voeren voor een goede opiaatonderhoudsbehandeling zijn onder te verdelen in:

- > verrichtingen tijdens de fase van gegevensverzameling en het opstellen van het behandelplan; 'inventariseren van de zorg'.
- > verrichtingen tijdens de behandeling/begeleidingsfase; 'uitvoeren van de zorg'.

De kosten van de opiaatonderhoudsbehandeling hangen samen met het profiel waarin een patiënt ingedeeld kan worden. Voor een scene mijder die verwezen wordt naar de apotheek voor het afhalen van zijn medicatie en slechts twee maal per jaar ter controle door een arts gezien wordt geldt een andere kostenberekening dan voor een scene bewoner met ernstige psychische en somatische problematiek die dagelijks zijn medicatie in de instelling komt halen en intensieve begeleiding krijgt.

Voor alle patiënten gelden de handelingen van intake tot behandelovereenkomst. Deze gehele intakeprocedure kost ongeveer vijf en een half uur per patiënt, waarvan vier uur aan verpleegkundige en anderhalf uur aan artsenuren:

- > intake verpleegkundige met eventueel extra gegevensverzameling rond psychiatrische problematiek (twee uur, hier rekenen we één uur extra voor vervolgdagnostiek psychiatrie door de arts/psycholoog/psychiater)
- > gesprek arts en patiënt en uitwisseling tussen verpleegkundige en arts (één uur)
- > voorbereiding multidisciplinair overleg (MDO) door verpleegkundige (één uur)
- > daadwerkelijke inbreng in MDO (één uur door verpleegkundige, arts is ook aanwezig)

De begeleiding per profiel

Bij berekening van de uren hebben we rekening gehouden met specifieke RIOB taken plus de patiëntgebonden activiteiten die binnen de medicatiemodule vallen. Per verslavingsinstelling kan ruwweg een schatting worden gemaakt van aantallen patiënten per profiel. Een schatting is 20% apotheekpatiënten (mijders), 50% bezoekers (waarvan ongeveer 40% een verpleegkundig eerste hulpverlener nodig heeft) en 30% bewoners die de meer multidisciplinaire en outreachende vorm van intensieve hulpverlening nodig hebben (met hierin een groot aandeel verpleegkundigen).

Scene mijder

Het doel van de hulpverlening aan een scene mijder moet zijn: patiënt buiten de scene houden met minimale contacten met de hulpverlening.

Voor de intakeprocedure geldt dat deze waarschijnlijk een uur minder zal kosten omdat er geen sprake is van ernstige problematiek (totaal vier uur arts en verpleegkundige).

Medicatie: de scene mijder krijgt de opiaatvervanger bij de apotheek of zal dit op termijn krijgen, mede daardoor ontstaat een lage tijdsinvestering door verpleegkundigen.

Begeleiding: door medicatieverstrekking is (wettelijk) minimaal twee maal per jaar contact met de verslavingsarts en (verpleegkundig) casemanager voorgeschreven. Patiëntgebonden

verpleegkundige taken: twee uur per jaar, i.v.m. evaluatie. Taken arts: evaluatie, minimaal twee maal per jaar twee uur inclusief de registratie en rapportage met als doel een vinger aan de pols te houden.

Totale tijdsinvestering bij mijders die hun opiaatonderhoudsmedicatie via de apotheek krijgen is in totaal zo'n acht uur per jaar door de verpleegkundige en de arts.

Scene bezoeker

Het doel van de hulpverlening aan een scene bezoeker moet zijn: patiënt zo min mogelijk in de drugscene laten blijven. Er lopen reguliere contacten via de medicatieverstrekking en de intensieve hulpverlening waarbij middels drang en bemoeizorg gepoogd wordt om de vicieuze cirkel van verslaving en problemen te doorbreken. Dit betekent controle krijgen en houden over het gebruik, mogelijkheden ontwikkelen om zich te kunnen distantiëren van de scene en stimuleren tot een daginvulling.

Voor de intakeprocedure staan in totaal vijf en een half uur arts en verpleegkundigen zowel voor de directe als indirecte contacten.

Medicatieverstrekking vindt drie maal per week intern plaats of via de eerste hulpverlener op locatie/thuissituatie. Per patiënt per week is dit een investering van ongeveer één uur. De actieve begeleiding door een eerste hulpverlener bedraagt ongeveer één uur per week per patiënt.

Er is 4-6 maal per jaar contact met de arts (met 3-4 vervolcontracten met diagnostiek) van dertig minuten met een vervolrapportage.

Tijdsinvestering bij scene bezoekers die gemiddeld drie maal per week in de instelling komen is op jaarbasis 118 uren verpleegkundige begeleiding (inclusief verstrekken medicatie en niet-patiënt gebonden activiteiten) en acht artsenuren.

Scene bewoner

Doel van de hulpverlening aan een scene bewoner moet zijn: beperking van de overlast en hulp bij acute en chronische psychische, somatische en sociale problemen. Hiervoor wordt bemoeizorg geboden die is ingebed in de basiszorgvoorzieningen van de verslavingsinstelling zoals een dagopvang/nachtopvang en een gebruikersruimte. De hulpverlener stelt zich hierbij actief op en richt zich op het insluiten van de verslaafde patiënt in de hulpverlening. Zo zal de hulpverlener proberen de gevolgen van het gedrag van de patiënt te verduidelijken. Dit betekent outreachende intensieve praktische hulp inclusief medicatieverstrekking, groepsgericht begeleid wonen, gezonde sociale contacten en regelmatig leven, werkprojecten, structuur in dagelijkse leven en nachtopvang.

Voor de intakeprocedure staan eenmalig per jaar vijf en een half artsenuren en verpleegkundige uren.

De medicatieverstrekking is dagelijks op locatie via de post of door outreachende hulp. Per patiënt per week is dit een investering van ongeveer drieënehalf uur (inclusief de registratie en de kortdurende zorg aan het loket, zoals bijvoorbeeld de spuitomruil).

Begeleiding: de patiëntgebonden activiteiten van verpleegkundige bedragen ongeveer anderhalf uur per week per patiënt. Indirecte taken vergen hierbij ongeveer een uur. Er zijn 10-15 contacten per jaar met de arts (met 8-10 vervolcontacten met diagnostiek) van dertig minuten met dertig minuten vervolrapportage.

Tijdsinvestering bij scene bewoners die dagelijks in de instelling komen bedraagt per jaar ongeveer 316 verpleegkundige uren en 16,5 artsenuren.

De salariskosten en totale kosten per profiel staan hieronder in twee tabellen uitgewerkt.

Netto (gemiddeld) werkbare uren per medewerker (cf DBC GGZ - termen)

bruto	52 weken x 36 uren	1,872.00
af:	24 vakantiedagen	172.80
	7 feestdagen	50.40
	2 dagen bijzonder verlof	14.40
	2 dagen 55+ regeling	14.40
	6,9% ziekteverzuim	123.70
netto	Totaal beschikbaar	1,496.30

Aandeel patiëntgebonden tijd in de tijdsbesteding

(productiecijfers op basis van HHM onderzoek)

		in uren
verpleegkundige	75%	1,122
arts verslavingszorg	75%	1,122

Salariskosten per uur op basis van patiëntgebonden tijd (1.122 uren voor beide functies)

(inclusief 3% personele toeslag, 10% risicotoeslag, sociale lasten, vakantietoeslag en eindejaarsuitkering)

(inclusief 25% opslag loonkosten niet direct cliënt gebonden personeel)

(basis salaris per 1 november 2005)

	Uurloon	Opslag Materieel	Opslag Kapitaal	Totaal Uurloon
verpleegkundige fwg schaal 50 (inpastabel 35)	€ 63.32	€ 10.13	€ 5.88	€ 79.33
arts verslavingszorg fwg schaal 65 (inpastabel 60)	€ 77.58	€ 12.41	€ 7.20	€ 97.19

Beveiligingspersoneel (wordt doorgaans uitbesteed)

Kosten per uur, inclusief BTW, onregelmatigheidstoeslag en winstopslag cf. basisberekening CCBH per patiënt
€ 1,700.00

1)Opslag percentage niet patiënt gebonden materiële kosten (exclusief kapitaalslasten)	16%
2)Opslag percentage kapitaalslasten (huur, afschrijving en rente)	8%

Totale kosten per patiënt per jaar ¹⁾ (bij methadongebruik)		Scene mijder		Scene bezoeker		Scene bewoner	
	Uren	€	Uren	€	Uren	€	
Arts	3.5	€ 340	8	€ 778	16.5	€ 1,604	
Verpleegkundige	5	€ 397	118	€ 9,361	316	€ 25,067	
Beveiliging				€ 1,700		€ 1,700	
Methadon	90 mg per dag	€ 657		€ 657		€ 657	
Totaal		€ 1,394		€ 12,495		€ 29,028	

Totale kosten per patiënt per jaar (bij buprenorpinegebruik)		Scene mijder		Scene bezoeker	
	Uren	€	Uren	€	
Arts	3.5	€ 340	8	€ 778	
Verpleegkundige	5	€ 397	118	€ 9,361	
Beveiliging				€ 1,700	
Buprenorfine	24 mg per dag	€ 4,095		€ 4,095	
Totaal		€ 4,832		€ 15,933	

¹⁾ De kosten zijn berekend op basis van 1 patiënt per jaar. Het ligt in de rede om aan te nemen dat met behandeling van meerdere patiënten in dezelfde omgeving in dezelfde tijd de kosten een degressief verloop.

5.5 Het medische team in de opiaatonderhoudsbehandeling

Dit onderdeel behandelt de minimale samenstelling van het team verslavingsverpleegkundigen en -artsen en de kennis en kunde die het team moet bezitten om een opiaatonderhoudsbehandeling adequaat uit te kunnen voeren. In onderstaande tekst staan de volgende onderwerpen uitgewerkt:

- > de teamsamenstelling
- > de professionele kennis en kunde die het team moet bezitten
- > de meerwaarde van specialistische verpleegkundigen in het team
- > de teamdifferentiatie die noodzakelijk is
- > de scholing die de teams hebben genoten om de richtlijn toe te kunnen passen

Teamsamenstelling

De opiaatonderhoudsbehandeling bestaat uit medische interventies in combinatie met psychosociale interventies. Alleen deze combinatie leidt tot een gunstig behandelingseffect. Farmacologische hulp kan derhalve alleen maar gegeven worden als ook psychosociale hulp geboden wordt. Het behandelingsteam moet hierop worden samengesteld. De CCBH geeft in haar rapport 'Blijvende Zorg' (CCBH, 2003) een indicatie voor de omvang van het team bij een caseload van 50 patiënten. Naast een afdelingsmanager zijn de volgende werkers noodzakelijk:

- > 0,6 fte arts
- > 7,0 fte verpleegkundigen (verschillende opleidingen/niveaus)
- > 0,6 fte maatschappelijk werker
- > 0,6 fte administratieve medewerker
- > 0,1 fte toezichthoudend apotheker
- > 1,5 fte bewakingspersoneel (portier, bode)

Hierop is de formatie van het behandelingsteam gebaseerd. Een opiaatonderhoudsbehandeling en een lokaal behandelteam dienen minimaal te bestaan uit een (verslavings)arts, ziekenverzorgende/apothekersassistente en verpleegkundigen (met verschillende expertiseniveaus waaronder de SPV). De psychiatrische consultatie moet ingewonnen kunnen worden bij een psychiater en een psychologisch onderzoek bij een psycholoog. Een administratief medewerker/receptionist en een portier/bewaker maken het team compleet.

Taken en verantwoordelijkheden

De **arts** (een basisarts dient alleen te werken onder supervisie van een ervaren verslavingsarts) is verantwoordelijk voor:

- 1) de somatische en psychiatrische diagnostiek en behandeling, waar toe in ieder geval behoort;
 - > vaststelling van doseringen
 - > indicatiestelling additionele medische behandelingen
 - > medische screening
- 2) dossiervorming en controle op goede dossievoering

De **teamcoördinator** is verantwoordelijk voor de dagelijkse aansturing en coördinatie van de verstrekking en de hulpverlening in de behandelsetting waartoe behoort:

- > aansturing teamleden
- > planning van het werk zodat voldoende bekwaam personeel ingezet kan worden
- > informeren van teamleden over ontwikkelingen in de verslavingszorg
- > zorg voor adequate faciliteiten
- > onderhoud van contacten met derden (interne en externe)

De **administratief medewerker** (deze functie is goed te combineren met verstrekkingstaken mits de werker een adequate opleiding hiervoor heeft: apothekersassistent of ziekenverzorgende/VIG-er) is verantwoordelijk voor:

- > administratieve werkzaamheden
- > archivering
- > bewaken van uitvoering dossiervorming
- > balietaken bij het verstrekken

De **portier/bewaker** zorgt voor het veilige klimaat voor zowel de patiënt als het personeel:

- > zorgdragen voor het naleven van de huisregels
- > samenwerking met politie in de afwerking van incidenten

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

Functie	Taken	Minimale vereiste opleiding
Verstrekker (100%)	Het verstrekken van de voorgeschreven medicatie, het administreren van de uitgifte van middelen en de ad-hoc zorg aan het loket, toezicht op een hygiënische en medisch verantwoordelijke wijze van medicatieverstrekking en minimale monitoring van de patiënt aan het loket (bewaken van afspraken en het uitvoeren van urinecontroles)	Ziekenverzorgende/VIG-er en/of apothersassistent: niveau 3
Verstrekker (30%) en begeleider (70%) van patiënten met ernstige somatische problemen	Het verstrekken van de voorgeschreven medicatie in de instelling en op locatie bij de patiënt en actieve begeleiding met daarbij het vastleggen/rapporteren van de voortgang van de totale zorg/begeleiding van een aantal patiënten (caseload) met somatische problemen	Verpleegkundige niveau 4
Verstrekker (20%) en begeleider van patiënten met dubbele diagnostiek (80%)	Het verstrekken van de voorgeschreven medicatie, het uitvoeren van preventieve en curatieve verpleegkundige interventies (zoals wondbehandeling en GVO) en actieve begeleiding met daarbij het vastleggen/rapporteren van de voortgang van de totale zorg/begeleiding van een aantal patiënten (caseload) met zware problemen met name op het gebied van psychiatrie en het inschakelen van andere hulpverleners daarbij	Verpleegkundige niveau 5 (Bachelor niveau), HBO-V met differentiatie GGz of een in-service B-opleiding met enige jaren werkervaring in de psychiatrie/verslavingszorg (verworven competenties)

Een belangrijke suggestie is het aanstellen van een casemanager binnen het team. Dat kan door ofwel een hulpverlener uit het intensieve hulpverleningsteam in te zetten binnen het verpleegkundige team, ofwel door een gespecialiseerde verpleegkundige uit het opiaat-behandelingsteam als casemanager te laten optreden. In het schema ziet dit er als volgt uit:

Outreachinge hulpverlener die de aansluiting met andere voorzieningen coördineert	Outreachinge hulpverlening, veldwerker die zo nodig de medicatie meeneemt voor patiënten die als zorgwekkende zorgmijder dan wel zorgwekkende zorgzoeker aangemerkt kunnen worden. Inschakelen en coördineren van andere hulp	Hulpverlener uit het intensieve hulpverlenings- of bemoeizorg team of gespecialiseerde verpleegkundige van het behandelingsteam, zoals Advanced Nursing Practitioner (ANP)
---	---	--

NB: Bemoeizorg in deze richtlijn is een intensievere en multidisciplinaire vorm van intensieve hulpverlening speciaal voor zorgwekkende zorgmijders en zorgwekkende zorgzoekers. Bemoeizorg houdt niet op als de patiënt de voordeur van een verslavingsinstituut is gepasseerd, maar gaat door indien de patiënt in de opiaatonderhoudsbehandeling is opgenomen.

Kennisontwikkeling

Om goede zorg te kunnen leveren, zoals we deze in de richtlijn voorstellen, is het noodzakelijk dat medewerkers over voldoende kennis en kunde beschikken. Om de kennis op peil te houden kan gebruik gemaakt worden van de algemene scholing die wordt aangeboden binnen de verslavingszorg (zie bijlage 1).

De achtergrondinformatie over opiaatonderhoudsbehandeling en de patiënten is te vinden in de literatuurstudies die voor deze richtlijn zijn verricht. De praktische informatie staat in deze richtlijn. In het kader van de ontwikkeling is een bijscholing voor de bestaande verpleegkundige teams ontwikkeld. Deze scholing bestaat uit twee onderdelen; een scholing op het gebied van het doen van een intake en een scholing die als doel heeft de begeleidingskwaliteiten binnen het team te verbeteren.

Scholing 1 (uitvoering voorafgaande aan de intakeprocedure) bestaat uit de volgende onderdelen:

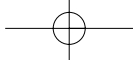
- > Eén dagdeel: de rol van de intaker; voordeurprocedure van de instelling en de rol van de verpleegkundige intaker hierin.
- > Eén dagdeel: het gebruik en de toepassing van het intake instrument; eventueel met een specifieke verdiepende diagnostiek voor de patiëntengroep.
- > Drie dagdelen: dubbele diagnostiek; aard en omvang van de problematiek, farmacologie bij psychiatrische problemen, signaleren en benoemen van deze problematiek, toepassen van de instrumenten voor psychiatrische diagnostiek en begeleiding van patiënten met DD.

Scholing 2 (deze scholing kan worden gegeven als men start met de begeleiding van patiënten) bestaat uit theorie rondom casemanagement en toepassing daarvan in de dagelijkse praktijk en heeft de volgende onderdelen:

- > Eén dagdeel: timemanagement: het leren loslaten van verstrekkingsstaken en planning van begeleidingstaken.
- > Eén dagdeel: theorie over de verschillende vormen van intensieve begeleiding van chronische verslaafde patiënten.
- > Twee dagdelen: toepassing in de dagelijkse praktijk aan de hand van casuïstiek.

Naast de instellingsgebonden scholingen om patiënten op een adequate wijze in te nemen en in een begeleidingstraject te zetten is een voortdurend bij- en nascholingsprogramma³ noodzakelijk om de kennis binnen het medische team up to date te houden. Deze scholingen zijn gericht op artsen en verpleegkundigen en dienen in ieder geval de volgende onderwerpen te bevatten:

- > Motiverende gespreksvoering: toepassing in de dagelijkse praktijk.
 - > Dubbele diagnostiek; medicatiebeleid en psychosociale aanpak.
 - > Somatische problemen bij drugsgebruik; aard en omvang, herkenning en diagnostiek, medicatiebeleid en begeleiding.
 - > Cognitieve problemen bij een chronische verslaving; aard en omvang en begeleiding van deze patiënten.
 - > Verslaving en ontwikkeling op het gebied van theorie en onderzoek
 - > Casemanagement bij moeilijke doelgroepen; ACT en de dagelijkse praktijk
- Regelmatige refereerbijeenkomsten; om op basis van kritische reflectie en aan de hand van casuïstiek het beroepsmatige handelen bij te stellen.

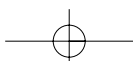
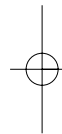
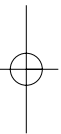


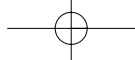
Bijlage bij hoofdstuk 5

1. Scholing

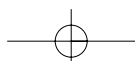
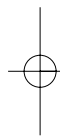
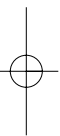
Bijlage 1

Voor scholing kan gebruik gemaakt worden van het scholingsaanbod dat in de leernetwerken is ontwikkeld. Als voorbeeld noemen wij de basis cursus voor alle nieuwe hulpverleners in de verslavingszorg en introductie cursus voor verpleegkundigen (vervolg scholing) die zijn ontwikkeld door het leernetwerk Zuid-West. Informatie hierover is op te vragen bij het opleidingscentrum DITOG, Yvonne Slee; yvosle@deltapsy.nl. Of de cursussen die zijn ontwikkeld door Novadic-Kentron, informatie hierover is op te vragen bij de coördinator scholing.





Hoofdstuk 6 Samenwerking met andere instellingen



Inleiding

Drugsverslaafde patiënten komen met hun verslavingsproblemen en alle daaruit voortvloeiende gezondheidsproblemen op diverse plekken in de gezondheidszorg terecht. Goed contact en een soepele zorgoverdracht tussen deze gezondheidszorginstellingen en de hulpverleners in de verslavingszorg zijn hierbij een belangrijke voorwaarde voor een soepele zorgoverdracht. In de huidige praktijk verloopt dat echter vaak problematisch.

Voor deze richtlijn gelden de volgende uitgangspunten:

- > De verslavingszorg zet een opiaatonderhoudsbehandeling in met behulp van adequaat opgeleide artsen en verpleegkundigen. De opiaatonderhoudsmedicatie is met name voor een stabiel leven van een patiënt van levensbelang.
- > Deze behandeling kan en mag nooit zo maar, zonder overleg vooraf, door een behandelaar van een andere instelling worden doorkruist.
- > Het beleid kan alleen in onderling overleg en gebaseerd op medische overwegingen aangepast worden.

Voor goede samenwerking en afstemming in de zorg dienen duidelijke afspraken gemaakt te worden over:

- > Welke extra informatie noodzakelijk is om de verslaafde patiënt goed tijdelijk te kunnen begeleiden buiten de reguliere verslavingszorg en hoe een adequate overdracht vanuit de instelling naar de verslavingszorg en andersom vorm en inhoud moeten krijgen.
- > Waar en wanneer deze informatie is te verkrijgen.

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de samenwerking rond opiaatonderhoudsbehandeling kan worden bevorderd door een instellingsoverstijgende registratie volgens het Landelijke Centrale Middelen Registratie (LCMR). De samenwerking en afstemming in de zorg voor drugsverslaafde patiënten in algemene ziekenhuizen, GGz instellingen, in instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking en in penitentiaire inrichtingen zullen vervolgens kort worden besproken.

6.1 Instellingsoverstijgende registratie van medicatie uitgifte

Elke uitgifte van middelen die onder de opiumwet vallen, aan verslaafde patiënten, moet goed geregistreerd worden. De registratie heeft als doel dat er duidelijke communicatie plaatsvindt tussen de patiënt en de hulpverlener (instellingsgebonden) maar ook tussen instellingen (instellingsoverstijgende informatie uitwisseling) met als uiteindelijke doel dat de patiënt ook elders medicatie kan ophalen. Er zijn verschillende instellingsgebonden registratiesystemen. Het SIVZ (Stichting Informatie Voorziening Zorg) verzorgt jaarlijkse rapportages over de methadonverstrekkingen in Nederland.

Informatiehuishouding: Landelijke Centrale Middelen Registratie

Een goede informatievoorziening binnen de instellingen zelf als ook een veilige, betrouwbare en snelle informatie-uitwisseling met andere ketenpartners (transmurale zorg) is essentieel voor het bieden van kwalitatief goede zorg. Verder willen overheden en financiers in toenemende mate zicht hebben op de kwaliteit en effectiviteit van de geboden zorg.

Om de informatiehuishouding goed te organiseren moet worden voldaan aan een aantal voorwaarden:¹ Voor meer informatie kan contact opgenomen worden met SIVZ (overkoepelende organisatie LCMR) te Houten

1. Er moet bij zowel de zorgaanbieders als de zorgconsumenten consensus bestaan over de wijze waarop goede medische zorg aan de doelgroep gegeven dient te worden. Daarvoor wordt de basis gelegd in deze richtlijn.
2. Deze werkwijze moet verankerd zijn in de dossiers en onderliggende informatiesystemen om de kwaliteit en effectiviteit van de werkwijze te toetsen.
3. Er moet een infrastructuur aanwezig zijn om de (instellingsoverschrijdende) informatie veilig, snel en betrouwbaar te delen met andere aan de doelgroep gerelateerde, geautoriseerde, zorgverleners.
4. Er moeten indicatoren aanwezig zijn die op beleidsmatig niveau zicht geven op kwaliteit en effectiviteit van de geboden zorg.
Om aan deze voorwaarden te kunnen voldoen dient de informatie vastgelegd te worden op een drietal niveaus:
 - > lokaal
 - > transmuraal (keteninformatie: o.a. LCMR)¹
 - > centraal (beleidsinformatie: o.a. LADIS, Zorg-Is, DBC, nationale drugsmonitor, LCMR etc.)

Lokaal: Informatievoorziening op instellingsniveau

Op basis van de Wet Geneesmiddelenvoorziening en de Opiumwet mogen middelen die onder de Opiumwet vallen alleen worden voorgeschreven door een arts op recept, als ze zijn opgenomen in het 'Besluit voorschrijven, bestellen en afleveren van Opiaatwetmiddelen'. Dit betekent dat alle uitgiftes goed geregistreerd moeten worden.

Tevens moeten de verschillende verrichtingen die in een richtlijn voorkomen terug te vinden zijn in de instellingsapplicaties (o.a. User, Psychis, Health-e). Daarmee kan vervolgens worden geëvalueerd of de richtlijn leidt tot de beoogde verbetering van de kwaliteit van de medicatieverstrekking en of dit verbeterde kwaliteitsniveau in de tijd kan worden geconsolideerd. Verder maakt de verankering in de instellingssystemen de informatie beter overdraagbaar en vergelijkbaar met andere instellingen wat een extra kwaliteitsimpuls geeft aan de transmurale informatievoorziening.

Transmuraal: informatie-uitwisseling binnen de zorgketen

De toenemende mobiliteit van de patiënt als ook de groeiende differentiatie van het zorgaanbod vergroot de noodzaak om te komen tot veilige, betrouwbare en snelle informatie-uitwisseling. Dit is een van de belangrijke redenen om tot de invoering van de LCMR te komen. De LCMR is een informatiesysteem over personen aan wie opiaten worden verstrekt in het kader van een opiaatverslaving. Het systeem is in opdracht van de ministeries van VWS, Justitie en BZK ontwikkeld.

De belangrijkste functie van de LCMR is het faciliteren van veilige, betrouwbare en snelle informatie-uitwisseling tussen zorgverleners die werkzaam zijn in de zorgketen van verslaafden. Door middel van het uitwisselen van informatie hebben zorgverleners informatie over of een patiënt in behandeling is (geweest), bij welke instelling(en), in welke periode, wie daar de verantwoordelijke arts was/is en welke opiaatonderhouds middelen, in welke dosis gedurende de laatste dagen van deze behandeling zijn verstrekt.

Om informatie-uitwisseling tussen ketenpartners mogelijk te maken moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- > Ten einde kwalitatief goede zorg te kunnen geven aan heroïneverslaafde personen wordt bij de anamnese informatie verzameld over opiaatonderhoudsbehandelingen bij andere instellingen uit de zorgketen (zie hoofdstuk 2). Hiertoe wordt o.a. de LCMR **geraadpleegd**.

- > Daartoe moeten instellingen die heroïneverslaafde patiënten behandelen, relevante behandelingsinformatie (centraal) **beschikbaar stellen** (inschrijvingen en verstrekkingen van opiaat-onderhoudende middelen geautomatiseerd opsturen naar LCMR).
- > De voor de behandeling relevante informatie is alleen toegankelijk voor zorgverleners die deel uitmaken van de zorgketen van de heroïneverslaafde (middels biometrie).
- > Om betrouwbare informatie-uitwisseling mogelijk te maken is het noodzakelijk dat een patiënt uniek kan worden herkend (middels biometrie)
- > De opslag en uitwisseling van gegevens mag alleen plaatsvinden met inachtneming van de daarvoor geldende wetten (WGBO en WBP).

Het is vaak lastig voor verpleegkundigen en artsen om op een snelle, betrouwbare manier informatie te vergaren op het moment dat er zich een nieuwe patiënt aanmeldt. Vooral buiten kantooruren is deze informatie niet of nauwelijks te achterhalen. Door de LCMR is de informatie over patiënten 7 dagen in de week 24 uur per dag te raadplegen.

Om zeker te zijn van juistheid van de identiteit en om zeker te weten, dat de juiste personen de gegevens raadplegen wordt gewerkt met biometrie voor zowel patiënten als zorgverleners. De LCMR is aangemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens (CPB) als persoonsregistratie. Het gebruik van biometrie bij zorgverleners is een waarborg voor de privacy van de patiënten omdat alleen geautoriseerde zorgverleners toegang hebben. Ook op organisatorisch -, technisch - en procedureel vlak zijn tal van maatregelen genomen, die de privacy waarborgen.

Voordelen van de LCMR:

- > De LCMR is 24 uur, 7 dagen per week on-line: ook 's avonds en in het weekend.
- > De continuïteit van de zorg aan patiënten is gewaarborgd. Op het moment dat een patiënt van de ambulante verslavingszorg elders terechtkomt (bijv. penitentiaire inrichting) of vice versa, is er geen nieuwe intake (en dus geen extra tijd) nodig om tot verstrekking over te gaan. Dit gaat natuurlijk ook op bij verhuizing, ziekenhuisopname e.d.
- > Dubbelverstrekkingen kunnen voorkomen worden.
- > Minder kans op fouten door zorgverleners (bijv. overdosering kan vermeden worden)
- > De mobiliteit van patiënten neemt toe door de mogelijkheid recepten op de LCMR-pas weg te schrijven.

Nadelen van de LCMR:

- > Er dient op een andere wijze gewerkt te worden (afname biometrie, raadplegen LCMR). Dit vergt een gewenningsperiode.
- > Door de LCMR zal er een striktere verstrekprocedure ontstaan.

6.2 Samenwerking met het algemeen ziekenhuis

Veel specialisten krijgen met drugsverslaafde patiënten te maken omdat deze in het ziekenhuis opgenomen worden met somatische problemen die direct met hun drugsgebruik en met de manieren van inname te maken hebben. Van acute pathologie op de spoedeisende hulp tot langdurige zorg en behandeling bij bijvoorbeeld patiënten met COPD of Aids. Maar ook medische zorg aan en begeleiding van zwangere drugsverslaafde vrouwen of medische begeleiding van drugsverslaafde patiënten met chronische hartklachten.

Een belangrijk knelpunt bij acute pathologie is het gebrek aan informatie over de patiënt, de toestand van de patiënt en zijn/haar medicijngebruik. Bij algehele anesthesie is dit een punt van aandacht waarbij door het ontbreken van adequate informatie op dat moment de klinische blik van de anesthesist een belangrijke rol speelt. Bij de pijnbestrijding (vanwege de

bezetting van receptoren door opiaten moet de arts altijd een hogere dosering pijnstillers voorschrijven) kan men hiermee alleen goed rekening houden als de arts weet wat de patiënt aan opiaatonderhoudsmedicatie voorgeschreven krijgt en hoeveel illegale drugs de patiënt de laatste week heeft gebruikt. Ook de gewenning aan benzodiazepinen is een aandachtspunt bij premedicatie voor algehele anaesthesie.

De psychosociale opvang van de verslaafde patiënt verschilt in principe niet van die van andere patiënten. Grenzen stellen aan het verslavingsgedrag door middel van duidelijke afspraken en een eenduidige uitvoer van deze afspraken is een extra punt van aandacht. Verpleegkundigen die in de verslavingszorg werken, kunnen goed worden ingeschakeld voor consultatie als zich hierbij problemen voordoen en zouden een centrale rol kunnen spelen bij het afstemmen van de zorg.

6.3 Samenwerking met GGz instellingen

Zowel in de klinische praktijk als bij systematisch onderzoek is gebleken dat de prevalentie van psychiatrische stoornissen onder opiaatverslaafde patiënten in onderhoudsbehandeling met methadon erg hoog ligt (zie hiervoor ook hoofdstuk 4.16.c). Nagenoeg alle patiënten hebben verdere psychiatrische problemen, velen hebben meer dan één bijkomende psychiatrische diagnose. Alle grote psychiatrische beelden komen in verhoogde frequentie onder deze patiëntengroep voor (Van Gogh, 2005 deze richtlijn). Daarom dient voor deze patiëntengroep psychiatrische co-morbiditeit meer als regel dan als uitzondering beschouwd te worden.

Tegelijk is door de complexiteit van de problematiek niet te verwachten dat deze patiënten op reguliere wijze van de voorzieningen van de GGz gebruik zullen maken. Contacten met GGz instellingen zullen veelal via de crisisdienst van de reguliere GGz instelling verlopen. Deze crisisdienst kan door de hulpverlener in de verslavingszorg om consult gevraagd worden. Ook wanneer deze patiënten (opnieuw meestal wegens acute complicaties) in een algemeen ziekenhuis worden opgenomen. Door hun problemen en hun gedrag roepen deze patiënten vaak forse tegenoverdrachtreacties op, ook bij hulpverleners. Dit wordt nog in de hand gewerkt door gebrek aan deskundigheid op dit gebied. Eénmaal de crisis voorbij, wordt het contact vaak weer snel verbroken.

De tragiek is dat de forse psychiatrische problematiek van deze patiënten te vaak te weinig onderkend en behandeld wordt. Vaak is sprake van chronische psychiatrische stoornissen (gedragsproblemen in de jeugd, persoonlijkheidsstoornissen, stemmingsstoornissen, e.d.), die nauw verweven zijn met de verslavingsproblematiek. Een geïntegreerde aanpak is hierbij noodzakelijk, waarbij zowel met de verslaving als met de verdere psychopathologie rekening gehouden wordt. Binnen de verslavingszorg ontbreekt hiervoor nog te vaak de psychiatrische expertise en de reguliere GGz-voorzieningen zijn te weinig toegankelijk en toegerust voor deze patiëntengroep. Dit probleem is enkel te verhelpen door deze patiënten een meer aangepaste hulpverlening te bieden.

In de eerste plaats is hiervoor betere samenwerking en communicatie tussen de verslavingsinstelling en de GGz-instelling nodig. Te vaak is dit overleg beperkt tot crisisberaad en te weinige wordt het chronische karakter van de stoornis opgevangen door een langdurig behandelingsplan, waarbij duidelijke afspraken worden gemaakt over wat van de verschillende partijen verwacht wordt. Vaak is het voor de verschillende partijen onduidelijk wie de regie voert en wie aanspreekpunt is voor overleg en afspraken. Een structureel overleg en een aangewezen aanspreekpunt, zoals een eerste hulpverlener, kunnen hierbij veel opvangen.

Bij voorkeur wordt het beleid, het behandelingsplan, in overleg met de behandelaars in de ver-

slavingszorg gemaakt. In het verleden werd bij dit soort situaties de methadon in dosis vaak verlaagd of gestaakt. Als principe kan gesteld worden dat deze medicatie cruciaal is in de behandeling van de opiaatverslaafde patiënt en dat de dosering ingesteld is door een daarin deskundige arts. Het uitgangspunt moet dan ook zijn dat deze medicatie niet gewijzigd wordt zonder dat er vooraf overleg is geweest met de verantwoordelijke verslavingsarts. Het toevoegen van psychotrope medicatie gebeurt bij voorkeur in overleg met de verslavingsarts.

Wanneer een beroep wordt gedaan op meer reguliere GGz-voorzieningen, zal het initiatief hierbij meestal moeten uitgaan van de behandelaars in de verslavingszorg, en zullen zij vaak een bemiddelende functie moeten vervullen. Omgekeerd zal vanuit de GGz een meer outreachende benadering vereist zijn. Alternatief kan zijn het verlenen van consultatie aan de vaste behandelaars, om in de benadering van de patiënt de psychiatrische expertise te vergroten. Vanzelfsprekend zal deze samenwerking het meest succesvol zijn, wanneer er een gerichte hulpvraag ligt.

Bij zowel crisissituaties als reguliere contacten met GGz voorzieningen is het voor de hulpverleners belangrijk snel betrouwbare informatie over de behandeling in de verslavingszorg te kunnen verkrijgen. Minimale informatie behelst:

- > een duidelijk beeld van de huidige situatie: het huidige behandelingsbeleid, de daarbij ingestelde behandelingen (inclusief medicatie) en de actuele toestand van de patiënt
- > de concrete hulpvraag (van de patiënt, en van de hulpverlener in de verslavingszorg)
- > de contactpersoon voor overleg en advies

Bijkomende informatie is meer dan welkom:

- > biografische gegevens
- > psychiatrische voorgeschiedenis
- > verslagen van eerdere behandelingen

Wanneer deze hulpvraag inderdaad tot een concreet behandelingsaanbod binnen de GGz leidt, moet duidelijk zijn op welke manier het behandelingsbeleid gevoerd wordt. In principe zal de regie bij de verslavingsinstelling blijven. Deze kan tijdelijk overgenomen worden, bijvoorbeeld bij opname in de GGz of in het algemeen ziekenhuis. De voorgestelde behandeling moet in doelstelling en fasering aansluiten bij het verdere behandelingsplan. Zo is traumaverwerking bijvoorbeeld niet aan de orde, zolang onvoldoende stabiliteit bereikt is.

Een belangrijk praktisch probleem is het medicatiebeleid rond de opiaatonderhoudsmedicatie. Bij voorkeur blijft deze in handen van de verslavingsarts en van andere psychotropen van de psychiater in de GGz. De kans op ongewenste medicijninteracties (of misbruik van psychofarmaca zoals benzodiazepinen) wordt verminderd als er goed overleg is tussen de verslavingsarts en psychiater.

Wanneer door de complexiteit van de problematiek een meer intensieve behandeling aangevoelen is, kan opname op een gespecialiseerde afdeling voor DubbelDiagnostiek overwogen worden. Dit zal het meeste resultaat opleveren wanneer een concrete hulpvraag hieraan ten grondslag ligt.

6.4 Samenwerking met penitentiaire inrichtingen

De Gezondheidsraad publiceerde in 2002 haar rapport 'Behandeling van drugverslaafde gedetineerden' (2002/08; www.gezondheidsraad.nl). Daarin staat te lezen dat 30% van alle gedetineerden in Nederland drugsafhankelijk is, dat is 15.000-23.000 gedetineerden op jaar-basis (waarvan 10.000-15.000 gedetineerden met ernstige chronische verslavingsproblemen vanwege poly-druggebruik). De meeste drugverslaafde gedetineerden hebben een korte detentie (50% korter dan 2 maanden en 75% korter dan 4 maanden). De helft van deze verslaafden heeft comorbide psychiatrische problemen, daarnaast hebben verslaafde gedetineerden klachten die verband houden met infecties zoals HIV/Aids, Hepatitis B en C en TBC tevens hebben veel gedetineerden COPD-klachten. De gedetineerde verslaafde heeft over het algemeen eerder contacten met de hulpverlening gehad, een laag opleidingsniveau en weinig werkervaring. Velen van hen zijn van allochtone afkomst, hoewel de meeste van hen in Nederland zijn geboren.

Detentie kan, zo zegt de Gezondheidsraad, nieuwe kansen bieden voor de verslaafde want detentie kan een continuïteit van zorg bieden en een behandeling initiëren. In de dagelijkse praktijk van de penitentiaire inrichtingen wordt de methadon van verslaafde patiënten echter vaak te snel afgebouwd omdat het beleid nog te veel was gericht op abstinentie en dus op afbouw van opiaatonderhoudsmedicatie. De Raad doet het voorstel om de behandelingsdoelen uit te breiden van abstinentie naar stabilisatie en palliatie, daarnaast adviseert men om de vervolgzorg aan te laten sluiten bij de totale aanpak van zaken rondom de verslaafde.

Inmiddels heeft het Ministerie van Justitie een interne circulaire doen uitgaan waarin staat beschreven dat bij het 'voorlopig hechten' de methadonbehandeling altijd moeten worden voorgezet en pas na 6 maanden mag de forensische arts/PI arts het doel aanpassen en op abstinentie richten mits de gedetineerde hiervoor toestemming heeft gegeven (Ministerie van Justitie, 2004).

Binnen de detentie zijn speciale projecten voor verslaafde gedetineerden, de VBA's (VerslavingsBegeleidingsAfdelingen). Deze zijn bestemd voor verslaafde gedetineerden die gemotiveerd zijn om hun gebruik te stoppen. Daarmee komen zij in aanmerking voor een vorm van behandeling buiten het justitieveld. Voor gedetineerden met psychische problemen heeft Justitie speciale opvang ontwikkeld. Samen met de instellingen voor verslavingszorg is door Justitie een opvang gecreëerd voor verslaafde gedetineerden die een maatregel opgelegd hebben gekregen. De SOV, Strafrechterlijke Opvang Verslaafden.

Verslaafden gaan vaak na vrijlating direct weer naar de instelling voor verslavingszorg waar ze voorheen ook al kwamen. De verslavingszorg heeft echter vaak geen informatie over de methadonverstrekking dan wel methadonafbouw tijdens de detentie en het gevaar bestaat dat de verslavingszorg de patiënt dan opnieuw moet instellen op een juiste dosis. De invoering van het LCMR moet dit gaan verbeteren. Indien een patiënt na detentie terugkeert in behandeling in de verslavingszorg dient rekening gehouden te worden met een overgang naar de reguliere ziektekostenverzekering (basisverzekering). Tijdens de detentie wordt de reguliere verzekering omgezet in een regeling speciaal voor penitentiaire inrichtingen. Zo gauw een detentie is afgerond moet deze interne regeling worden omgezet in een 'normale' ziektekostenverzekering. De trajectbegeleider vanuit Justitie moet hiervoor op tijd contact opnemen met de verslavingszorginstelling. Van belang is verder dat de informatie van de medische diensten van de penitentiaire inrichtingen op tijd arriveert bij de hulpverleners van de opiaatonderhoudsbehandeling in de verslavingszorg, zodat een medisch beleid kan worden voortgezet

zonder dat er tijd verloren gaat. Het gevaar voor een overdosis opiaten is aantoonbaar vaker aanwezig net na een detentie.

6.5 Samenwerking met instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking

In de Nederlandse bevolking is naar grove schatting zes procent minderbegaafd en één tot twee procent verstandelijk gehandicapt. Een relatief hoog percentage onder hen heeft psychiatrische problematiek. Het is onbekend hoeveel van hen kampt met verslavingsproblemen. In de dagelijkse praktijk wordt echter door hulpverleners een toenemende hulpvraag geconstateerd bij mensen met een verstandelijke handicap.

Wanneer een patiënt vanwege verslavingsproblematiek voor behandeling aanklopt in de verslavingszorg, zal bij de diagnostiek ook het veld van de verstandelijke beperking of minderbegaafdheid overzien moeten worden. De DSM-categorisering is ook hier een bouwsteen voor de psychiatrische diagnostiek. Oorzaken voor een intellectuele beperking zijn legio en de oorzaak bij de individuele patiënt is niet altijd vastgesteld. Het is van belang een bekende oorzaak te betrekken bij met name medicamenteuze behandelingvoorstellen.

Het komt nogal eens voor dat in de opvoeding de bejegeningstijl minder adequaat is geweest. Het blijkt dan ook veel moeilijker een intellectueel beperkt kind op te voeden. Sporen van een moeizaam opvoedingsproces kunnen de behandelingrelatie zodanig negatief beïnvloeden, dat de behandeling stagneert. Specialistische zorg kan noodzakelijk zijn. Dat geldt ook bij specifieke syndromen zeker in verband met het te voeren medicatiebeleid. Intensieve samenwerking tussen de verslavingszorg en de instelling is dan dringend gewenst.

Afhankelijk van de diagnostiek m.b.t. de intellectuele beperking kan ingeschat worden of er sprake is van hersenbeschadiging. Wanneer dit het geval is of wanneer dit onbekend is, is het aan te raden met een proefdosering in een begeleide situatie de medicatie te starten. Als vuistregel kan als aanvangsdosering de helft van de reguliere aanvangsdosering voorgeschreven worden. Bij afwezigheid van bijwerkingen kan het reguliere protocol gehanteerd worden. Vanzelfsprekend geldt dit niet voor de vitamine B1 doseringen. Over de betrouwbaarheid van inname van medicatie moeten vooraf afspraken gemaakt worden met de patiënt en eventueel met de dagelijkse begeleiding. Men dient zich bewust te zijn van het geringere overzicht dat patiënt in deze situatie heeft en men draagt dus een grotere verantwoordelijkheid als voorschrijver en ook als begeleider.

De autonomie bij mensen in deze groep varieert van niet volledig tot zeer beperkt. De grotere afhankelijkheid, zeker emotioneel, van andere mensen is begrijpelijk. Het is van belang bij de behandeling van meet af aan in kaart te brengen welke mensen in het netwerk rondom patiënt betrokken zijn. Hierbij moet een onderscheid gemaakt worden tussen:

- > het familiesysteem
- > het al dan niet professioneel vervangend systeem

Bij het formuleren van het behandelingsbeleid moet er gestreefd worden naar een zo groot mogelijke consensus, betrokkenheid en inspanningsbereidheid in het netwerk. In het bijzonder moet de aandacht gaan naar die mensen, van wie de patiënt het meest emotioneel afhankelijk is, bij wie hij/zij het eerst te rade gaat.

Wanneer de patiënt een team van begeleiders heeft, zoals in een gezinsvervangend tehuis het geval is, moet er zorg gedragen worden voor een adequate informatieverstrekking met aandacht voor de bejegening. Een psycholoog of pedagoog van de verwijzende instelling is

hiervoor doorgaans de aangewezen persoon.

De bejegening van de patiënt vraagt om bijzondere aandacht. Een zekere mate van afhankelijkheid van patiënt van zijn omgeving is onontkoombaar. Deze afhankelijkheid moet gerespecteerd worden. Tegelijkertijd zal in het contact tussen behandelaar of begeleider en patiënt de keuzevrijheid ook gerespecteerd moeten worden. Goede informatie op maat en een psycho-educatieve inslag in de gesprekken zijn hierbij belangrijke bestanddelen. Getracht moet worden de patiënt aan het roer te brengen of houden, waar het de keuzen in het behandelingsproces betreft. In de praktijk is het doorgaans wenselijk bij de gesprekken met de patiënt over motivatie, behandelingvoorstellen en evaluatie de belangrijkste ondersteuners als deelnemers uit te nodigen. Het beperkte begripsvermogen maakt het noodzakelijk dat de hulpverlener in het gesprek met de patiënt eenduidige en zo concreet mogelijke informatie verschaft. Regelmatig moet getoetst worden of de informatie begrepen wordt. Puntsgewijs (tussentijds) samenvatten van het besprokene samen met de patiënt is hierbij een aardig middel evenals het schriftelijk vastleggen en als geheugensteuntje meegeven ervan.

Het probleemoplossend vermogen is beperkt ontwikkeld. Problemen of situaties die afwijken van het gebruikelijke patroon kunnen niet allemaal vooraf besproken worden. Expliciet moet gemeld worden wie benaderd moet worden voor advies en op welke wijze. Het contact van patiënt met een begeleidende instantie moet laagdrempelig en betrouwbaar zijn. In het algemeen is het contact tussen patiënt en/of begeleider met de behandelaar intensiever dan gebruikelijk.

Gebruikte Literatuur

Hoofdstuk 1 Verantwoorde Behandeling met Opiaatvervangers

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

Brink van de, W. (2005) Verslaving, een chronisch recidiverende hersenziekte. *Verslaving. Tijdschrift over verslavingsproblematiek*, vol 1, nr. 1, 3-14.

Commissie Invoeringsaspecten Behandeling Heroïneverslaving (2003) *Over blijvende zorg. Een voorstel voor de invoering van een duurzame, kwalitatief verantwoorde, medische behandeling met heroïne*. Utrecht. www.ccbh.nl.

Gezondheidsraad (2002) *Medicamenteuze interventies bij drugverslaving*. Den Haag: www.gezondheidsraad.nl

Greater Glasgow Health Board/Greater Glasgow Area Pharmaceutical Committee (2000) *Guidelines for Supervision of Methadone Consumption in Pharmacies*: www.ghi.ork.uk

Health Canada (2002) *Best Practices Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders*. Ottawa, Ontario: www.cds-sca.com.

Hendriks, V.M., Brink van den, W., Blanken, P. & Ree van, J.M. (2000) Heroïne op medisch voorschrift. *Handboek verslaving*, Bohn Stafleu Van Loghum, B4220, 3-22.

Henry-Edwards, S., Gowing, L, White, J., Ali, R., Bell, J., Brough, R., Lintzeris, N., Ritter, A. & Quigley, A. (2003) *Clinical Guidelines and Procedures for the Use of Methadone in the Maintenance Treatment of Opioid Dependence*. Australian Government/National Drug Strategy: www.ancd.org.au.

Jamieson, Beals & Lalonde Office of Canada's Drug Strategy (2002) *Best Practices Methadone Maintenance Treatment*. Health Canada Ottawa.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2005) *Behandeling met methadon: het kan en moet beter*. Den Haag, www.igz.nl.

Jong de, C.A.J., van Hoek, A.F.M. & Jongerhuis, M. (2004) *Richtlijn Detox, verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie*. Resultaten Scoren, GGZ Nederland, Utrecht.

McLellan, A.T., Leweis, D.C., O'Brien, C.P. & Kleber, H.D. (2000) Drug dependency, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284, 13, 1689-1695.

Ministry of Health New Zealand (2003) Opioid Substitution Treatment. New Zealand Practice Guidelines: www.moh.govt.nz

Nationale Drugsmonitor (2005), Trimbosinstituut: www.trimbos.nl.

Wetering, van de, B.J.M. & Czyzewski, E.C.J.E. (2001) *Het is tijd voor een paradigmaverschuiving in de verslavingszorg. Visiedocument*. Bouman Verslavingszorg, Rotterdam.

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

Hoofdstuk 2 De Patiënt

- Altink, S., Groen, M. & Vanwesenbeeck, I. (1991) *Sekswerk, ervaringen van vrouwen in de prostitutie*. SUA, Amsterdam.
- Baker, L.M., Wilson, F.L. & Winebarger, A. (2004) An exploratory study of the health problems, stigmatization, life satisfaction, and literacy skills of urban, street-level sex workers. *Women Health*, 39, 2, 83-96.
- Bell, J. (2000) Quality Improvement for Methadone Maintenance Treatment. *Substance Use & Misuse*, Vol. 35, No. 12-14, 1735-1756.
- Burgers, I. (2005) Haagse harddruggebruikers, aard, omvang en trends in 1999-2002. *Epidemiologisch Bulletin*, 40, 4-10.
- Dijk van, R.J.C., Boedjarath, I., Jong de, J.V.T.M., May, F. & Wesenbeeck, R. (2000) *Interculturele geestelijke gezondheidszorg in de XXI eeuw*. Een manifest. MGV 134-144.
- Enting, G.E. (2005) Voorlichtingen in eigen taal en cultuur. (VETC). *Epidemiologisch Bulletin* 40, 26-30.
- Forrest, G.G. (2001) *Countertransference in Chemical Dependency Counselling*. Haworth Press, London.
- Harmsen, K. & Loogman, M. (2002) *Preventieprojecten Vluchtelingen/Asielzoekers in Nederland*. Utrecht, Landelijke Steunfunctie Preventie.
- Hoogenboezem, G. (2003) *Wonen in een Verhaal, dak-en thuisloosheid als sociaal proces*. De Graaff, Utrecht.
- Lilly, R., Quirk, A., Rhodes, T. & Stimson, T. (2000) Sociality in Methadone Treatment: understanding methadone treatment and service delivery as a social process. *Drugs: education, prevention and policy*, 7, 2, 163-178.
- Noorda, J. (2005) Hulpvragen van straatprostituees in Groningen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60, 11, 1108-1120.
- Meuser, T.M. (2003) In: Barnes, K.H. *Integrated Treatment of Dual Disorders, A Guide to Effective Practice*. Guilford Press, New York.
- Miller, R.M. & Rollnick, S. (2005) *Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Ekklesia, Ouderkerk aan de IJssel.
- Resultaten Scoren (2003) *Richtlijn voor het opstellen van patiëntprofielen in de verslavingszorg*. GGZ Nederland, Utrecht: www.ggzkennisnet.nl.
- Resultaten Scoren (2004) *Druggebruikers over methadon*. GGZ Nederland: www.ggzkennisnet.nl
- Resultaten Scoren (2002) *Casemanagement voor langdurig verslaafden*. GGZ Nederland: www.ggzkennisnet.nl
- Rohlof, H. (2004) *Werken met Tolken*. Centrum '45 (2^e versie).
- Spear, D.L. (2004) Human Trafficking. A health care perspective. *AWHONN Lifelines*, 8, 4, 314-321.
- Thuijls, M.T.V., Zeegers, M.H.P. & Goderie, M.J.H. (2000) Straatprostitutie en harddrugverslaving. *Handboek Verslaving*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, B2050, 1-26.

Tjaden, B.R. (2004) De Invloed Van Etniciteit, Waarden En Normen En Behandeling Op De Klinische Behandeling Van Verslaafden : Een Prospectief Onderzoek in Drie Instellingen Voor Verslavingszorg. Universiteit van Amsterdam.

Trimbos Instituut. Ambulante verslavingszorg/LADIS. 2005.

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

Wolfers, I. & Kwaak van der K.A. (2004) Gezondheidszorg En Cultuur. VU Uitgeverij, Amsterdam.

Hoofdstuk 3 Gegevensverzameling, zorgtoewijzing en behandelingsplan

Todts, S (2003) Somatische aspecten van illegaal drugsgebruik. In: Handboek Verslaving, E3135: 3-41, Bohn Stafleu VanLoghum, Houten.

Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg/BIG: www.hulp.gids.nl/wetten/wetbig

Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst/WGBO: www.hulp.gids.nl/wetten/wbgo

Hoofdstuk 4 Opiaatvervangende medicatie

American Psychiatric Association/Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2003) *DSM-IV-TR*. Swets & Zeitlinger Publishers, Lisse.

Alderliefste, G. Boetje, H., Bruijn de D. & Harder, P. (2004) *Leidraad Methadonverstrekking: verstrekken volgens het boekje*. Brijder Verslavingszorg.

College voor Zorgverzekeringen (2005) *Farmacotherapeutisch Kompas*. Commissie Farmaceutische Hulp (CFH), Amstelveen.

Driessen, F.M.H.M., Lelij van der, B., Smeets, H.M. (2003) *Effecten van hoge doses methadon: een gerandomiseerd lange termijn experiment op negen locaties*. Bureau Driessen, Utrecht.

Eijkel van, J. & Mensink, J. (2001) *Evaluatie subsidieregelingen methadonverstrekkingen 1997-2000*. Publicatienummer 01/72, College van Zorgverzekeringen.

Jong de, C.A.J., van Hoek, A.F.M. & Jongerhuis, M. (2004) *Richtlijn Detox, verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie*. Resultaten Scoren, GGZ Nederland, Utrecht: www.ggzkennisnet.nl

Gezondheidsraad (2002) *Medicamenteuze interventies bij drugverslaving*. Den Haag: www.gezondheidsraad.nl

Glind, G, e.a. (2004) *Protocol ADHD en verslaving*. Trimbosinstituut, Utrecht.

Greater Glasgow Health Board/Greater Glasgow Area Pharmaceutical Committee (2000) *Guidelines for Supervision of Methadone Consumption in Pharmacies*: www.ghi.ork.uk

Woordenlijst

Afkortingen

DOT Dosering Onder Toezicht

MDO MultiDisciplinair Overleg

UC Letterlijk: Urine Controle. Meestal wordt een urine onderzoek bedoeld.

Begeleiders¹

Begeleider Hulpverlener die de patiënt op bepaald terrein begeleidt. De afbakening van dit terrein moet voor eenieder duidelijk zijn

Bemoeizorger Hulpverlener die intensieve vorm van case-management uitvoert, kan door deze intensiviteit maximaal 10-15 patiënten begeleiden

Case manager Hulpverlener die zorgt draagt voor de centrale coördinatie, inschatting, planning en evaluatie van zorg rondom een patiënt

Caseload houder Hulpverlener die een (deel-)verantwoordelijkheid heeft over een aantal patiënten, zijn case-load

Cliëntmanager Diverse uitleg in verschillende instellingen. Meestal een persoon die er op toeziet dat de verschillende onderdelen van een behandelingsplan uitgevoerd worden door de aangewezen hulpverleners, zonder zelf als hulpverlener op te treden.

Eerste Hulpverlener Hulpverlener die zorgt draagt voor de centrale coördinatie, inschatting, planning en evaluatie van zorg rondom een patiënt. In de RIOB is gekozen voor deze term i.v.m. de neutrale klank, i.t.t. casemanagement dat vaak een bijzondere plaats inneemt en voorbehouden is aan een bepaald team binnen een organisatie.

Eerstverantwoordelijke Verpleegkundige Een verpleegkundige die als eerste hulpverlener optreedt. Vaak betreft dit enkel de medicatie-module van het behandelingsplan.

Zorgcoördinator Hulpverlener die verantwoordelijk is voor het opstellen, bewaken en evalueren van zorgplan en voor de continuering van de zorg. In instellingen waar deze term gebruikt wordt betreft het een psycholoog die deze taak heeft voor alle patiënten van een afdeling.

¹ Er zijn veel verschillende termen om een vaste begeleider aan te duiden. Binnen instellingen komen bovenstaande termen voor, die elkaar soms overlappen in betekenis. Tussen de instellingen bestaan nog grotere verschillen. Definities van deze termen lopen enorm uiteen en vaak wordt met dezelfde term een andere functie of omschrijving bedoeld. Wij hebben in deze richtlijn gekozen voor Eerste Hulpverlener.

<i>Plannen</i>	Behandelingsplan	Plan bestaande uit een medicatie- en begeleidingsmodule waarin zowel de problemen, doelen als aanpak beschreven staat.
	Behandelingsovereenkomst	Overeenstemming over het behandelingsplan tussen hulpverlener en patiënt
	Begeleidingsmodule	Afgebakend onderdeel van een behandelingsplan, betreffende de psycho-sociale begeleiding
	Medicatiemodule	Afgebakend onderdeel van een behandelingsplan, betreffende de medicatie
	Werkplan of Zorgplan	Uit te voeren aspect van een behandelingsplan, met hierin wat en door wie
<i>Vreemde woorden</i>	Palliatie	Het verlichten van het lijden. Palliatie als behandelingsdoel betekent dat het stoppen van het gebruik van opioïden niet wordt nagestreefd en/of nog niet haalbaar wordt geacht.
	Stabilisatie	Schadebeperking. Bij stabilisatie is het doel het stoppen van bijgebruik van opioïden. De zucht (craving) naar deze middelen wordt bestreden door het verzadigen van de opiaatreceptor.
	Triage	Schiften. Het snel inschatten van problematiek en daarbij horende zorg

Hale TW (2002) *Medications in mothers' milk* 10th ed. Pharmasoft Publishing, Amarillo.

Health Canada (2002) *Best Practices Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders*. Ottawa, Ontario: www.cds-sca.com.

Health Canada (2002) *Literature Review Methadone Maintenance Treatment*, Ottawa, Ontario: www.cds-sca.com.

Henry-Edwards, S., Gowing, L, White, J., Ali, R., Bell, J., Brough, R., Lintzeris, N., Ritter, A. & Quigley, A. (2003) *Clinical Quidelines and Procedures for the Use of Methadone in the Maintenance Treatment of Opioid Dependence*. Australian Government/National Drug Strategy: www.ancd.org.au.

Jamieson, Beals & Lalonde Office of Canada's Drug Strategy (2002) *Best Practices Methadone Maintenance Treatment*. Health Canada Ottawa.

Jones, H.E., Johnson, R.E., Jasinski, D.R., O'grady, K.E., Chisholm, C.A., Choo, R.E., Crocetti, M., Dudas, R., Harrow, C., Huestis, M.A., Jansson, L.M., Lantz, M., Lester, B.M. &

Jones, H.E. (2004) Practical Considerations for the Clinical Use of Buprenorphine. *Science & Practice Perspectives*, August, 4-23.

Knapen, L.J.M. (2005) *Een systematisch overzicht van de co-morbiditeit tussen psychoactieve stoffen en een onderhoudsdosering methadon bij patiënten binnen een ambulante setting*. (niet gepubliceerde literatuurstudie).

Het Landelijk Steunpunt Druggebruikers (LSD), Cliëntenraad van Tactus Instelling voor Verslavingszorg (2004) *Methadon en spuiten*. Tactus, Deventer.

McElbatton, P.R. (2003) Pregnancy and Drug Use: part 1. *The Pharmaceutical Journal*, 270, 270-272.

Meer van der, C., Hendriks, V., Posthuma, T., Vos, R. (2003) *Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp*. Resultaten Scoren: www.ggzkennisnet.nl.

Merkx, M., Alderliefste, G. & Kessler, J.W. (2003) *Behandeling opiaatafhankelijkheid met methadon: Handleiding arts en verpleegkundige 'Dosering onder toezicht'*. Brijder verslavingszorg.

Milio, L. (2005) Buprenorphine versus methadone in the treatment of pregnant opioid-dependent patients: effects on the neonatal abstinence syndrom. *Drug Alcohol Depend*, 79 (1), 1-10.

Ministry of Health New Zealand (2003) *Opioid Substitution Treatment. New Zealand Practice Guidelines*: www.moh.govt.nz

Opwijrda, E. (2002) *De rol van de apotheker in de methadonverstrekking*. Wetenschapswinkel Geneesmiddelen, Universiteit Utrecht. www.uu.nl/wetenschapswinkels/geneesmiddelen.

Touw, D. (2005) *Informatie onderzoek op drugs in de urine*, versie 1.3. Parnassia Verslavingszorg (interne publicatie)

Schaefer C (2001) *Drugs during pregnancy and lactation*. First edition, Amsterdam, Elsevier Science.

Verster, A. & Buning, E. (2000) *Methadone Guidelines*. Euro-Methwork, Amsterdam (www.q4q.nl/methwork)

Verster, A. & Buning, E. (2003) Info for Policymakers on the effectiveness of substitution treatment for opiate dependence. EuroMethwork, Amsterdam: www.euromethwork.org.

Vossenbergh, P. (2000) Instellen op Methadon, Tactus Instelling voor Verslavingszorg, Deventer (interne publicatie).

Hoofdstuk 5 Organisatie van de opiaatvervangende behandeling

Commissie Invoeringsaspecten Behandeling Heroïneverslaving (2003) *Over blijvende zorg. Een voorstel voor de invoering van een duurzame, kwalitatief verantwoorde, medische behandeling met heroïne*. Utrecht. www.ccbh.nl

DBC GGZ (2005) *Spelregels DBC-registratie ten behoeve van de koploperfase* www.dbcggz.nl

Doedens, P., Meulders, W.A.J. & Knibbe, R.A. (2004) *Handreiking bemoeizorg*. Resultaten Scoren. GGZ Nederland, Utrecht: www.ggzkennisnet.nl.

Eijkel van, J. & Mensink, J. (2001) Evaluatie subsidieregelingen methadonverstrekkingen 1997-2000, publicatienummer 01/72, College van Zorgverzekeringen

Loth, C. (2002) *Registratie van ad-hoc zorg aan het methadonafgifte loket*. Tactus Twente.

Opwijrda, E. (2002) De rol van de apotheker in de methadonverstrekking. Wetenschapswinkel Geneesmiddelen, faculteit Farmaceutische Wetenschappen Universiteit Utrecht. www.uu.nl/wetenschapswinkels/geneesmiddelen

Rozenbroek, E.M.A.A. (2001) De chaos bedwongen: methadon in de apotheek. *Pharmaceutisch Weekblad*, 136, 40, 1509-1512.

Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen/WOPZ: www.hulpgids.nl/wetten/wopz.

Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst/WGBO: www.hulpgids.nl/wetten/wbgo

Wet Kwaliteitswet Zorginstellingen: www.hulpgids.nl/wetten/wetzorginstellingen.

Hoofdstuk 6 Samenwerking met andere instellingen

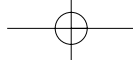
Gezondheidsraad (2002) *behandeling van drugsverslaafde gedetineerden*. (2002/08) Den Haag: www.gezondheidsraad.nl/publicaties.

Gogh van, M.T. (2005) *Een systematisch overzicht van de co-morbiditeit tussen psychiatrische As-I stoornissen en een onderhoudsdosering methadon bij patiënten binnen een ambulante setting*, (niet gepubliceerde literatuurstudie).

Ministerie van Justitie, afdeling Beleidsontwikkeling (2004) *Circulaire Methadonverstrekking aan volwassen gedetineerden*. Den Haag.

Glinde van der, G., Kooij, S., Duin, van, D., Goossensen, A. & Carpentier, P. (2004) *Protocol ADHD bij Verslaving: screening, diagnostiek en behandeling voor de ambulante en klinische verslavingszorg*, Trimbosinstituut, Utrecht.

Meer van der, C., Hendriks, V., Posthuma, T., Vos, R. (2004) *Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp*. Resultaten Scoren/GGZ Nederland: www.ggzkennisnet.nl



Inleiding deel II Literatuurstudies

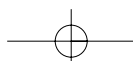
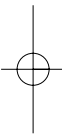
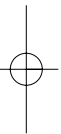
Voor de RIOB zijn 4 literatuurstudies uitgevoerd door verschillende onderzoekers.

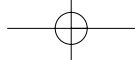
De eerste gaat over methadon als zodanig, de tweede over buprenorfine.

Het is bekend dat de populatie opiaatafhankelijke patiënten die een onderhoudsbehandeling met een ander opiaat krijgen vaak co-morbide psychiatrische stoornissen heeft. De aard en omvang hiervan en het effect op de onderhoudsbehandeling worden beschreven in de derde literatuurstudie.

Verder gebruiken patiënten in een onderhoudsbehandeling vaak andere psycho-actieve stoffen. Aard, omvang en effect op de onderhoudsbehandeling worden besproken in de vierde studie.

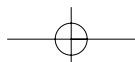
Concepten van de studies zijn beoordeeld door Drs. P. Geerlings en Dr. B. van de Wetering.





Onderhoudsbehandeling met methadon bij opiaatafhankelijke patiënten

Drs. P. Vossenbergh



Inhoudsopgave

1. Inleiding
 2. Methadon als medicatie
 3. Indicaties voor behandeling met methadon, cq methadononderhoudsbehandeling
 4. Contra-indicaties
 5. Risico's
 6. Werking van methadon, interacties, enkele farmacokinetische aspecten
 7. Optimale dosering
 8. Instellen op methadon
 9. Methadon: toedieningsvormen
 10. Gesuperviseerde inname
 11. Methadon tijdens zwangerschap
 12. Conclusies
 13. Literatuur
- Bijlage 1: Fases in een onderhoudsbehandeling met methadon
Bijlage 2: Symptomen van opiaatontwenning
Bijlage 3: Missen van doseringen, extra doseringen

1. Inleiding

Bij de behandeling van opiaatverslaving is het niet altijd reëel abstinentie van alle opiaten na te streven. In gevallen waarbij het niet lukt met behulp van een (partiële) opiaat-agonist het gebruik van opiaten geheel te staken, is het continueren van de (partiële) opiaat-agonist aangewezen. In dit geval spreekt men van een onderhoudsbehandeling (Gezondheidsraad 2002, pg 103).

In deze literatuurstudie over onderhoudsbehandeling met methadon bij personen die afhankelijk zijn van opiaten, wordt ingegaan op de volgende vragen:

- > welke behandelingsdoelen worden nagestreefd bij de onderhoudsbehandeling met methadon
- > welke criteria worden gehanteerd om te besluiten of iemand geïndiceerd is voor langdurige behandeling met methadon
- > wat zijn contra-indicaties voor langdurige behandeling met methadon
- > wat is de optimale dosering methadon
- > hoe kan een patiënt veilig ingesteld worden op methadon
- > welke toedieningsvormen voor methadon worden gebruikt, wat zijn voor- en nadelen van de diverse vormen en zijn er specifieke indicaties voor een bepaalde toedieningsvorm
- > welke risico's zijn bekend van het gebruik van methadon

Zoekstrategie:

Voor deze literatuurstudie is gebruik gemaakt van een aantal bronnen. Met behulp van de internet zoekmachine Google is op het internet gezocht naar volledige teksten van reeds bestaande richtlijnen rond methadon of volledige reviews. De internet-sites van EMCDDA (European Monitoring centre for Drugs and Drug Addiction), Nationale Drugs Monitor (NDM) en Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ) (voor Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem -LADIS) zijn geraadpleegd voor enkele statistische gegevens.

Van zes recente richtlijnen is de volledige tekst te vinden op het internet: Verster, Buning (2000), Department of Health, UK (1999), Ministry of Health, NZ (2003), College of Physicians of Ontario (2001), Commonwealth of Australia (2003), Health Canada (2002)

Tevens is gezocht in de volgende databases:

- > Cochrane Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness
- > Medline
- > Nationale Guideline Clearinghouse
- > Toxnet

In Medline is primair gezocht naar artikelen, gepubliceerd na 1995, tot juli 2005. De gebruikte zoektermen (zowel afzonderlijk als in combinatie) waren: methadone, maintenance, treatment, dosage, substitution, guidelines, treatment outcome, pharmacology, pharmacokinetics, pharmacodynamics, plasma concentration, serum concentration, enzyme induction, cytochrome P450, oral methadone, intravenous methadone, supervised, overdose, methadone related death, toxicity.

Waar mogelijk is voor informatie gebruik gemaakt van meta-analyses. Indien niet beschikbaar werden reviews of randomised controlled trials gebruikt. Tevens zijn hoofdstukken uit enkele boeken over behandeling met methadon bij opiaatverslaafden gebruikt.

Enkele onderwerpen blijken zeer beperkt onderzocht (zoals acceptatie door patiënten van inname onder toezicht) of niet onderzocht (zoals indicatiestelling voor diverse toedieningsvormen van methadon of de optimale periode van inname van methadon onder supervisie).

In de afgelopen jaren zijn enkele meta-analyses gepubliceerd, waarin conclusies zijn getrokken over effecten en effectiviteit van methadon, zowel ten opzichte van andere farmacotherapieën, met name buprenorfine, als ten opzichte van niet-farmacologische benaderingen. Dit overzicht is geen nieuwe meta-analyse van bestaand onderzoek.

2. Methadon als medicatie

De Gezondheidsraad (2002) noemt als mogelijk doel van onderhoudsbehandeling met methadon het staken van druggebruik (heroïne) door de patiënt. In dat geval moet medicatie in een dosis voorgeschreven worden waarbij geen onthoudingsverschijnselen optreden én craving wordt voorkomen of verminderd. Een ander doel kan zijn om het gebruik van de patiënt in de hand te houden. Hierbij zou volstaan kunnen worden met een lagere dosering van de medicatie (Gezondheidsraad (2002, pg75). Staken of verminderen van gebruik van niet-voorgeschreven opioïden lijken doelen die redelijk rechte lijnen met medicatie te bevorderen zijn. Doelen als afname van overlast en criminaliteit lijken meer een eventueel gevolg van afname van gebruik van niet-voorgeschreven opioïden.

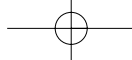
Het eerste gebruik van methadon in enige vorm van onderhoudsbehandeling bij opioïdeafhankelijken, vindt waarschijnlijk plaats rond 1963 (bron: Health Canada, 2002). Het eerste gepubliceerde onderzoek over onderhoudsbehandeling met methadon stamt uit 1965 (Dole, Nyswander, 1965). Sinds de eerste publicatie zijn er vele publicaties gewijd aan doelen, werking, dosering en effecten van methadon en aan de werkwijze rondom het gebruik van methadon. Methadon staat sinds 2005 op de WHO-lijst van essentiële medicaties, in de sectie medicaties gebruikt bij de behandeling van verslavingen.

In Europa wordt methadon voor het eerst gebruikt in Zweden (1967). Momenteel is methadon voor de behandeling van opiaatafhankelijken beschikbaar binnen de gehele Europese Unie (EMCDDA, jaarrapport 2004). Ook buiten de Europese Unie wordt methadon voor dit doel gebruikt, onder andere in Canada, Verenigde Staten, Mexico, Australië en Nieuw Zeeland.

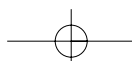
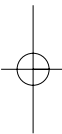
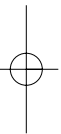
Inmiddels zijn in diverse landen en regio's richtlijnen gepubliceerd over hoe methadon in te zetten (o.a. Canada 2001; EU, 2000; Australia, 2003; New Zealand, 2003; UK, 1999).

In Nederland worden als doelen van een onderhoudsbehandeling met methadon onder andere genoemd: stabiliseren van de situatie van de cliënt, afname van overlast, vermindering van (overdracht van) infectieziekten, verbeteren van fysieke en psychische gezondheid van de cliënt en contact houden met de gebruikers (NDM, 2003). Elders worden doelen genoemd die meer direct samen hangen met de farmacologische werking van methadon: onderdrukken van ontweningsverschijnselen van opioïden, uitdoven van craving naar opiaten en blokkade van de euforiserende effecten van opioïden (Dole & Nyswander, 1965; Leavitt, 2003)

Amato e.a. (2005b) plaatsen in hun overzicht over onderhoudsbehandeling van afhankelijkheid aan opioïden enkele kanttekeningen. In onderzoek naar de effectiviteit wordt in meta-analyses vooral gekeken naar het in behandeling houden (retentie) en gebruik van illegale heroïne. Mortaliteit onder verslaafden aan heroïne is meer dan 10x hoger dan onder de algemene bevolking en lijkt in observationele studies met name kort na het staken van de behandeling vrij hoog, tijdens behandeling lijkt de mortaliteit lager. Retentie zou daarom gezien kunnen worden als een indirecte maat voor effect van een behandeling. In RCT's is echter onvoldoende bewijs voor een effect van behandeling op de mortaliteit. RCT's van behandeling afhankelijkheid van opioïden gebruiken overigens slechts zelden reductie in mortaliteit als uitkomstmaat.



In de literatuur wordt zeer wisselend of zelfs niet gewag gemaakt van mate van gebruik van andere drugs tijdens de behandeling, fysieke en psychische gezondheid en kwaliteit van leven. Hierdoor kunnen deze gegevens niet op een zinnige manier in een meer kwantitatieve review opgenomen worden. Ook gegevens van urineonderzoek, als meer objectieve methode om abstinentie aan te tonen, worden op te zeer verschillende wijze gerapporteerd waardoor pooling niet mogelijk is. Ondanks deze zwakkere punten, wijzen de resultaten van onderzoek uit diverse landen echter steeds in dezelfde richting.



Behandeling met methadon blijkt in een meta-analyse van zes gerandomiseerde klinische trials met in totaal 954 patiënten, significant effectiever dan behandelingen zonder methadon (zoals ontgiftiging, drug-vrije behandeling, placebo) in afname van heroïnegebruik (3 RCTs, RR=3.05; 95%CI: 1.75-5.35) en in behandeling kunnen houden van patiënten (3 RCTs, RR=0.32; 95%CI: 0.23-0.44). Het effect op criminaliteit bleek daarentegen niet significant te verschillen (Mattick e.a., 2004). Twee van de studies gebruikten een placebo voor de controlegroep en waren dubbelblind opgezet. Bij een studie was de wijze van blinding niet adequaat, bij vier studies onduidelijk beschreven. Bij een studie was blinding adequaat. Overigens waren de gemiddelde doseringen methadon matig tot hoog: in een studie werden doses tot 50 mg gebruikt, een studie vermeldde geen dosis, de overige gebruikten gemiddelde doses van 74 tot meer dan 100 mg. De reviewers merken op dat de gebruikte doseringen in de trials hoger zijn dan veelal gebruikelijk is. Bovendien was er sprake van substantiële ondersteunende diensten als psycho-sociale hulp, medische en psychiatrische ondersteuning.

Het effect op mortaliteit en kwaliteit van leven is zwak. Het best onderzochte onderdeel van onderhoudsbehandeling met methadon is de dosering. Vragen met betrekking tot effect en nut van andere interventies (onder andere psychiatrische zorg, psychotherapie, urinecontroles, maatschappelijk werk) en de mogelijke interactie met farmacotherapie zijn relatief onderbelicht (Amato e.a., 2005a)

Er zijn inmiddels meerdere studies gepubliceerd, waarbij onderhoudsbehandeling met methadon vergeleken wordt met andere farmacotherapiën zoals buprenorfine, LAAM of heroïne. LAAM, ofschoon effectief als medicatie, wordt momenteel niet meer gebruikt vanwege cardiale bijwerkingen.

In een meta-analyse met 13 RCT's kon onderhoudsbehandeling met methadon vergeleken worden met buprenorfine. Hiervan waren er 12 dubbelblind opgezet. Bij twee studies concluderen de reviewers dat de methode voor blinde toewijzing aan de interventies duidelijk adequaat was. Bij de overige studies was dit onvoldoende duidelijk beschreven om te kunnen stellen dat blinde toewijzing adequaat was, echter bij geen van de studies leek het duidelijk inadequaat. Adequate blinding was het belangrijkste criterium op basis waarvan de kwaliteit van de trials beoordeeld werd. Deze was over het algemeen goed.

In de RCT's waarbij buprenorfine in flexibele doseringen vergeleken werd met placebo en methadon in flexibele doseringen, bleek buprenorfine in diverse doseringen significant effectiever dan placebo wat betreft het in behandeling houden van patiënten, maar was methadon hierbij significant effectiever dan buprenorfine (6 RCT's, RR =1.23; 95% CI: 1.04-1.44). In drie studies (N=314) bleek methadon in hoge dosering significant effectiever dan buprenorfine in hoge dosering (8 mg of meer per dag) op afname van heroïnegebruik als hierbij gekeken werd naar urines positief op opiaten. In twee andere studies (N=74) waarbij zelfrapportage gegevens werden gebruikt, werd geen significant verschil gevonden. De reviewers concluderen dat met betrekking tot retentie en afname van heroïnegebruik buprenorfine niet effectiever is dan methadon in adequate dosering (Mattick e.a., 2005). De reviewers concluderen dat bij methadon in hoge dosering er sprake is van betere retentie en grotere afname van heroïnegebruik dan tijdens onderhoudsbehandeling met buprenorfine. Ze bevelen aan buprenorfine te gebruiken wanneer een hoge dosis methadon niet verdragen wordt.

Heroïne als farmacotherapie, vergeleken met methadon, is slechts beperkt onderzocht. In een recente review worden vier RCT's genoemd, waarvan een uit 1980, die onder andere voldeden aan criteria met betrekking tot randomisatie. De onderzoeken zelf en de uitkomstmaten van de studies waren slecht vergelijkbaar, waardoor meta-analyse niet mogelijk was. Retentie bleek bij één studie beter indien heroïne gegeven werd, bij een andere studie beter als methadon gegeven werd. In de twee studies waar bijgebruik van (niet-voorgeschreven)

heroïne onderzocht werd, waren de resultaten tegengesteld. De reviewers stellen dat op basis van het beschikbare onderzoek, er geen conclusies te trekken zijn over effectiviteit van behandeling met heroïne (Ferri e.a. 2005)

In bovengenoemde reviews is ook naar psychische en fysieke gezondheid, naast mortaliteit, gekeken als mogelijke secundaire uitkomstmaat van behandeling, naast primaire zoals gebruik van heroïne, retentie en criminele activiteiten. Er wordt een trend gesignaleerd dat bij patiënten die hogere doseringen methadon krijgen, de mortaliteit lager is dan wanneer ze lagere doseringen krijgen (Faggiono e.a.2003). Andere uitkomstmaten op het gebied van gezondheid blijken in de diverse door de reviewers geïnccludeerde onderzoeken, niet meegenomen te kunnen worden omdat ze te sterk verschillend, onvoldoende of niet gerapporteerd worden.

Op basis van de vijf Cochrane reviews van onderhoudsbehandeling bij afhankelijkheid van opioïden, wordt in een recent artikel geconcludeerd dat onderhoudsbehandeling met methadon in hogere dosering de meest effectieve behandeling is om patiënten in behandeling te houden en door patiënten gemeld gebruik van heroïne te onderdrukken. Daarentegen is er slechts gering bewijs voor effectiviteit op andere relevante uitkomstmaten (Amato e.a., 2005b). In dit artikel zijn verschillende behandelingen tegen elkaar afgezet: methadon en buprenorphine in diverse doseringen, afbouw met methadon, geen farmacotherapie, LAAM en heroïne (al dan niet in combinatie met methadon).

In RCT's laat onderhoudsbehandeling met methadon betere retentie zien dan langzame afbouw van methadon of niet-farmacotherapeutische behandelingen. Flexibel gedoseerde methadon laat ook betere retentie zien dan onderhoudsbehandeling met buprenorphine. Hoewel niet significant, was er tevens een trend zichtbaar dat bij hoge of lage doses methadon, retentie beter was dan met buprenorphine. Ook in vergelijking met onderhoudsbehandeling met LAAM, was retentie tijdens methadononderhoudsbehandeling beter. In enkele prospectieve studies, is van hogere doseringen een nog beter resultaat te zien op retentie.

Als methadon gecombineerd met heroïne gegeven wordt, is retentie lager dan wanneer alleen methadon gebruikt wordt. In één RCT waarbij alleen heroïne verstrekking vergeleken werd met behandeling met methadon, was retentie lager bij degenen die methadon gebruikten. In één andere RCT waarbij behandeling met heroïne vergeleken werd met iedere andere conventionele behandeling, bleek daarentegen geen significant verschil in retentie.

Dezelfde studie (N=48) liet voor behandeling met heroïne een beter effect zien op bijgebruik van niet voorgeschreven heroïne, gebaseerd op zelf-rapportage van de patiënt.

Gemeld gebruik van heroïne was minder tijdens behandeling met LAAM dan tijdens behandeling met methadon. Studies (in totaal 700 deelnemers) waarin behandeling met methadon vergeleken werd met buprenorphine in diverse doseringen, lieten steeds een gunstiger effect van methadon zien, met name bij hogere doseringen.

Overige factoren van invloed op effect: retentie, aanmeldingsprocedure, psychosociale hulp, personeel

Behalve methadon zelf als medicatie, lijkt nog een aantal factoren van belang voor het succes van een behandeling. Een uitgebreid rapport ten behoeve van de Zwitserse overheid noemt onder andere stabiliteit binnen de behandelstaf, uitgaan van een langdurige onderhoudsbehandeling, en een sanctiebeleid waarbij niet altijd privileges voor de patiënt worden ingetrokken als deze zich niet aan de behandelvoorwaarden houdt (Beusekom & Iguchi, 2001). Als onderhoudsbehandeling met methadon uiteindelijk toch gericht blijft op abstinentie blijkt dit minder effectief dan indien behandeling zich richt op langdurig onderhoud met methadon, zonder abstinentie als mogelijk doel. Op abstinentie gerichte behandeling lijkt zelfs eerder een negatief effect te hebben op andere retentie, bijgebruik van heroïne en terugval na ontslag uit behandeling (Caplehorn, 1994).

Naarmate patiënten langer in behandeling blijven (retentie), verbetert het effect op bijgebruik van heroïne. Er lijkt hierbij eerder sprake van een lineair verband dan een duidelijk herkenbare minimale behandelperiode waarna verbetering optreedt (Zhang, 2003).

De tijd tussen een eerste aanmeldingsgesprek en de daadwerkelijke start van de behandeling beïnvloedt retentie. Bij een langdurig screeningsproces voorafgaand aan behandeling met methadon, wordt meer uitval gezien dan wanneer na een eerste kortdurende screening vrijwel direct gestart kan worden (Maddux e.a., 1995; Ward e.a., 1998a, pg195). Ook in Nederland zijn er grote verschillen in de periode tussen aanmelding en daadwerkelijke start (eigen observaties): van enkele dagen tot meerdere weken.

Psychosociale ondersteuning (zoals gezinstherapie en medisch-psychiatrische diensten) heeft mogelijk een beter effect op bijgebruik van heroïne en cocaïne dan alleen methadon. Ook lijken er dan minder medische en psychiatrische crises op te treden. (McLellan e.a., 1993). Er is echter geen onderzoek dat aantoonde dat op langere termijn een bepaalde vorm van psychosociale ondersteuning effectiever is dan andere, indien toegepast zonder farmacotherapie. Onderzoek naar psychosociale interventies zijn onderling niet vergelijkbaar, hebben een te korte follow-up periode en hebben betrekking op geringe aantallen (Mayet e.a., 2005).

In een analyse van onderzoeken naar de effecten van diverse interventies naast farmacotherapie, bleken 12 studies (uit een totaal van 77 onderzoeken) te voldoen aan de inclusiecriteria (N=981; in totaal acht verschillende interventies), in een periode van ongeveer 20 jaar. De belangrijkste inclusiecriteria waren voor de analyse: RCT, elke vorm van psychosociale interventie in combinatie met iedere vorm van behandeling met een agonist versus behandeling met alleen een agonist. Er bleken alleen RCT's te zijn waarbij methadon de agonist was. In vrijwel alle gevallen was bij patiënten die niet de beschreven psychosociale interventie kregen, wel sprake van "treatment as usual". Twee studies waren dubbel-blind opgezet. Bij twee studies is de randomisatieprocedure beschreven, de wijze van blinding was nergens beschreven. Op basis van met name de criteria met betrekking tot randomisatieprocedure en blinding, stellen de reviewers dat er sprake is van een matig risico op bias in het onderzoek. De twaalf studies hadden betrekking op acht verschillende psychosociale interventies: vier gedragstherapeutische varianten (waaronder, cognitieve gedragstherapie, community-reinforcement approach (CRA), twee psychoanalytisch georiënteerde behandelingen (waaronder subliminale stimulering), een gestructureerde vorm van begeleiding en een kortdurende interpersoonlijke psychotherapie.

De conclusie van de reviewers is dat toevoegen van enige vorm van psychosociale interventie als effect heeft dat minder heroïne wordt gebruikt (RR 0.69; 95% CI 0.53 to 0.91). Retentie werd niet significant beïnvloed. Over andere belangrijke uitkomstmaten als psychiatrische symptomen en kwaliteit van leven, konden geen uitspraken gedaan worden (Amato e.a., 2005a)

3. Indicatie voor behandeling met methadon

Het meest gebruikelijke criterium is: afhankelijkheid van opioïden, conform DSM-IV of ICD-10 criteria (zie bijlage), met lichamelijke afhankelijkheid. In veel landen geldt ook een minimumleeftijd, variërend van 18 jaar (Australië, Nieuw Zeeland, Portugal EMCDDA rapport 2004) tot 20-25 jaar (Griekenland, Finland, Noorwegen Zweden, EMCDDA). Ook de duur van de afhankelijkheid is een gebruikelijk criterium, met grote variatie: 0,5-2 jaar in landen als België, Nederland, Ierland tot 4-5 jaar in Estland, Letland, Noorwegen en Zweden (bron: EMCDDA rapport 2004). Veelal wordt ook als criterium genoemd dat iemand al een poging tot abstinentie ondernomen moet hebben. Deze criteria zijn niet gebaseerd op onderzoek.

Meerdere richtlijnen (o.a. Ontario, 2001; Australia, 2003) geven aan dat personen die eerder methadon voorgeschreven hebben gekregen maar terug dreigen te vallen, in aanmerking kunnen komen voor een nieuwe behandeling met methadon. Daarbij hoeft op dat moment nog geen sprake te zijn van lichamelijke afhankelijkheid. Genoemd worden onder andere zwangeren en personen waarbij bijvoorbeeld tijdens detentie methadon is afgebouwd.

Het vaststellen van afhankelijkheid kan op diverse manieren gebeuren (Ward e.a., 1998a). Een methode is directe observatie van ontwenningssverschijnselen. Ontwenningssverschijnselen kunnen ook worden opgewekt m.b.v. de naloxon-(provocatie)test. Naloxon is een pure opiaat-antagonist en wordt meestal gebruikt bij overdosering van opioïden.

Als het toegediend wordt aan een persoon die lichamelijk afhankelijk is van opioïden, kan binnen enkele minuten opiaat-ontwenning optreden (zie bijlage), die ongeveer twee uur aanhoudt. Op basis hiervan zijn testen ontwikkeld met als doel het objectiveren van de mate van afhankelijkheid. In de jaren nadat dit voor het eerst gebruikt werd (1973), zijn er meerdere onderzoekers geweest die de test hebben trachten te verfijnen (Judson & Goldstein, 1983). Er blijken echter personen te zijn, die wel voldoen aan de DSM-IV criteria voor afhankelijkheid, zonder een positieve reactie op de naloxon-test. Als op basis van een negatieve test, iemand op dat moment uitgesloten wordt van methadonverstrekking, bestaat het gevaar dat iemand om alsnog in aanmerking te komen meer illegale opioïden gaat gebruiken. In dat geval zou het de voorkeur verdienen, ondanks onvoldoende lichamelijke afhankelijkheid, te trachten dit te voorkomen door iemand toch in aanmerking te laten komen voor methadonverstrekking (Resnick, 1983). De provocatietest wordt evenwel afgeraden, onder andere vanwege het ongemak voor de patiënt en extra kosten, maar ook omdat bij zorgvuldige anamnese en onderzoek voldoende informatie verkregen kan worden (Ward e.a., 1998a). Sommige recente richtlijnen (Australia, 2003) noemen de naloxon-test nog wel als een bruikbare methode.

Een andere methode om de mate van tolerantie (of neuroadaptatie) vast te stellen is te observeren hoe iemand reageert op een proefdosis van 20 mg methadon (Ward e.a., 1998a). Hierbij wordt onder andere gebruik gemaakt van een sterk verband tussen de mate van pupilvernauwing en de gebruikte hoeveelheid heroïne en hoe lang iemand gebruikt. Nadeel van deze werkwijze is de observatieduur van twee tot vier uur en apparatuur die nodig is (camera). Er blijkt een grote overeenkomst tussen testresultaten en anamnese te zijn.

Onderzoek van urine wordt vaak verricht tijdens de intakefase. Een onderzoek dat positief is voor opiaten bevestigt wel recent gebruik, maar is niet bewijzend voor lichamelijke afhankelijkheid. Overigens kan onderzoek van urine ook nuttig zijn om gebruik van andere middelen door de patiënt aan te tonen.

Ook vragenlijsten zoals de Severity of Opiate Dependence Questionnaire (SODQ) worden gebruikt. De SODQ is getest in Australië, Engeland en de VS (Sutherland e.a., 1986, Sutherland e.a., 1988). In deze vragenlijst wordt onder meer ingegaan op mate van gebruik, fysieke en affectieve ontwenningssverschijnselen en hoe snel ontwenningssverschijnselen weer optreden als iemand, na een periode van abstinentie, weer opioïden gaat gebruiken.

De laatste methode bestaat uit gerichte anamnese en lichamelijk onderzoek. Hierbij wordt vooral aandacht besteed aan de voorgeschiedenis, met nadruk op gebruik van middelen. Bij het onderzoek wordt vooral gelet op directe en indirecte aanwijzingen voor gebruik, zoals littekens als gevolg van het gebruik van naalden.

Er is geen onderzoek waarbij de diverse methodes voor het vaststellen van afhankelijkheid van opioïden met elkaar zijn vergeleken.

4. Contra-indicaties

Als iemand niet afhankelijk is van opioïden en er ook niet eerder sprake is geweest van afhankelijkheid of misbruik, is er geen indicatie voor methadon. Daarnaast worden enkele medische redenen genoemd als (relatieve) contra-indicaties. In het Farmacotherapeutisch Kompas (2004) worden genoemd: "Acute ademhalingsdepressie, asthma bronchiale, chronische obstructieve longziekten, cyanose; hersentrauma, verhoogde intracraniale druk; delirium tremens; hartinsufficiëntie. Terughoudendheid is geboden bij verminderde ademreserve zoals bij emfyseem, kyfoscoliose en bij overmatige slijmvorming in de luchtwegen".

In het Approval Package for Methadone Hydrochloride tablets USP 5 mg and 10 mg (Center for Drug Evaluation and Research) worden verder nog genoemd: situaties waarbij het handhaven van een normale bloeddruk problematisch is, onder andere bij afgenomen bloedvolume of bij gelijktijdig gebruik van medicaties zoals fenothiazines en bepaalde anesthetica.

Diverse richtlijnen (Canada, 2002; Ontario, 2001; Australia, 2003; New Zealand, 2003) noemen informed consent uitdrukkelijk als voorwaarde om te kunnen starten en als een patiënt dit niet geeft of kan geven is dat in principe reden om niet te starten met een behandeling.

Een aantal landen hanteert een minimumleeftijd om in aanmerking te kunnen komen voor een behandeling met methadon, onder een bepaalde leeftijd (wisselend per land) is behandeling niet toegestaan of alleen met toestemming van ouders of voogd.

Ofschoon het geen absolute contra-indicatie zijn, wordt in onder andere de Australische richtlijn (pg. 7) gewezen op risico verhogende en complicerende factoren als gelijktijdige afhankelijkheid van alcohol, polydruggebruik, met name met sederende middelen en een recent verminderde tolerantie voor opioïden. Ook een psychiatrische aandoening, waardoor iemand niet in staat is informed consent te geven of als er sprake is van een zeker gevaar voor suicide, worden genoemd als reden om extra voorzichtig te zijn.

Leeftijdsgrenzen lijken eerder politiek of juridisch bepaald te zijn. Er is geen onderzoek waaruit blijkt dat methadon bij jongeren die afhankelijk van opioïden zijn, niet zinnig of zelfs risikant zou zijn.

5. Risico's, bijwerkingen

Als meest voorkomende bijwerkingen bij langdurig gebruik van methadon in doseringen van 80-120 mg worden genoemd: excessief transpireren, obstipatie, slapeloosheid, afgenomen libido en moeite tot orgasme te komen.

In de inductieperiode bestaat een verhoogd risico op overdosering. Dit kan enerzijds het gevolg zijn van een te snelle opbouw van methadon, anderzijds het gevolg van een te langzame opbouw van methadon waarbij de patiënt ontwenningverschijnselen probeert te onderdrukken door naast de voorgeschreven methadon andere middelen als heroïne, benzodiazepines, alcohol of illegaal verkregen methadon te gebruiken (Humeniuk e.a., 1999)

Enkele recente publicaties wijzen op een mogelijke verband tussen hoge doses methadon en een verlengd QT-interval op het ECG. (Kornick e.a., 2003; Kranz e.a., 2003). In een prospectieve studie tijdens inductie met methadon werd een verlenging van gemiddeld 10,8 milliseconde (ms) gevonden, statistisch significant. Er werd echter geen enkele episode met torsade de pointes gezien, bij geen van de 193 patiënten werd een verlenging met meer dan 40 ms gezien of een QT-interval van meer dan 500 ms, die zouden duiden op een stoornis in de prikkelgeleiding. (Martell e.a., 2005)

6. Werking van methadon, interacties, invloed op stofwisseling van methadon

Methadon(hydrochloride) is een bitter smakend, wit poeder, goed oplosbaar in water. Het is een synthetisch, langwerkende mu-opioïde-agonist. In de meest gebruikte vorm wordt methadon als racemisch mengsel toegediend. De farmacologisch meest werkzame isomeer is R-methadon (linksdraaiend). Een biologische beschikbaarheid van gemiddeld 80-90 % wordt gemeld bij oraal gebruik van methadon. Methadon is ongeveer 30 minuten na inname aantoonbaar in plasma en de hoogste concentratie wordt twee tot vier uur na inname gevonden. De plasma eliminatie-halfwaardetijd is gemiddeld 24 uur (15-31 uur). Uit de farmacologie is bekend dat een plateau fase (steady state) bereikt wordt na een periode van ongeveer vijf maal de halfwaardetijd. Dit geldt voor zowel verhogingen als voor verlagingen van de dosis. In het geval van methadon is de periode gemiddeld vijf dagen.

Er is echter grote individuele variatie (Ward e.a., 1998b). De biologische beschikbaarheid varieert van 41 % tot 99 %, en er worden halfwaardetijden uiteenlopend van 4 tot 91 uur gemeld. Ook de klaring varieert sterk. Factoren hierbij onder andere zijn zuurgraad van de urine en hoelang iemand methadon krijgt. Daarnaast kunnen er verschillen zijn in de halfwaardetijd van de beide isomeren (Eap e.a., 2002). Tijdens zwangerschap, met name in het derde trimester, worden bij een verder gelijkblijvende methadondosis, lagere plasmaspiegels methadon gevonden. (Pond e.a., 1985), samenhangend met veranderingen in het metabolisme van methadon tijdens de zwangerschap.

Interacties

Methadon wordt vooral gemetaboliseerd in de lever, via N-demythylering, waarbij als inactieve metabolieten uiteindelijk EDDP en EMDP gevormd worden. De voornaamste cytochrom P450 (CYP) isovorm hierbij lijken te zijn CYP3A4, CYP2C8 en CYP2D6.(Eap e.a., 2002; Wang & DeVane, 2003). Ook intestinale CYP3A4 is betrokken bij metaboliseren van methadon. Er is overigens een grote variatie tussen individuen in CYP450-activiteit. Tevens is er sprake van auto-inductie van CYP3A4, wat na verloop van tijd een hogere klaring van methadon tot gevolg heeft (Rostami-Hodjegan e.a., 1999).

Stoffen die inductie van CYP450 veroorzaken kunnen afbraak van methadon versnellen waardoor de werkingsduur afneemt, de serumspiegel lager wordt en ontwenningverschijnselen kunnen optreden. Omgekeerd kunnen remmers van CYP450 afbraak van methadon vertragen, een hogere serumspiegel veroorzaken en een langere werkingsduur van methadon tot gevolg hebben (zie hiervoor hoofdstuk 4 van de richtlijn, bijlage 2 interacties).

Door synergie kunnen andere centraal dempende stoffen (waaronder anaesthetica, antipsychotica, anxiolytica, hypnotica en sedativa) en gelijktijdig gebruik van alcohol, de depressieve werking op het centrale zenuwstelsel versterken (verhoogde kans op ademhalingsdepressie, versterkte sedering). Opiaat-antagonisten (zoals naloxon en naltrexon) en partiële agonisten (waaronder buprenorfine) zullen ontwenningverschijnselen opwekken bij personen die een onderhoudsdosis methadon krijgen.

Enkele farmacokinetische aspecten

Het wordt waarschijnlijk geacht dat verschillen in toedieningsvorm van orale methadon, een significant effect heeft op de opname van methadon in het maag-darmkanaal, met name vanwege de goede oplosbaarheid van methadon. Bij mensen is echter geen onderzoek verricht naar het effect van motiliteit van het maag-darmkanaal op de farmacokinetiek van methadon. In dierexperiment lijkt de ontleding van de maag wel een rol te spelen.

Er zijn geen aanwijzingen dat bij een macrobiotisch dieet een verschil in klaring van methadon optreedt, vergeleken bij een "westers" dieet. Er is mogelijk wel een effect van de zuurgraad van de maaginhoud op de absorptie van methadon, waar bij een hogere pH door toediening van natriumbicarbonaat, in dierexperiment een hogere methadon plasmaspiegel wordt bereikt.

Naast de opname van methadon, speelt ook de uitscheiding via de nieren een mogelijke rol. Als de pH van urine 7 of hoger is, heeft renale klaring weinig effect op de totale klaring van methadon. Bij een pH lager dan 6 wordt de renale klaring groter en kan de totale klaring met ongeveer 35% toenemen.

Methadon wordt vooral afgebroken in de lever. Er is echter weinig onderzoek naar het effect van leveraandoeningen op farmacokinetiek en metabolisme van methadon. Uit de weinige studies is niet gebleken dat leveraandoeningen een duidelijk gevolg hebben voor de stofwisseling van methadon. (Foster, 1999)

7. Optimale dosering

In 1948 wordt de inzet van methadon bij de ontwenning van opiaten voor het eerst beschreven. Een jaar eerder was overigens geconcludeerd dat methadon sterk verslavend is. In dit onderzoek werden aan vrijwilligers doseringen methadon gegeven tot vier maal daags 200 mg. Vanwege toxische verschijnselen moesten deze doseringen verlaagd worden. Men merkte echter wel dat verslaafden aan morfine gunstig reageerden op methadon. (Preston, 2003)

In hun onderzoek naar methadon als onderhoudsmedicatie bij opiaatafhankelijken gebruikten Dole en Nyswander doseringen methadon die gemiddeld tussen 80 en 150 mg per dag lagen (Dole & Nyswander, 1965). In de jaren daarop volgend stijgt het aantal personen dat methadon krijgt, het merendeel krijgt echter minder dan 60 mg, beduidend lager dan de dosis die door Dole en Nyswander werd geadviseerd. In 1990 publiceert de GAO (General Accounting Office, de Amerikaanse rekenkamer) een rapport over methadon onderhoudsbehandeling. Hierin wordt vastgesteld dat bij 21 van de 24 onderzochte methadon programma's, de gemiddelde voorgeschreven dosis methadon minder dan 60 mg is, terwijl het National Institute on Drug Abuse (NIDA) stelt dat 60 mg de minimaal effectieve dosis is om heroïnegebruik te doen stoppen en dat doseringen van 20-40 mg "ongepast" zijn. In een aantal gevallen werd het voorschrijven van hogere doseringen belemmerd door interne regels van het methadonprogramma. (GAO, 1990). In de daarop volgende jaren verandert dit wel: in 1988 krijgt 79,5 % van de patiënten van 172 onderzochte methadonprogramma's in de VS minder dan 60 mg methadon, in 2000 is dit nog maar 35,5 % (150 methadonprogramma's) (d'Aunno, 2000)

In Nederland wordt methadon voor het eerst in 1968 gebruikt voor opiaatverslaafden, op ruimere schaal gebeurt dit vanaf de jaren 70 van de vorige eeuw. In 2003 blijkt nog ongeveer 63 % (2002: 66 %) van de patiënten minder dan 60 mg methadon per dag voorgeschreven te krijgen, 12 % krijgt 85 mg of meer (2002: 10 %). De gemiddelde methadondosis is in dat jaar 57 mg (bron: LADIS, 2002, 2003).

Na de eerste publicatie over methadononderhoudsbehandeling, zijn nog vele artikelen gevolgd. Er zijn relatief weinig kwalitatief goede gecontroleerde of prospectieve studies gepubliceerd, waarbij effectiviteit van methadon in diverse doseringen onderling vergeleken zijn of vergeleken zijn met placebo of andere agonisten zoals buprenorfine en LAAM.

De uitkomstcriteria in de diverse studies zijn heterogeen. Hoewel aangegeven wordt dat psychosociale interventies het effect van onderhoudsbehandeling met methadon kunnen verbeteren, is de interactie tussen beide onbekend. Voor een recente meta-analyse waarbij geke-

ken is naar het effect van diverse doseringen methadon, werden in totaal 43 studies gevonden (Randomized Clinical Trial [RCT] of Clinical Prospective Study [CPS]) in de periode 1947-2001. Tweeëntwintig studies werden uitgesloten. Een drietal RCT's viel af vanwege fouten in de randomisatieprocedure, de meeste CPS vielen af omdat onvoldoende rekening gehouden was met confounders. Naast heterogene uitkomstindicatoren, was de follow-up periode ook divers. (RCT: range 7-52 weken, CPS: range 1-10 jaar)

Het effect van doseringen methadon hoger dan 60 mg per dag op het in behandeling houden en afname van gebruik van heroïne en cocaïne blijkt in de meta-analyse van 11 gerandomiseerde klinische studies met in totaal 2279 patiënten plus 10 prospectieve studies met 3715 patiënten, significant beter dan bij doseringen lager dan 60 mg (Faggiani e.a., 2003). Een effect van doseringen methadon hoger dan 100 mg is daarbij minder duidelijk.

Van de 11 RCT's waren er volgens de reviewers vijf van hoge kwaliteit, vijf van matige en een van lage kwaliteit, met name gebaseerd op criteria met betrekking tot beschrijving randomisatieprocedure en blinding. Bij de prospectieve studies werd beschrijving van correctie voor confounders als voornaamste criterium voor de beoordeling van de kwaliteit gebruikt. Op basis hiervan werden twee van de tien studies omschreven als van lage kwaliteit, de overige als matig.

In een onderzoek uit 1994 berekent Caplehorn dat bij patiënten die altijd minder dan 60 mg methadon hebben gekregen, een vier maal zo grote kans bestond dat ze zouden stoppen met de behandeling (Caplehorn J, citaat in Ward e.a., 1998b, pg 221) dan patiënten die meer methadon kregen.

In een vergelijkbaar onderzoek in Spanje door Torrens e.a. (citaat in Ward e.a., 1998b, pg 221) bleken patiënten die minder dan 80 mg methadon per dag kregen, ruim drie maal vaker de behandeling te staken dan patiënten die meer dan 80 mg kregen.

In een studie waarbij het verband tussen methadondosis en heroïnegebruik onderzocht werd, bleek dat naarmate de methadondosis stijgt, neemt heroïnegebruik verder af. Berekend werd dat voor iedere milligram dat de methadondosis verhoogd wordt, het risico op gebruik van heroïne met 2% afnam. Dit houdt in dat de kans om heroïne te gebruiken voor iemand die 40 mg methadon gebruikt, twee maal zo groot is als voor iemand die 80 mg gebruikt. Ook elders vond men vergelijkbare resultaten (Caplehorn J, Hartel; citaat in Ward e.a., 1998b; pg 221-222)

In een Nederlands onderzoek naar het effect van hoge doseringen methadon (85 -160 mg versus minder dan 85 mg per dag) wordt significant grotere verbetering gezien bij personen die een hoge dosis kregen. Verbetering treedt vooral op als de patiënt langere tijd in behandeling blijft, waarbij in de onderzoeksperiode van 22 maanden niet bleek dat het effect uitdoofde. Psychische problemen namen af, lichamelijke gezondheid verbeterde en problematisch druggebruik nam af. Bijwerkingen werden door deelnemers in gelijke mate gemeld (circa 30 %). Sederende effecten werden juist minder gemeld door personen met hoge doses methadon. Bij verlaging van de dosis naar minder dan 85 mg, verslechterde de situatie van de patiënten. In deze publicatie wordt ook gewezen op de neiging van artsen om goed functionerende patiënten een lagere dosis voor te schrijven dan slecht functionerende patiënten. Het onbedoelde gevolg is wel dat op langere termijn goed-functionerende patiënten ten gevolge van niet-adequate doseringen slechter gaan functioneren. (Driessen e.a., 2003)

Andere factoren die invloed hebben op de uiteindelijk voorgeschreven methadondosis zijn wensen, verwachtingen en weerstanden van zowel de patiënt als de voorschrijvende arts. Ook het management van een zorginstelling blijkt soms invloed te hebben op de voor te schrijven methadondosis (Robben & Schilthuis, 2005). Patiënten lijken overigens in een dubbel-blind opgezette studie waarbij 50 mg methadon vergeleken werd met 50, 60, 75 en 100 mg, zelf een voorkeur te hebben voor hogere doseringen (Bickel e.a., 1986)

In een recent onderzoek blijkt methadon in doseringen van 30 of 60 milligram wel voldoende

om ontweningsverschijnselen langdurig te onderdrukken, maar onvoldoende om effecten van heroïne enkele uren na toediening van methadon, te blokkeren. Een dosering van 120 mg bleek hiervoor wel voldoende. (Donny e.a., 2002).

In meerdere richtlijnen (New Zealand 2003; Ontario, 2001; Australia, 2003; United Kingdom, 1999; EUROMethwork, 2000) wordt gesteld dat een dosering van 60 tot 120 mg methadon per dag voor de meeste patiënten voldoende is. Hogere doseringen kunnen echter noodzakelijk zijn. Indicaties voor een hogere dosering zijn onder andere objectieve en subjectieve tekenen van ontwenning, voortdurende craving of het gegeven dat er geen sprake is van afname van hoeveelheid of frequentie van gebruik van (illegale) opiaten (Health Canada, 2002).

Enkele onderzoekers pleiten er voor dat de dosering van methadon primair op geleide van ontwenningssymptomen en afname van het gebruik van illegale opiaten moet gebeuren zolang er geen tekenen van een te hoge dosis zijn, zonder een maximale dosis vast te leggen. Anderen geven er de voorkeur aan hogere doseringen te geven op geleide van een serumspiegel, waarbij een dalspiegel van 150 tot 600 ng/ml veelal voldoende lijkt om craving te voorkomen en een dalspiegel van meer dan 400 ng/ml een voldoende opiaatblokkade geeft (Eap e.a. 2000, Leavitt e.a., 2000).

Richtlijnen uit onder andere New Zealand en United Kingdom bevelen gebruik van serumspiegels aan als doseringen hoger dan 120 mg noodzakelijk lijken. Er bestaat grote variatie tussen individuen in opname en afbraak van methadon, waardoor de dosis methadon die nodig is om een serumdalspiegel van meer dan 400 ng/ml te bereiken, uiteen lopen van 50 mg tot 900 mg per dag (Eap e.a., 2000).

Aanpassing van de dosering methadon op voornamelijk klinische symptomen lijkt ook mogelijk en veilig (Maxwel & Shinderman, 2002). In een groep (n: 144, gemiddelde dosis bij start onderzoek 211 mg/dag) met een gemiddelde dosis van uiteindelijk 284,9 mg (13-1100 mg) per dag, bleek gebruik van illegale opiaten minder voor te komen dan bij een controlegroep (n: 101, bij start gemiddeld 65 mg/dag) die na 152 weken gemiddeld 94 mg (10-500 mg) per dag kreeg (16 % resp. 36,6% bijgebruik van opiaten). In beide groepen overleden in die periode twee personen. Retentie was bij de hoger gedoseerde groep beter dan bij de lager gedoseerden (61,1% resp. 46,3%).

De dosering methadon lijkt voor de meeste patiënten tussen 60 en 120 mg per dag te moeten liggen, waarbij 60 mg de ondergrens lijkt te zijn. Omdat een hogere dosis een duidelijk beter effect heeft (Driessen e.a. 2003), kan de na te streven dosering in de praktijk beter 80-120 mg per dag zijn. In een aantal gevallen kunnen aanzienlijk hogere doseringen noodzakelijk zijn. Bepaling van de serumspiegel kan hierbij nuttig zijn, het klinisch beeld is hierbij echter eveneens van belang.

Het tijdstip van inname van methadon speelt mogelijk ook een rol. Patiënten die zelf controle hadden over het moment van inname van methadon en dit voor de middag innamen, gebruikten minder vaak heroïne bij dan degenen die later op de dag methadon innamen. Een andere verklaring voor dit gegeven zou kunnen zijn dat iemand die heroïne wil gebruiken, bewust wacht met inname van methadon (Best e.a., 1997). Sommige patiënten ervaren trek in gebruik van opiaten met name rond het tijdstip dat ze gewoonlijk methadon innemen, zonder duidelijk verband met een gemeten serumspiegel methadon op dat moment (Vos e.a., 1996)

8. Instellen op methadon

In de inductieperiode zijn achtereenvolgens enkele doelen te onderscheiden: in eerste instantie het bestrijden van ontwennings-verschijnselen, vervolgens afname van craving en als laatste doel: vaststellen van de adequate dosis waarbij er sprake is van fysiek en psychisch welbevinden (Maremanni e.a., 2002) (zie tabel 1). Daarna dient in de onderhoudsfase het gewenste effect vastgehouden te worden.

Er is vrijwel geen onderzoek gedaan naar de beste manier om een patiënt in te stellen op methadon. De dosis op de eerste dag zou gebaseerd moeten zijn op de mate van tolerantie voor opiaten van de patiënt. Er bestaat echter geen eenduidige methode waarmee dit vastgesteld kan worden. Noch de ernst van ontwenningsverschijnselen, noch urinecontroles bieden voldoende houvast.

Het risico om te overlijden tijdens de inductie met methadon wordt geschat tot 7 maal hoger te zijn dan in de periode voorafgaand aan de start met voorgeschreven methadon. Nieuwe patiënten hebben een tot 98 maal hogere kans om te overlijden dan patiënten die al meer dan twee weken methadon krijgen. (Caplehorn & Drummer, 1999). Met name in de eerste twee weken is het risico op overlijden groot (Drummer, 1999; Buster e.a., 2002). Voor volwassenen die geen tolerantie voor opiaten hebben kunnen doseringen van 40-50 mg fataal zijn, voor kinderen is dit al bij 10-20 mg. Omdat methadon een lange halfwaardetijd heeft, duurt het ongeveer vijf dagen voordat een stabiele serumspiegel (steady state) is bereikt voor een bepaalde dosis. Om die reden wordt geadviseerd om met een eventuele verhoging van de methadondosis tenminste vijf dagen te wachten. Het risico van een langzame opbouw kan evenwel zijn dat de patiënt eventuele ontwenningsverschijnselen zelf met niet voorgeschreven middelen zal proberen te bestrijden (Humeniuk, 1999). Omgekeerd kan een te snelle opbouw met methadon vanwege de lange halfwaardetijd na enkele dagen een overdosis tot gevolg hebben of op zijn minst symptomen van een te hoge dosering methadon (zie tabel 2)

Een snelle opbouw, waarbij de patiënt begint met 30 mg methadon en vervolgens de dosis met 10 mg per dag verhoogd wordt tot 100 mg bleek redelijk verdragen te worden, ofschoon patiënten hierbij wel erg slaperig werden. Als verhogingen om de dag werden doorgevoerd, nam de slaperigheid af. (Goldstein, 1970, citaat in Strain & Stitzer, 1999 [pg 54])

Er bestaan inmiddels diverse richtlijnen (UK, EUROMetwork, Canada, Australia) die als veilige startdosis over het algemeen aanraden ten hoogste 30 milligram te geven en verdere noodzakelijke verhogingen langzaam door te voeren. Alleen in gevallen waarbij men zeker is van hoge mate van tolerantie zou men als eerste dosis 40 mg kunnen geven.

Omgekeerd kan als getwijfeld wordt aan de mate van tolerantie, gestart worden met een lagere dosis methadon (10-15 mg). Hierbij dient de patiënt een aantal uren geobserveerd te worden, waarbij op geleide van ontwenningsverschijnselen de dosis na 3, resp. 6 uur eventueel met maximaal 10 milligram opgehoogd kan worden.

Patiënten moet overigens uitgelegd worden dat het enkele dagen duurt voordat het effect van methadon optimaal is. Als leidraad voor de patiënt om het uiteindelijk te verwachten effect te beoordelen, zou deze aangeraden kunnen worden om de eerste dagen vooral te letten op het effect van de dosis in de 4 tot 12 uur na inname en niet op symptomen 24 uur na inname (Payte & Khuri, 1993)

9. Methadon: toedieningsvormen

Methadon kan op diverse manieren toegediend worden. Oraal wordt het als tablet, capsule of drank gebruikt. In Nederland zijn diverse vormen beschikbaar of kunnen gemaakt worden.

Ook voor parenterale toediening zijn meerdere mogelijkheden voor injectie of als zetpil. Tevens is onderzoek verricht naar nasale toediening (Dale e.a., 2002) en de ontwikkeling van een depotpreparaat (implantaat) (Negrin e.a., 2004). Er zijn enkele in vitro studies verricht (Choulis e.a., 1976, 1977) naar methadon als tablet met langdurige afgifte, echter geen in vivo studies.

De belangrijkste farmacologische verschillen tussen de diverse vormen betreffen de biologische beschikbaarheid, snelheid van opname in de bloedstroom en maximale serumconcentratie, naast bijwerkingen in samenhang met de toedieningsvorm.

De meest gebruikte toedieningsvorm van methadon is een drank, gevolgd door tabletten. Een voordeel van methadondrank is dat zich dit leent voor computergestuurde afmeting van doseringen. Toezicht op inname is bij een drank ook eenvoudiger dan bij tabletten. Tevens is, afhankelijk van de concentratie methadon in de drank, aanpassing van de dosis in kleinere stappen mogelijk dan bij tabletten. Patiënten geven daarentegen veelal de voorkeur aan tabletten. Voordelen van tabletten zijn onder andere dat ze minder ruimte in beslag nemen dan drank. Tabletten zijn langer houdbaar dan drank. Ook zijn er minder problemen met de smaak. Nadelen van beide vormen worden door onderzoekers ook genoemd. Tabletten zouden door de gebruiker tot poeder gemaakt kunnen worden en op die manier gebruikt worden om te injecteren. In Australisch onderzoek naar doodsoorzaken, samenhangend met methadon, vond men dat combinatie van methadontabletten via de zwarte markt en gelijktijdig gebruik van benzodiazepines een groter risico op overlijden gaf dan methadondrank van de zwarte markt (Coplehorn & Drummer, 2002)

In een onderzoek, waarbij een methadonprogramma overstapte op methadondrank in plaats van tot dan toe gebruikte tabletten, bleek ongeveer 25% van de patiënten na 7 maanden op een significant hogere dosis uit te komen dan voorheen (toename gemiddeld 27,6 mg). Vrouwen, patiënten met psychiatrische problematiek en met een langere voorgeschiedenis van methadongebruik, waren oververtegenwoordigd in deze groep (Silver & Shaffer, 1996). In een dubbelblind onderzoek bij 18 patiënten naar mogelijke verschillen tussen subjectieve symptomen van opiaatontwenning en farmacodynamiek van methadon bij patiënten die wisselden tussen een drietal verschillende orale toedieningsvormen van methadon (drank, en twee vaste vormen van methadon die opgelost konden worden, werden geen objectieve verschillen gevonden. Ook subjectieve symptomen hingen niet samen met de toedieningsvorm van methadon (Gourevitch e.a., 1999).

Sommige patiënten krijgen al bij relatief geringe, maar snelle veranderingen in de methadon serumspiegel, subjectieve ontwenningssymptomen (Dyer e.a., 1999). Verschillen in de verhouding tussen S- en R-methadon (de farmacologisch meeste werkzame isomeer) lijken hierbij een rol te spelen, waarbij een relatief hogere concentratie S-methadon samenhangt met meer subjectieve klachten (Dyer e.a., 2004)

Methadon, meegegeven aan de patiënt en bedoeld voor oraal gebruik, wordt niet zelden intraveneus gebruikt. Afhankelijk van de samenstelling van tablet of drank, neemt het risico op ernstige gezondheidsproblemen, zoals diepe veneuze trombose, tromboflebitis en longembolie, toe (Darke e.a., 1996; Darke e.a., 2002). Een mogelijke verklaring voor het intraveneuze gebruik van methadon, bedoeld voor oraal gebruik, zou ook kunnen zijn dat de gebruiker onbewust streeft naar het effect van een hogere methadondosis (Felder e.a., 1999)

Een van de weinige landen waar injecteerbare methadon voorgeschreven wordt, is Engeland. In 1995 kregen daar ongeveer 3000 patiënten injecteerbare methadon in het kader van een behandeling voor afhankelijkheid van opiaten (Strang e.a., 2000). De richtlijn in Engeland (UK, 1999) geeft wel aan wanneer injecteerbare opioïden overwogen zouden kunnen worden, er is echter geen goed onderzoek verricht naar het effect van injecteerbare methadon.

Het blijkt mogelijk om een gerandomiseerd onderzoek naar effecten van het gebruik van injecteerbare (IMT) versus orale (OMT) methadon onder toezicht uit te voeren. In deze trial met 37 personen, bleken beide groepen te verbeteren. De personen die injecteerbare methadon kregen, waren tevredener met de gehele behandeling dan de personen die alleen oraal methadon kregen. Gemiddeld kreeg de IMT-groep 96,6 mg methadon, de OMT-groep 79,6 mg (verschil in dosis niet significant) (Strang e.a., 2000). Als methadon intraveneus gebruikt wordt, mag echter verwacht worden dat, vergeleken met een gelijke dosis methadon oraal, een hogere serumspiegel methadon bereikt wordt met daarbij een substantieel verschil in het verloop van de plasmaconcentratie van methadon. (Foster, 1999)

Er is weinig farmacokinetisch onderzoek gedaan waarbij intraveneus of intramusculair gebruikte methadon vergeleken wordt met oraal gebruikte methadon.

Er is geen onderzoek bekend waaruit eenduidige indicaties af te leiden zijn voor vloeibare methadon versus tabletten of injecteerbare methadon.

Het is mogelijk om patiënten gedwongen over te zetten van voorgeschreven injecteerbare methadon naar orale methadon, zonder dat patiënten de behandeling staken of meer gaan gebruiken (Myton & Fletcher, 2003).

10. Gesuperviseerde inname

In meerdere landen (onder andere Nederland, Verenigde Staten, Australië) is gesuperviseerde inname van methadon de standaard, waar in bepaalde gevallen van afgeweken kan worden. Dit kan in een speciale voorziening zijn, maar ook onder toezicht in een apotheek gebeuren, zoals in het Verenigd Koninkrijk. Een aantal richtlijnen geeft specifieke criteria voor overgang van inname onder supervisie naar het meegeven van doses methadon. De Canadese richtlijn adviseert om de eerste twee maanden alleen in uitzonderlijke situaties (bijvoorbeeld werk, zorg voor kind) af te wijken van dagelijkse inname onder toezicht. Indien de patiënt fysiek, psychisch en sociaal voldoende stabiel is kan in de loop van een aantal maanden het aantal keren dat methadon meegegeven wordt opgebouwd worden totdat de patiënt uiteindelijk maar eenmaal per week hoeft te komen.

In Nieuw Zeeland wordt geadviseerd de patiënt tenminste driemaal per week onder supervisie in te laten nemen. Meegeven van doseringen dient een beslissing te zijn van het behandelteam, gebaseerd op vooruitgang in de behandeling en niet in een vroeg stadium toegestaan te worden. Toetsbare criteria met betrekking tot behandeling en veiligheidsoverwegingen dienen het uitgangspunt te zijn. In het Verenigd Koninkrijk wordt geadviseerd tenminste drie (UK richtlijn) of zes maanden of langer (Advisory Council, 2000, pg 65) methadon onder supervisie in te laten nemen. Voldoende mate van compliance is één van de criteria die gebruikt zouden moeten worden om methadon mee te geven, naast fysiek, psychisch en sociaal stabiel functioneren.

Inname onder toezicht vindt om diverse redenen plaats. Als doel wordt onder andere genoemd afname van beschikbaarheid van methadon voor de zwarte markt. Een ander voor-

deel dat genoemd wordt, is dat minder andere controles op daadwerkelijk gebruik van methadon hoeft plaats te vinden.

Als methadon onder toezicht ingenomen wordt, kan deze uiteraard ook niet eerder dan bedoeld innemen. In de periode waarin de patiënt nog niet op een optimale dosis methadon is ingesteld, bestaat er een grotere kans op overlijden (Caplehorn & Drummer 1999; Vormfelde & Poser, 2001). Het risico neemt toe als er naast opiaten middelen als alcohol en/of benzodiazepines gebruikt worden (Man e.a., 2004; Zador & Sunjic, 2000).

Sommige patiënten zouden heroïne gebruikt kunnen hebben om depressieve klachten of andere psychiatrische symptomen te onderdrukken. Staken van heroïnegebruik zou dan bijdragen aan het opnieuw optreden van dergelijke klachten. Dit zou voor de arts een extra reden moeten zijn om in de beginfase de methadonpatiënt zorgvuldig te (laten) monitoren. Patiënten lijken bereid tot inname onder toezicht en de noodzaak hiervan ook wel te kunnen zien (Stone & Fletcher, 2003).

Er is geen gerandomiseerd onderzoek bekend naar wat een optimale periode van inname van methadon onder supervisie zou zijn, noch naar hoe frequent dit dan moet gebeuren.

11. Methadon tijdens zwangerschap

De meeste richtlijnen voor methadonverstrekking adviseren om zwangere vrouwen (en eventueel hun partner) met voorrang toe te laten tot een methadonverstrekking.

Zwangeren die drugs gebruiken vormen een unieke groep, die specifieke ondersteuning nodig hebben. Er zijn geen aanwijzingen dat gebruik van methadon of heroïne tijdens de zwangerschap aangeboren afwijkingen veroorzaken. Kinderen geboren bij moeders die methadon tijdens de zwangerschap gebruikten, hebben een hoger geboortegewicht dan indien de moeder heroïne blijft gebruiken. Zwangere vrouwen die deelnemen aan een methadon onderhoudsbehandeling, krijgen over het algemeen meer antenatale zorg dan zij die geen methadon onderhoudsbehandeling krijgen (zie: Ward e.a. 1998c)

Een deel van de problemen bij het kind die na de geboorte optreden, hangen samen met het middel (bijvoorbeeld neonataal abstinentie syndroom, NAS), een belangrijk deel echter hangt samen met de wijze van leven van een heroïneverslaafde.

Het meest ideale gebruik van methadon tijdens een zwangerschap lijkt te zijn om de zwangere heroïne-verslaafde vrouw vroeg tijdens de zwangerschap in te stellen op een lage dosis (maximaal 40 mg) methadon om dit vervolgens langzaam (5 mg per 14 dagen) af te bouwen tussen de 14e en 34e week van de zwangerschap (zie: Ward e.a., 1998c, pg 402). Het risico op terugval in heroïnegebruik is echter groot en het gevaar hiervan is groter dan doorgebruiken van methadon onder medisch toezicht.

Sommige onderzoekers hebben een verband gevonden tussen de ernst van NAS en de methadondosis tijdens de zwangerschap (zie o.a. Ward e.a. 1998c pg 403; Dashe e.a., 2002), anderen vinden een dergelijk verband niet (Berghella e.a., 2004).

Instellen op methadon kan tijdens een opname in een kliniek of ziekenhuis. Hierbij wordt bij de eerste symptomen van ontwenning begonnen met 10 mg methadon. Vervolgens kan iedere vier tot zes uur vijf mg methadon bijgegeven worden, tot de symptomen duidelijk afgenomen zijn. De volgende dag wordt de zo bereikte totale dosis gegeven en eventueel verder aangevuld. Ook poliklinisch kan gestart worden, waarbij geadviseerd wordt met 20 tot 40 mg methadon te starten. De dosis met dan onder dagelijkse supervisie verder opgebouwd worden (zie Ward e.a. 1998c, pg 404).

Er moet rekening gehouden met veranderingen in het metabolisme van methadon tijdens het laatste trimester van de zwangerschap, waardoor bij gelijke dosis methadon een lagere serumspiegel wordt bereikt dan in het begin van de zwangerschap of na de bevalling. (Pond e.a., 1985)

12. Conclusies

Methadon lijkt de eerste keuze te moeten zijn bij een onderhoudsbehandeling bij afhankelijkheid aan opioïden. Voorwaarde is wel dat de dosering voldoende moet zijn.

Er is voldoende bewijs om te kunnen stellen dat een onderhoudsbehandeling met methadon, in doseringen die in de meeste gevallen tussen 60 en 160 mg zullen liggen, effectief is in het gedurende langere tijd in behandeling houden van patiënten die afhankelijk zijn van opiaten. Er lijkt daarbij geen sprake te zijn dat na een bepaalde behandelduur geen verdere verbetering optreedt bij de patiënt. Als methadon gedurende langere tijd in adequate dosering wordt voorgeschreven en gebruikt, neemt tijdens de behandeling het gebruik van niet-voorgeschreven opiaten af. Hogere doseringen zijn daarbij effectiever. Ook doseringen hoger dan 160 mg kunnen daarbij noodzakelijk zijn, waarbij eventueel gebruik gemaakt kan worden van het bepalen van serumspiegels methadon.

Buprenorfine is eveneens een effectieve medicatie, maar lijkt minder effectief dan methadon en zou om die reden niet de eerste keus als onderhoudsmedicatie moeten zijn. LAAM is momenteel binnen de Europese Unie niet toegelaten als medicatie.

Uitval, nog voor een behandeling gestart is, kan verminderd worden door de tijd tussen initiële screening en start van behandeling met methadon, zo kort mogelijk te laten zijn.

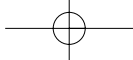
Vaststellen dat er sprake is van afhankelijkheid van opioïden en verkrijgen van informed consent, zijn de meest voor de hand liggende criteria om te besluiten of iemand in aanmerking komt voor onderhoudsbehandeling met methadon. Er is geen onderzoek waaruit blijkt dat een bepaalde minimale verslavingsduur of leeftijd zinvolle criteria zouden zijn.

De periode waarin iemand ingesteld wordt op methadon, blijkt de meest riskante te zijn, met een verhoogd risico op overlijden. Startdoseringen van 20-30 milligram methadon lijken over het algemeen veilig te zijn. Hoewel er vrijwel geen onderzoek gedaan is naar de beste manier om iemand in te stellen op methadon, mag op farmacologische gronden verwacht worden dat verhogingen om de 4-5 dagen zouden kunnen plaatsvinden. Verhogingen van 10 milligram worden hierbij goed verdragen.

Combinatie van methadon met enige vorm van psychosociale interventie, heeft een gunstig effect op gebruik van niet-voorgeschreven opiaten tijdens de behandeling en zou om die reden systematisch aangeboden moeten worden. Onduidelijk is daarbij of en hoe psychosociale interventies en behandeling met methadon elkaar beïnvloeden.

Stabiliteit binnen een behandelstaf die achter het principe en doelen van onderhoudsbehandeling met methadon staat, lijkt een gunstig effect te hebben op het in behandeling houden van patiënten en zou bevorderd moeten worden.

Methadon kan op diverse manieren toegediend worden, de orale route is daarbij de meest gebruikelijke. Er is geen onderzoek waaruit blijkt dat een bepaalde orale vorm beter resultaat geeft dan andere vormen. Er is geen onderzoek bekend waaruit afgeleid kan of en wanneer

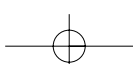
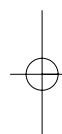
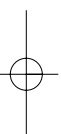


een indicatie bestaat voor parenterale toediening van methadon in het kader van een onderhoudsbehandeling.

Hoewel in een groot deel van de landen waar methadon verstrekt wordt, dit gedurende korte of lange tijd onder supervisie gebeurt, is niet onderzocht of inname van methadon onder supervisie de behandeling positief of negatief beïnvloedt. Inname onder supervisie lijkt echter wel een plaats te hebben in de periode waarin iemand ingesteld wordt op methadon.

Ondanks dat veel gepubliceerd is over het gebruik van methadon, is er nog een aantal gebieden waar relatief weinig over bekend is.

In hoeverre de psychische en fysieke gezondheid van patiënten tijdens de onderhoudsbehandeling met methadon verbeteren, is onvoldoende onderzocht. Vaststellen van afname van gebruik van heroïne wordt op verschillende, slecht vergelijkbare, manieren gerapporteerd. Dit geldt ook ten aanzien van gebruik van andere middelen.



Literatuur

Advisory Council on the Misuse of Drugs (2000): Reducing drug related deaths. . London: The Sattionary Office

Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri M, Mayet S.(2005a) Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2005

Amato L, Davoli M, Perucci C, Ferri M, Faggiano F, Mattick R (2005b): An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *J Subst Abuse Treat* 28 (4): 321-9

Berghella V, Lim PJ, Hill MK, Cherpes J, Chennat J, Kaltenbach K (2003): Maternal methadone dose and neonatal withdrawal. *Am J Obstet Gynecol.*; 189(2):312-7.

Best D, Gossop M, Marsden J, Farrell M, Strang J (1997) :Time of day of methadone consumption and illicit heroin use. *Drug Alcohol Depend.*; 49(1):49-54.

Beusekom I van, Iguchi MY (2001): A review of recent advances in knowledge about methadone maintenance treatment. Leiden: RAND Drug policy research

Bickel WK, Higgins ST, Stitzer ML. (1986) Choice of blind methadone dose increases by methadone maintenance patients. *Drug Alcohol Depend.* ;18(2):165-71

Buster MC, van Brussel GH, van den Brink W. (2002) An increase in overdose mortality during the first 2 weeks after entering or re-entering methadone treatment in Amsterdam. *Addiction.*; 97(8):993-1001

Caplehorn JR (1994): A comparison of abstinence-oriented and indefinite methadone maintenance. *Int J Add* 29(11), 1361-75

Caplehorn JR, Drummer OH. (1999) Mortality associated with New South Wales methadone programs in 1994: lives lost and saved. *Med J Aust.* ;170(3):104-9...

Caplehorn JR, Drummer OH. (2002) Fatal methadone toxicity: signs and circumstances, and the role of benzodiazepines. *Aust N Z J Public Health.*;26(4):358-62; discussion 362-3.

Choulis NH, Papadopoulos H, Choulis M.(1976) Long acting methadone. *Pharmazie.*; 31(7):466-70.

Choulis NH, Sandhu BS, Abellana-Intaphan LA. (1977) Sustained release methadone salts and methadone-naloxone mixtures. Part 2: In vitro studies of methadone release. *Pharmazie.*; 32(5):287-8.

D'Aunno T, Pollack HA (2000) Changes in methadone treatment practices: results from a national panel study, 1988-2000. *JAMA.* ;288(7):850-6.

Dale O, Hoffer C, Sheffels P, Kharasch E (2002): Disposition of nasal, intravenous, and oral methadone in healthy volunteers. *Clin Pharmacol Ther* ; 72 (5): 536-45

Darke S, Ross J, Hall W (1996) : Prevalence and correlates of the injection of methadone syrup in Sydney, Australia. *Drug Alcohol Depend.*; 43(3):191-8.

Darke S, Topp L, Ross J. (2002) : The injection of methadone and benzodiazepines among Sydney injecting drug users 1996-2000: 5-year monitoring of trends from the Illicit Drug Reporting System. *Drug Alcohol Rev.*; 21(1):27-32.

Dashe JS, Sheffield JS, Olscher DA, Todd SJ, Jackson GL, Wendel GD (2002) : Relationship between maternal methadone dosage and neonatal withdrawal. *Obstet Gynecol.* ; 100(6):1244-9.

Dole VP, Nyswander M (1965): A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: a clinical trial with methadone hydrochloride. *JAMA* 193:80-84

Donny EC, Walsh SL, Bigelow GE, Eissenberg T, Stitzer ML. (2002) High-dose methadone produces superior opioid blockade and comparable withdrawal suppression to lower doses in opioid-dependent humans *Psychopharmacology (Berl.)*;161(2):202-12.

Driessen FMHM, Van der Lelij B, Smeets HM (2003) *Effecten van hoge doses methadon, een gerandomiseerd lange termijn experiment op negen locaties, eindrapport*. Utrecht: Bureau Driessen.

Drummer O (1999): Defining the nature of the problem. In: Humeniuk R, Ali R, White J, Hall W, Farrell M (1999): Proceeding of expert workshop on the induction and stabilisation of patients onto methadone. (pg 17-39) Adelaide, South Australia

Dyer KR, Foster DJ, White JM, Somogyi AA, Menelaou A, Bochner F.: (1999) Steady-state pharmacokinetics and pharmacodynamics in methadone maintenance patients: comparison of those who do and do not experience withdrawal and concentration-effect relationships. *Clin Pharmacol Ther.*; 65(6):685-94

Eap CB, Bourquin M, Martin J, Spagnoli J, Livoti S, Powell K, Baumann P, Deglon J. (2000) : Plasma concentrations of the enantiomers of methadone and therapeutic response in methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Depend.* 22;61(1):47-54

Eap CB, Buclin T, Baumann P. (2002) Interindividual variability of the clinical pharmacokinetics of methadone: implications for the treatment of opioid dependence. *Clin Pharmacokinet.*; 41(14):1153-93.

Eap CB, Felder C, Golay KP, Uehlinger C. (2003) Increase of oral methadone dose in methadone injecting patients: a pilot study. *Addict Dis.*; 22(3):7-17.

Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Lemma P. (2003) Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev.*; (3):CD002208.

Ferri M, Davoli M, Perucci CA. Heroin maintenance for chronic heroin dependents (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2005

Foster D (1999): Factors affecting the disposition of methadone. In: Humeniuk R, Ali R, White J, Hall W, Farrell M (1999): Proceeding of expert workshop on the induction and stabilisation of patients onto methadone. (pg 61-85) Adelaide, South Australia

Gezondheidsraad (2002): Medicamenteuze interventies bij drugverslaving. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatie nr 2002/10.

GAO (1990): Methadone Maintenance. United States General Accounting Office, Washington, DC.

Gourevitch MN, Hartel D, Tenore P, Freeman K, Marion I, Hecht J, Lowinson J (1999) Three oral formulations of methadone. A clinical and pharmacodynamic comparison. *J Subst Abuse Treat.*; 17(3):237-41.

Humeniuk R, Ali R, White J, Hall W, Farrell M (1999): Proceeding of expert workshop on the induction and stabilisation of patients onto methadone. Background (pg 1-2) Adelaide, South Australia

Judson BA, Goldstein A (1983): Uses of Naloxone in the diagnosis and treatment of heroin addiction. In: JR Cooper, F Altman, BS Brown & D Chechowicz (Eds), *Research on the treatment of narcotic addiction: State of the art* (pp 1-13). Rockville, MD: NIDA

Kornick CA, Kilborn MJ, Santiago-Palma J, Schulman G, Thaler HT, Keefe DL, Katchman AN, Pezzullo JC, Ebert SN, Woosley RL, Payne R, Manfredi PL. (2003) QTc interval prolongation associated with intravenous methadone. *Pain.*; 105(3):499-506.

Krantz MJ, Kutinsky IB, Robertson AD, Mehler PS. (2003) Dose-related effects of methadone on QT prolongation in a series of patients with torsade de pointes. *Pharmacotherapy.*; 23(6):802-5.

Leavitt SB (2003): Methadone dosing & safety in the treatment of opioid addiction. Addiction Treatment Forum, sept. 2003. (www.atforum.com)

Leavitt SB, Shinderman M, Maxwell S, Eap CB, Paris P. (2000) When "enough" is not enough: new perspectives on optimal methadone maintenance dose. *Mt Sinai J Med.* ;67(5-6):404-11

Maddux JF, Desmond DP, Esquivel M. (1995) Rapid admission and retention on methadone. *Am J Drug Alcohol Abuse.*; 21(4):533-47.

Man LH, Best D, Gossop M, Stillwell G, Strang J (2004) Relationship between prescribing and risk of opiate overdose among drug users in and out of maintenance treatment *Eur Addict Res.*;10(1):35-40.

Maremmani I, Barra M, Bignamini E e.a. (2002): Clinical foundations for the use of methadone. Italian consensus panel on methadone treatment. *Heroin Add & Rel Clin Probl.* 4: 19-32

Martell BA, Arnsten JH, Krantz MJ, Gourevitch MN (2005) . Impact of methadone treatment on cardiac repolarization and conduction in opioid users. *Am J Cardiol.*; 95(7):915-8.

Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.

Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2005.

Maxwell S, Shinderman MS. (2002) Optimizing long-term response to methadone maintenance treatment: a 152-week follow-up using higher-dose methadone. *J Addict Dis.*;21(3):1-12.

Mayet S, Farrell M, Ferri M; Amato; L; Davoli; M (2005) : Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* ;(1):CD004330.

McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS, Woody GE, O'Brien CP (1993) The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA*; 269(15):1953-9.

Mitchell TB, Dyer KR, Newcombe D, Salter A, Somogyi AA, Bochner F, White JM.:(2004) Subjective and physiological responses among racemic-methadone maintenance patients in relation to relative (S)- vs. (R)-methadone exposure. *Br J Clin Pharmacol* ; 58(6):609-17.

Myton T, Fletcher K (2003): Descriptive study of the effects of altering formulation of prescribed methadone from injectable to oral. *Psychiatric Bulletin*; 26: 3-6

Negrin C, Delgado A, Llabres M, Evora C (2004): Methadone implants for methadone maintenance treatment. In vitro and in vivo animal studies. *J Control Release*.;95(3):413-21

Payte J & Khuri E (1993): Principles of methadone dose determination. In: Parrino M; State Methadone Treatment Guidelines. CSAT, Rockville, MD.

Pond SM, Kreek MJ, Tong TG, Raghunath J, Benowitz NL. (1985) Altered methadone pharmacokinetics in methadone-maintained pregnant women.. *J Pharmacol Exp Ther.* ; 233(1):1-6

Preston A (2003): The methadone briefing online (chapter 1)
www.exchangesupplies.org/publications/methadone_briefing/intro.html

Quinn DI, Wodak A, Day RO (1997) : Pharmacokinetic and pharmacodynamic principles of illicit drug use and treatment of illicit drug users. *Clin Pharmacokinet.*; 33(5):344-400.

Resnick R (1983): Critique. In: JR Cooper, F Altman, BS Brown & D Chechowicz (Eds), *Research on the treatment of narcotic addiction: State of the art* (pp 14-16). Rockville, MD: NIDA

Robben P, Schilthuis H (2005): Veel variatie in verslaafdenzorg. *Medisch Contact* 60: 578-581

Robles E, Gilmore-Thomas KK, Miller FB, McMillan DE. (2002) Sensitivity to acute methadone dose changes in maintenance patients. *J Subst Abuse Treat.*; 23(4):409-13.

Rostami-Hodjegan A, Wolff K, Hay AW, Raistrick D, Calvert R, Tucker GT. (1999) Population pharmacokinetics of methadone in opiate users: characterization of time-dependent changes. *Br J Clin Pharmacol.*; 48(1):43-52.

Silver JS, Shaffer HJ (1996) Change intolerance to shifts in methadone formulation: a preliminary investigation *J Subst Abuse Treat.*; 13(4):331-9.

Stone E, Fletcher K. (2003) User views on supervised methadone consumption. *Addict Biol.* ;8(1):45-8.

Strain E (1999): Beginning and ending methadone dosing. In: Strain E & Stitzer M: Methadone treatment for opioid dependence (pg 53-61). John Hopkins University Press, Baltimore, MD.

Strang J, Marsden J, Cummins M, Farrell M, Finch E, Gossop M, Stewart D, Welch S. (2000) Randomized trial of supervised injectable versus oral methadone maintenance: report of feasibility and 6-month outcome. *Addiction.* ;95(11):1631-45.

Sutherland G, Edwards G, Taylor C, Phillips G, Gossop M, Brady R (1986): The measurement of opiate dependence. *British Journal of Addiction*; 81, 485-494

Sutherland G, Edwards G, Taylor C, Phillips G, Gossop M (1988): The opiate dependence syndrome: Replication study using the SODQ in a New York clinic. *British Journal of Addiction*; 83: 755-760.

Vormfelde SV, Poser W. (2001) Death attributed to methadone *Pharmacopsychiatry*. 34(6):217-22 .

Vos JW de, Ufkes JG, van Brussel GH, van den Brink W (1996) : Craving despite extremely high methadone dosage. *Drug Alcohol Depend.*; 40(3):181-4.

Wang J-S, DeVane C (2003): Involvement of CYP3A4, CYP2C8, and CYP2D6 in the metabolism of (R)- and (S)-methadone in vitro. *Drug Metabolism and Disposition*, 31: 742-47.

Ward J, Mattick P, Hall W (1998a): Assessment for opioid replacement therapy. In: Ward J, Mattick P, Hall W: Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies.(pp 177-203) Amsterdam, Harwood Academic Publishers.

Ward J, Mattick R, Hall W (1998b) The use of methadone during maintenance treatment: pharmacology, dosage and treatment outcome. In: In: Ward J, Mattick P, Hall W: *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*.(pp 205-38) Amsterdam, Harwood Academic Publishers.

Ward J, Mattick R, Hall W (1998b) Methadone maintenance during pregnancy: In: Ward J, Mattick P, Hall W: *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*. (pp397-417) Amsterdam, Harwood Academic Publishers.

Zador D, Sunjic S. (2000) Deaths in methadone maintenance treatment in New South Wales, Australia 1990-1995. *Addiction* ;95(1):77-84.

Zador DA, Sunjic SD (2002) Methadone-related deaths and mortality rate during induction into methadone maintenance, New South Wales, 1996. *Drug Alcohol Rev.*;21(2):131-6.

Zhang Z, Friedmann PD, Gerstein DR (2003) : Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction.*; 98(5):673-84.

Richtlijnen

Verster A, Buning E (2000) Methadone Guidelines www.euromethwork.org

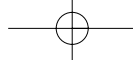
Department of Health (1999) Drug misuse and dependence: Guidelines on clinical management. London, UK:: The Stationary Office

Ministry of Health (2003): Opioid Substitution Treatment, New Zealand Practice Guidelines. Wellington, NZ. www.moh.govt.nz

College of Physicians of Ontario (2001): Methadone Maintenance Guidelines. Toronto, Canada.

Commonwealth of Australia (2003): Clinical guidelines and procedures for the use of methadone in the maintenance treatment of opioid dependence

Health Canada (2002): Best Practices Methadone Maintenance Treatment. Ottawa, Canada.

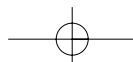
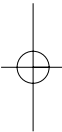
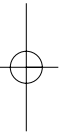


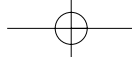
Bijlage 1:

Fases in onderhoudsbehandeling met methadon

Fase	Doel
Initiële inductie	Onderdrukken ontweningsverschijnselen
Vroege inductie	Bereiken tolerantie niveau, afname craving
Late inductie, stabilisatie	Bereiken adequate dosering (fysiek en psychisch welbevinden)
Onderhoud	Behouden gewenste effecten (steady-state bezetting van opoid receptoren)

Bron: *Addiction Treatment Forum*, sept. 2003 www.atforum.com
www.atforum.com





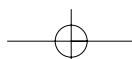
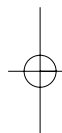
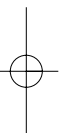
Bijlage 2:

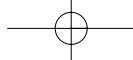
Symptomen van opiaat ontwenning (abstinentie syndroom) en te hoge dosering

Te hoge dosering	sedering (slaperig), pinpoint pupillen, jeuk/krabben, hypotensie, ademhalingsdepressie (ernstig bij overdosis), bewustzijnsdaling, hypothermie, spasticiteit. Tevens tijdelijke euforie
Therapeutisch Comfort gebied	geen ontwenning of overmedicatie. uiteindelijk geen craving op gebruik van niet voorgeschreven opioïden
Subjectieve ontwenning	drug craving, angst, depressie, dysforie, prikkelbaar, slapeloosheid, warm/koud voelen, spier/gewrichtspijn, afname eetlust, misselijkheid, buikkrampen, rusteloos
Objectieve ontwenning	gebruik niet voorgeschreven opioïden, wijde pupillen, kippenvol, transpireren, trillen, diarree, braken, tranenvloed, niesën, gapen, zichtbare angst, koorts, tachycardie, hypertensie

Bron: *Addiction Treatment Forum*, sept. 2003

www.atforum.com



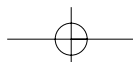
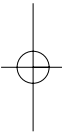
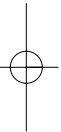


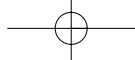
Bijlage 3:

Missen van doseringen, extra doseringen

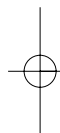
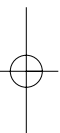
Een aantal richtlijnen (Canada, Australia) bevat expliciete adviezen over missen van doseringen methadon, gebaseerd op de farmacologische eigenschappen van methadon. Als drie dagen achtereen geen methadon ingenomen zou zijn, wordt aangeraden de voorgeschreven dosis te halveren, om een eventuele overdosis te voorkomen. Als vastgesteld wordt dat tolerantie in voldoende mate aanwezig is, kan de dosis in enkele dagen verder opgehoogd worden. Indien meer dan drie dagen geen methadon ingenomen is, zou de patiënt gezien moeten worden door de voorschrijvend arts en opnieuw ingesteld worden.

De meeste richtlijnen geven aan dat geen extra doseringen methadon verstrekt zouden moeten worden, behalve indien methadon uitgebraakt is en dit gezien is door een gezondheidswerker of staf lid van een verstrekingslocatie. Bij braken binnen 15 minuten na inname kan de gehele dosering opnieuw gegeven worden en bij braken tussen 15 en 30 minuten na inname 50 % van de dosis. Indien meer dan 30 minuten verstreken zijn na inname, hoeft geen extra methadon verstrekt te worden (Ontario, 2001)

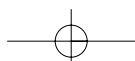




Onderhoudsbehandeling met buprenorfine bij opiaatafhankelijke patiënten



Drs. M. van Nieuwenhuys
Drs. S. Wittenberg
Drs. M. Boonstra



Inhoudsopgave

1. Inleiding
 - 1.1 Opiaatvervangende medicatie
 - 1.2 Buprenorfine, het werkingsmechanisme
 - 1.3 Vraagstelling

2. Methode
 - 2.1 Inleiding
 - 2.2 Hoe is naar literatuur gezocht
 - 2.3 Hoe is het literatuuroverzicht opgebouwd

3. Bevindingen (inter)nationale literatuur
 - 3.1 Meta-analyses
 - 3.2 Overzichtsstudies
 - 3.3 Overige studies

4. Beantwoording van de vraagstelling
 - 4.1 Effectiviteit
 - 4.2 Toepasbaarheid
 - 4.3 Monitoring

5. Discussie

6. Conclusies

7. Literatuur

1 Inleiding

1.1 Opiaatvervangende medicatie bij opiaatafhankelijkheid

Behandeling van verslaving aan opiaten is in eerste instantie gericht op abstinentie. Bij een langer bestaande opiaatverslaving is dit behandeldoel echter niet altijd reëel. (Gezondheidsraad, 2002) Wanneer deze situatie zich voordoet bij patiënten, wordt een onderhoudsbehandeling gestart. Men spreekt van een onderhoudsbehandeling, wanneer een (partiële) opiaatagonist ter vervanging van de opiaatverslaving, in zodanige dosering wordt gegeven, dat geen onthoudingsverschijnselen optreden. Daarnaast wordt craving voorkómen of vermindert. Op deze manier wordt voorkómen dat een patiënt terugvalt in gebruik van illegale opiaten. Opiaatvervangende medicatie is gericht op stabilisatie van verslaving aan opiaten. (Gerra et al., 2004)

Momenteel wordt in Nederland voornamelijk methadon voorgeschreven als opiaatvervangend medicament. Daarnaast lijkt buprenorfine een veelbelovend alternatief. In deze literatuurstudie is onderzocht in hoeverre buprenorfine van betekenis kan zijn als opiaatvervangend medicament bij opiaatafhankelijkheid als onderhoudsbehandeling vanuit geneeskundig perspectief. (Gezondheidsraad, 2002)

1.2 Buprenorfine

Buprenorfine is een semi-synthetische opiaat derivaat gemaakt van thebaine (één van de vele alkaloiden die natuurlijk aanwezig zijn in opium). Opiaten worden geclassificeerd op basis van affiniteit voor bepaalde receptor subtypes, die ieder hun eigen effecten laten zien. De verschillende receptorsubtypen en hun gemedieerde effecten zijn: 1) μ -opioïd receptor, centraal analgetische effecten 2) κ -opioïd receptor, dysfore en sedatieve effecten 3) σ -opioïd receptor, perifeer analgetische effecten en 4) δ -opioïd receptor, specifieke nonthermale pijnreacties. Opiaten zoals bijvoorbeeld heroïne grijpen met name aan op de μ -opioïd receptor. (Davids en Gastpar, 2004)

Buprenorfine grijpt in eerste instantie aan als partiële agonist op de μ -opioïd receptor. Een partiële agonist combineert zowel agonistische als antagonistische eigenschappen en laat een verminderde intrinsieke activiteit zien in vergelijking met pure agonisten. Door de verminderde intrinsieke activiteit als gevolg van aangrijpen van buprenorfine wordt het analgetische effect van de stof veel kleiner of het blijft geheel uit. (Davids en Gastpar, 2004)

Verder heeft buprenorfine ook de eigenschappen van een κ -opioïd receptor antagonist, maar vertoont daarbij geen intrinsieke effectiviteit. Dit houdt in dat buprenorfine blokkering van de κ -opioïd receptor kan bewerkstelligen, wat mogelijk leidt tot een antidepressief effect van buprenorfine. Tenslotte heeft buprenorfine een zeer lage affiniteit voor de σ -opioïd receptor en geen affiniteit voor de δ -opioïd receptor. (Davids en Gastpar, 2004)

Door de krachtige affiniteit van buprenorfine voor de μ -opioïd receptor zou buprenorfine een goed opiaatvervangend medicament bij opiaatafhankelijkheid kunnen zijn in het kader van onderhoudsbehandeling. Verder bewerkstelligt buprenorfine als partiële agonist een verminderde intrinsieke activiteit, waardoor bijwerkingen en verslavende effecten hypothetisch minder aanwezig zullen zijn (Fiellin et al., 2004). Buprenorfine wordt in het algemeen voorgeschreven in een sublinguale tabletvorm. De inhoud bevat als hoofdbestanddeel buprenorfine, maar ter voorkoming van misbruik van de tabletten is daar soms naloxon aan toegevoegd in een 4:1 ratio voor respectievelijk buprenorfine en naloxon. (Fudala et al., 2003)

1.3 Vraagstellingen

In dit literatuuroverzicht staan drie vragen centraal: 1) In hoeverre en in welke dosering is buprenorfine effectief als opiaatvervangend medicament bij opiaatafhankelijkheid en indien er empirische evidentie voor effectiviteit bestaat, zijn er specifieke factoren bekend die deze effectiviteit kunnen versterken/verminderen? 2) Wat is de toepasbaarheid van buprenorfine als opiaatvervangend medicament vanuit de geneeskundige optiek, met betrekking tot veiligheid, co-morbiditeit en gebruiksvriendelijkheid? 3) Op welke wijze kan monitoring van het buprenorfine voorschrift het best plaatsvinden?

1.3.1 *Effectiviteit*

Wat is bekend over de effectiviteit van buprenorfine in het algemeen?

- > In welke dosering is effectiviteit van buprenorfine het hoogste?
- > Wat is de externe validiteit of generaliseerbaarheid van de bevindingen over buprenorfine?
- > Zijn er specifieke factoren die deze effectiviteit kunnen versterken/verminderen?

1.3.2 *Toepasbaarheid*

Wat is de toepasbaarheid van buprenorfine als opiaatvervangend medicament vanuit de geneeskundige optiek met betrekking tot:

- > veiligheid
- > co-morbiditeit
- > gebruiksvriendelijkheid

1.3.3 *Monitoring*

Hoe kan monitoring van het buprenorfine voorschrift het best plaatsvinden?

2. Methode

2.1. Algemeen

De vragen zullen worden behandeld aan de hand van een literatuuroverzicht. Hierbij wordt prioriteit van de literatuur in de volgende mate toegekend: 1) meta-analyses 2) overzichtsartikelen 3) individueel onderzoek, waaronder gerandomiseerde studies en 4) overigen. Onderzoeken die in meta-analyse en/of overzichtsstudies zijn opgenomen zullen niet apart behandeld worden.

2.2. Zoekmethode

Naar literatuur is gezocht binnen Pubmed. De volgende termen zijn gebruikt: buprenorfine, treatment outcome, opioïd-related disorders. Met behulp van de MeSH database en Clinical Queries zijn alle studies die gerelateerd zijn met één van de genoemde termen gezocht. 'Treatment outcome' is een MeSH term die onder andere diagnose, effectiviteit en veiligheidsprofiel als subterm meeneemt. Vervolgens zijn de resultaten op alle mogelijke manieren gecombineerd. Deze zoekmethode leidde tot een zoekresultaat van 84 hits. Alle gevonden studies werden gepubliceerd in het tijdsbestek van juni 1993 tot en met juli 2004. Een verdere selectie op publicatiedata is niet van toepassing. De 84 studies werden handmatig geselecteerd op relevantie aan de hand van de beschikbare abstracts met betrekking tot de onderzoeksvraag. Uiteindelijk zijn er 61 studies overgebleven. Deze zijn onder te verdelen in 4 meta-analyses, 5 overzichtsstudies en 46 individuele studies (gerandomiseerd/ gecontroleerd/open) en 6 overige studies. De laatste zes, de overige studies, zijn aan de hand van het abstract niet duidelijk onder te brengen in een categorie.

Van de 61 geselecteerde artikelen werden slechts de artikelen geselecteerd voor beschrijving in de onderhavige literatuurstudie, die zich specifiek richten op effectiviteit van buprenorfine als onderhoudsbehandeling (al dan niet in combinatie met methadon). Eén meta-analyse, 1 overzichtsstudie en 26 individuele studies vielen uit om verschillende redenen. De meta-analyse en 4 individuele studies beschrijven onderzoek naar buprenorfine als detoxificatie behandeling. Tien individuele studies werden uitgeselecteerd vanwege te kleine aantallen om onderscheid te kunnen maken tussen verschillende medicatie of vanwege irrelevante onderzoeksvraagstellingen of onderzoeksgroepen (polidrugsgebruikers, cocaïnegebruikers). Elf individuele studies zijn opgenomen in één of meerdere meta-analyses of overzichtsstudies en worden om die reden niet apart als individuele studie beschreven.

2.3. Opbouw van de literatuurstudie

De studies zullen behandeld worden in de volgorde van prioriteit die eerder is aangehouden: meta-analyses, overzichtsstudies, individuele studies en tot slot de overigen. Binnen deze categorieën zullen studies op jaar van publicatie behandeld worden: de meest recent gepubliceerde studies eerst. De bevindingen en conclusies zullen met elkaar worden vergeleken en vervolgens zal een antwoord op de vraagstellingen geformuleerd worden. De literatuurstudie wordt afgesloten met een discussie en de conclusies.

3. Bevindingen internationale literatuur

3.1 Meta-analyses

In hun meta-analyse vergelijken Barnett et al. (2001) de effectiviteit van buprenorfine en methadon als onderhoudsbehandelingen voor opiaatverslaving. Studies vóór 1998 werden geselecteerd; data van 5 RCT's en totaal 540 patiënten werden betrokken in de analyses. Effectiviteit werd geanalyseerd op basis van twee uitkomstmaten: de duur van in behandeling blijven en urine-analyse op illegale opiaten. Als belangrijkste resultaat rapporteren de auteurs dat buprenorfine (8-12 mg/dag) minder effectief is, dan methadon bij hoge dosering (50-80 mg/dag). Deze hoge dosering van methadon wordt beschouwd als de best beschikbare standaard methadon behandeling. Buprenorfine bleek effectiever dan lage dosering methadon (30-45 mg/dag). Echter, de klinische betekenis van de statistisch significante verschillen wordt door de auteurs in twijfel getrokken. Niet alleen zouden de gevonden resultaten beïnvloed zijn door verschil in dosering maar ook door patiëntkenmerken en psychosociaal behandelaanbod. De auteurs zetten vraagtekens bij suggesties voor hogere dosering van buprenorfine (> 12 mg/dag). Als partiële agonist kan buprenorfine zelf onthoudingsverschijnselen veroorzaken, in hogere dosering juist zorgen voor ernstiger verschijnselen en daarmee de effectiviteit beperken of zelfs reduceren. Voor een bescheiden verhoging van de dosering sluiten zij substantiële verschillen in resultaten niet uit. Sommige studies includeerden patiënten met afhankelijkheid of bijgebruik van cocaïne en/of alcohol. Drie studies excludeerden patiënten met alcoholafhankelijkheid, waarin buprenorfine overigens minder effect boekte dan methadon. Het psychosociale aanbod voor de patiënten verschilde van vrijwillige deelname tot verplichte groepstherapie met sanctie van uitsluiting na 3 gemiste bijeenkomsten. De suggestie dat buprenorfine veiliger zou zijn, bijvoorbeeld minder gevaar bij overdosering, en minder fysieke afhankelijkheid teweeg zou brengen dan methadon kon niet worden onderzocht in de meta-analyse. Er was sprake van een dusdanig verschil in dataverzameling tussen de betrokken studies dat een meta-analytische vergelijking met betrekking tot veiligheid van het middel niet mogelijk was.

Farré et al (2001) voerden een meta-analyse uit met het doel de effectiviteit van methadon onderhoudsbehandeling bij opiaatverslaving te beschrijven. Zij vergeleken de gevonden resultaten met onderhoudsbehandelingen buprenorfine en levo-acetylmethadon (LAAM). Studies tussen 1966 en 1999 werden geselecteerd. Dertien studies voldeden aan alle eisen (RCT/DCT, methadon behandeling > 12 weken, duidelijkheid met betrekking tot dosering, urine-analyse). De 5 studies uit de meta-analyse van Barnett et al maakten allen onderdeel uit van deze meta-analyse. In totaal werden 1944 opiaatafhankelijke patiënten betrokken bij de analyses. Vierenzestig procent van de patiënten werd behandeld met methadon, waarvan 890 een hoge dosering (? 50 mg/dag) en 350 een lage dosering (< 50 mg/dag) kregen. In de controlegroepen (N=662) ontvingen 131 patiënten placebo, 350 buprenorfine (265 (? 8 mg/dag) en 85 (< 8mg/dag)) en 81 patiënten LAAM. Resultaten werden uitgedrukt in gebruik van illegale opiaten, op basis van urine-analyse, en retentiepercentages of wel de duur van het in behandeling blijven.

Effectiviteit in termen van vermindering van het gebruik van illegale opiaten blijkt voor de drie verschillende behandelingen gelijk. Hoge doseringen methadon blijken effectiever voor wat betreft vermindering van het opiaatgebruik, in vergelijking met lage doseringen methadon. Hoge dosering methadon blijkt significant effectiever op beide parameters (voorzetting van de behandeling en mindering van het opiaatgebruik) dan lage dosering buprenorfine maar in dezelfde mate effectief als hoge dosering buprenorfine. Patiënten behandeld met

LAAM lopen significant meer kans om uit de behandeling te vallen dan patiënten behandeld met hoge dosering methadon. Hoge doseringen methadon en buprenorfine blijken in de diverse onderzoeken effectiever dan lage doseringen. Hoewel de auteurs pleiten voor hoge dosering methadon als onderhoudsbehandeling bij opiaatverslaving geven zij aan dat buprenorfine (en ook LAAM) klinische voordelen kan hebben. Buprenorfine zou minder stigmatiserend werken en relatief milde onthoudingsverschijnselen als gevolg hebben doordat het middel een partiële agonist is. Daarnaast kan buprenorfine (in hoge dosering en tabletvorm) 3 keer per week worden verstrekt, waardoor patiënten minder vaak naar de kliniek komen. Dit zien de auteurs als het belangrijkste voordeel van buprenorfine (en ook LAAM). Daar tegenover brengen de auteurs het veelvuldig gebruik van hoge dosering buprenorfine in tabletvorm in Frankrijk in verband met de toename van het percentage doden door intraveneus gebruik van buprenorfine in combinatie met het gebruik van andere psychotrope stoffen, en dan met name benzodiazepinen (Reynaud et al 1998; Tracqui et al 1998). In de meta-analyse kan geen verder onderzoek worden gedaan op dit vlak aangezien in de meeste studies gebruik gemaakt werd van vloeibare buprenorfine, dagelijks toegediend. De auteurs noemen enkele tekortkomingen in de meta-analyse waaronder 1) informatie uit niet-dubbelblind gecontroleerde studies, 2) effect van psychosociale interventies op de effectiviteit van de behandeling en 3) het verschil in duur van de follow-up. Zij adviseren verder onderzoek naar HIV-risico en criminaliteit en verbetering in kwaliteit van leven met betrekking tot gezondheid voor buprenorfine en LAAM, zodat resultaten kunnen worden afgezet tegen die van methadon.

West et al (2000) voerden een meta-analyse uit van alle beschikbare studies waarin buprenorfine en methadon als onderhoudsbehandeling gecontroleerd worden vergeleken. Relevante artikelen tussen 1974 en 2000 werden gezocht (N=1595) en 9 onderzoeken geselecteerd. Zes van de 13 door Farré et al betrokken onderzoeken inclusief de 5 onderzoeken uit de analyse van Barnett et al, maakten deel uit van de meta-analyse. Drie artikelen werden wel in de overzichtsstudie van de Cochrane Library betrokken. De drie inclusiecriteria waren: 1) gecontroleerde vergelijking buprenorfine en methadon als onderhoudsbehandeling van opiaatverslaving met een opiaat eerste middel van gebruik en afwezigheid van co-morbide psychiatrische stoornissen, 2) urine-analyse op illegaal druggebruik was een belangrijke uitkomstmaat, 3) metingen werden aan het begin en aan het eind van de onderzoeksperiode uitgevoerd. Effectiviteit werd berekend op basis van urinetoxicologie op opiaten, de enige gemeenschappelijke factor in alle betrokken studies. Relatief gelijke resultaten werden gevonden voor methadon en buprenorfine. Uit verdere vergelijkende analyses waarin slechts 4 artikelen werden betrokken, gaf de meta-analyse een significant verschil in effectiviteit aan in het voordeel van onderhoudsbehandeling met buprenorfine.

Een belangrijke tekortkoming in de meta-analyse was volgens de auteurs het gebrek aan uniformiteit in zowel design als rapportage van de onderzoeken. Hierdoor was het niet mogelijk de invloed van verschillende dosering van beide middelen te onderzoeken. Ook kon het effect van persoonskenmerken (etniciteit, sekse, leeftijd) en geschiedenis van het gebruik niet worden geanalyseerd. Auteurs bevelen aan om deze factoren in toekomstig onderzoek wel te betrekken. Zij achten het gevonden gemiddelde effect op succes van de methadononderhoudsbehandeling door eerdere ervaring met dezelfde behandeling van belang, ook als aandachtspunt in verder onderzoek. Aan de klinische praktijk geven de auteurs dan ook de boodschap rekening te houden met eerdere methadononderhoudsbehandeling alvorens die opnieuw aan patiënten voor te schrijven.

3.2 Overzichtsstudies

De meest recente overzichtsstudie (Mattick, Breen & Davoli, 2005) komt uit de Cochrane Library. Het doel van deze systematische overzichtsstudie is het evalueren van de effecten van buprenorfine onderhoudsbehandeling tegenover placebo en methadon onderhoudsbehandeling. Er werd geëvalueerd op zowel behoud van patiënten in behandeling als het terugdringen van illegaal druggebruik. Geselecteerd werden de artikelen die gerandomiseerde klinische trials (RCT) van buprenorfine onderhoudsbehandeling tegenover placebo of methadononderhoudsbehandeling bij opiaatafhankelijkheid rapporteerden. Na een selectie op methodologische kwaliteit door verschillende beoordelaars werden de data onafhankelijk en dubbel ingevoerd. De geselecteerde 13 onderzoeksartikelen zijn alle RCTs, waarvan 11 dubbel blind. Zeven artikelen werden betrokken in eerder besproken meta-analyses.

De methode van behandeltoewijzing (randomisatie) werd in 11 onderzoeken niet duidelijk gerapporteerd. Vier groepen werden ingedeeld naar dosering en vergeleken op 2 in alle studies voorkomende uitkomstmaten: 1) duur van in behandeling blijven en 2) aanwezigheid van opiaten in de urine (morphine (heroïnemetafoliet), cocaïne en benzodiazepine). De 4 doseringsgroepen waren 'lage methadon dosering' (20 - 35 mg/dag), 'hoge methadondosering' (60 - 80 mg/dag), 'lage buprenorfinedosering' (2 - 4 mg/dag) en 'hoge buprenorfinedosering' (6-12 mg/dag).

De resultaten laten zien dat minder patiënten in behandeling blijven met buprenorfine flexibele dosering dan met methadon. Lage dosering buprenorfine is niet effectiever dan lage dosering methadon. Hoge dosering buprenorfine houdt minder patiënten in behandeling dan lage dosering methadon, maar lijkt wel beter het heroïnegebruik terug te dringen. Hoge dosering buprenorfine doet het niet beter dan hoge dosering methadon op het behoud van patiënten in behandeling en is minder effectief in het verminderen van heroïnegebruik.

Lage, hoge en zeer hoge dosering buprenorfine houden patiënten significant langer in behandeling ten opzichte van placebo-medicatie terwijl alleen de hoge en zeer hoge doseringen buprenorfine het heroïnegebruik significant beter terugdringen dan placebo-medicatie. Algemene conclusie van de auteurs is dat buprenorfine een effectieve behandeling is als onderhoudsbehandeling van heroïneafhankelijkheid, maar niet effectiever is dan methadon in adequate dosering. Hogere dosering van beide middelen wordt geassocieerd met langer in behandeling blijven, terwijl hogere dosering methadon het heroïnegebruik beter terugdringt dan hogere dosering buprenorfine. Voor de klinische praktijk adviseren de auteurs dan ook slechts toewijzing aan buprenorfine-onderhoudsbehandeling als 1) hogere doseringen methadon niet mogelijk zijn of 2) wanneer de voordelen van buprenorfine (veiligheid en de mogelijkheid van inname om de dag) van doorslaggevend belang zijn in vergelijking met methadon. Toekomstig onderzoek zou zich niet meer hoeven richten op de relatieve effectiviteit van methadon versus buprenorfine. Eerder is behoefte aan verder onderzoek naar de oorzaken van het verschil in behandeltrouw in de eerste weken en maanden van de onderhoudsbehandeling.

Fiellin et al. (2004) voerden een overzichtstudie uit van literatuur, trainingscurricula, klinische richtlijnen en manuscripten over recent uitgevoerde en nog in gang zijnde studies of praktijkervaringen met buprenorfine als behandeling bij opiaatafhankelijkheid. Er werd een conferentie georganiseerd met het doel zoveel mogelijk relevante informatie te verzamelen en een empirisch en experimenteel kader te scheppen voor medisch specialisten en verantwoordelijke autoriteiten. Het panel voor de conferentie bestond uit 29 internationaal erkende experts op het gebied van behandeling van opiaatafhankelijkheid, die allen direct betrokken waren bij het voorschrijven van opiaat-agonisten. Vijf wetenschappelijke rapporten over klinische- en beleidsaspecten van buprenorfinebehandeling in verschillende settings werden

opgesteld door 5 panelleden. Per rapport werden 3 vragen geformuleerd die betrekking hadden op training, klinische praktijk, monitoring, regulering of evaluatie. De onderzoekers doen 15 uitspraken op basis van de vijf wetenschappelijke rapporten en de gevoerde discussies tijdens de conferentie. Alle gebruikte informatie is afkomstig van organisaties voor het reguleren van opiaatverslaving, nationale en internationale onderzoekers, nationale professionele organisaties, onderzoekers die zich bezighouden met monitoring, behandelprogramma's voor opiaatverslaving en de farmaceutische industrie. De 15 uitspraken zijn ingedeeld in 3 categorieën en kunnen als volgt worden samengevat:

Monitoring, reguleren en evalueren:

1. Baseline data verzamelen met betrekking tot opiaatgerelateerde sterfte en morbiditeit om de effectiviteit van buprenorfine op de volksgezondheid te bepalen;
2. Alternatieven zoeken voor door de wet geregelde beperkingen in het aantal patiënten dat toegang heeft tot groepspraktijken en instellingen

Training

3. Telefonische en internet informatie service en klinische ondersteuning voor artsen
4. Training/opleiding voor artsen en farmaceuten:
5. Training/opleiding voor behandelaars

Klinische praktijk:

6. Instellen op buprenorfine wordt in de meeste gevallen als veilig en goed getolereerd beschouwd. Patiënten die recent nog effecten van opiaten hebben ervaren zullen als gevolg van buprenorfine ontwenningverschijnselen kunnen krijgen. Ter voorkoming hiervan dient tenminste 10-12 uur na de laatste inname van heroïne (tenminste na 36 uur voor methadon) gewacht te worden met toediening van de eerste dosis buprenorfine. Van belang is de uitleg over dit fenomeen aan de patiënt. Belangrijk punt hierbij is het vertrouwen dat de patiënt in de arts heeft. Verder dient de arts duidelijk vast te stellen of daadwerkelijk sprake is van de eerste milde ontwenningverschijnselen alvorens buprenorfine voor te schrijven.
7. Patiënten afhankelijk van kortwerkende actieve opiaten (KAO) en langwerkende actieve opiaten (LAO) zouden verschillende preparaties van buprenorfine inductiedosering nodig hebben. Exacte dosering is per individu verschillend en hier dus niet vast te stellen. Het bestaande Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) richtlijnen geven echter een degelijk inductieprotocol.

Voor KAO zou een eerste dosis gevolgd door een tweede dosis op dag 1 effectief kunnen zijn. Dosering dient op beide tijdstippen onder supervisie te geschieden. Eventueel is de totale dosering uit te breiden met een derde dosis van 4 of 8 mg die zonder supervisie ingenomen kan worden.

Voor LAO is een goede insteldosis lastiger te bepalen. Een voorzichtige strategie is het geven van een eerste dosis van 2 mg gevolgd door een tweede dosis van 2 mg 1-2 uur na de eerste dosis, ter vaststelling van de versnelde respons met ontwenningverschijnselen.

8. Artsen moeten erop bedacht zijn aanvullende medicatie voor te schrijven. Daarbij dient men bij het voorschrijven van buprenorfine voorzichtig te zijn, omdat gecombineerd gebruik fatale gevolgen bleek te kunnen hebben. Eerder benzodiazepine misbruik zou mogelijk een contra-indicatie voor buprenorfine behandeling vormen.
9. In het kader van medische veiligheidsoverwegingen is supervisie tijdens de instelfase niet noodzakelijk. Voor de patiënt is het echter wenselijk dat tijdens de instelperiode en vroege stabilisatiefase een arts of verpleegster bereikbaar is indien gewenst. Dosering onder supervisie geeft in onderzoek ook betere retentie resultaten en algemene uitkomsten van de behandeling.
10. Gelijktijdig aanbieden van psychosociale en ondersteunende behandeling naast de buprenorfinebehandeling zijn noodzakelijk, met name in het begin van de behandeling. Wanneer een arts besluit een patiënt deze vormen van behandeling niet aan te bieden, dient

hij gegronde redenen voor elke uitzondering in een document vast te leggen. Omdat het gelijktijdig aanbieden van de verschillende behandelingen minder illegaal druggebruik en pro-sociaal gedrag versterkt dienen het totale aanbod gecompenseerd te worden door de instanties die dit soort behandelingen vergoeden.

11. Uit de praktijk wordt de indicatie gegeven dat instellen op buprenorfine intensief medische aanbod vraagt. Deze intensivering van medisch aanbod zou in de vorm van buprenorfine instelcentra kunnen plaatsvinden, gevolgd door verwijzing naar behandelcentra waar minder intensieve onderhoudsbehandelingen gegeven worden.
12. Detoxificatie die niet gevolgd wordt door een juiste verslavingsbehandeling gericht op terugvalpreventie kan leiden tot snelle terugval en is niet effectief als onderhoudsbehandeling. Toch kan detoxificatie met buprenorfine of buprenorfine/naloxon een vervanging vormen wanneer een patiënt geen lange-termijn maar een korte termijn behandeling wenst voor zijn opiaatverslaving. Een patiënt die deze voorkeur aangeeft, dient daarin gesteund te worden en daarnaast advies te krijgen over deze mogelijkheid. Verder moet er een plan opgesteld worden voor een snelle terugkeer in een opiaat onderhoudsbehandeling in geval van een terugval.
13. Zwangere opiaat verslaafde vrouwen dienen een goede medische behandeling te krijgen met speciale zorg. Wanneer methadon voor handen is kan overgegaan worden op methadon, maar onderzoek met buprenorfine bij zwangere vrouwen geeft geen slechtere uitkomsten dan met methadon. Overigens dient verder onderzoek deze bevindingen te bevestigen. Belangrijk is dat elke zwangere vrouw een 'informed consent' tekent wanneer de beslissing genomen wordt dat behandeling voortgezet wordt op buprenorfine.
14. Aangezien buprenorfine niet dagelijks of uit veiligheidsoverwegingen onder supervisie ingenomen dient te worden, is er een grote variatie aan take-home opties mogelijk. De verschillende wensen van patiënten (bijvoorbeeld alle medicatie per maand uitreiken of drie keer per week dosering onder supervisie in de kliniek) zouden door middel van bestaande opiaat behandel klinieken of tegelijk met andere behandelprogramma's voor verslaving aan de patiënt aangeboden kunnen worden.
15. Er is duidelijke vraag naar onderzoek met betrekking tot belangrijke klinische en politieke onderwerpen, zoals behandeling met buprenorfine in patiënten met chronische pijn, adolescenten, polydrug verslaafden en opiaatverslaafde patiënten die co-morbide psychiatrische of medische condities zoals hepatitis laten zien.

Algemeen wordt door de geaccumuleerde internationale data de veiligheid en effectiviteit van buprenorfine eenduidig bevestigd. Buprenorfine kan beschouwd worden als een veilige onderhoudsbehandeling. In het kader van de volksgezondheid zou het vanwege deze reden prioriteit moeten krijgen als onderhoudsbehandeling. Het aanbieden van deze therapie door artsen zou potentieel een belangrijke rol kunnen spelen bij 1) een verbeterde toegang van medische behandeling voor opiaatverslaving en 2) het verminderen van tegenovergestelde medische en sociale consequenties van deze conditie.

Davids & Gastpar (2003) rapporteren een systematische overzichtstudie op basis van follow-up data uit observatie- en experimentele studies. De farmacologie en klinische toepassing van buprenorfine als onderhoudsbehandeling én detoxificatiebehandeling bij heroïneverslaving worden beschreven aan de hand van gepubliceerde follow-up data en observationele en experimentele studies. Uit een twintigtal studies uitgevoerd tussen 1977 en 2002, hebben de auteurs geconcludeerd dat voor het minderen van opiaatgebruik een minimale dosering van 4 mg buprenorfine nodig is. Elke verandering in dosering van buprenorfine tussen de 2-16 mg/dag heeft een gelijke verandering in effect tot gevolg. Verhoging van de dosering boven de 16-mg/dag geeft nog wel een stijging van het effect, maar dat effect is niet evenredig met de extra dosering. Verder zou dosering boven de 16 mg/dag wel een reducerend effect hebben op opiaat gebruik, maar niet op cocaïne bijgebruik.

Met betrekking tot buprenorfine als onderhoudsbehandeling beschrijven de auteurs bevindingen van gecontroleerde studies waaronder een gerandomiseerde, dubbelblinde studie en een multicenter dubbelblinde studie met buprenorfine versus placebo, waarbij buprenorfine het bijkomstig opiaatgebruik verminderde en bij dosering van 8 mg/dag minder vaak drugs in de urine werden teruggevonden dan in de placebogroep. Gelijktijdig aanbieden van psychosociale behandeling zou de effectiviteit van de behandeling positief beïnvloeden. Uit de studies waarbij sublinguale inname van buprenorfine werd vergeleken met orale methadon onderhoudsbehandeling concluderen de auteurs dat buprenorfine in de dosering van 8 – 16 mg/dag, een effectieve behandeling voor opiaatafhankelijkheid zou garanderen.

Belangrijke aspecten voor behandelingsucces zijn tevredenheid van de patiënt over de behandeling en daarmee de motivatie van patiënten om behandeling voort te zetten. Doel van de behandeling is daarom zo snel mogelijk stabiliseren met een adequate dosering buprenorfine om onthoudingsverschijnselen te voorkomen. Alvorens de behandeling te starten moet duidelijk zijn welke (co)medicatie patiënten innemen. Idealiter zou de eerste inname moeten plaatsvinden zodra zich de eerste onthoudingsverschijnselen openbaren, tenminste 6 uur na de laatste injectie. De tablet moet onder de tong oplossen (en niet doorgeslikt worden), en wordt dan geabsorbeerd in 3 tot 5 minuten. Bij voorkeur wordt na eerste inname een observatieperiode van tenminste 3 uur geadviseerd. Als de dosering niet voldoende blijkt te zijn, kan deze worden opgevoerd in hoeveelheden van 4-8 mg. Ter voorkoming van intraveneus buprenorfine misbruik wordt combinatiebehandeling met naloxon aanbevolen. In slechts enkele studies werden kostenbaten analyses betrokken. Buprenorfine heeft een uniek veiligheidsprofiel. De bij opiaatgebruikers veel voorkomende bijwerkingen (waaronder ademhalingsproblemen) blijken als gevolg van het plafondefect van buprenorfine niet op te treden. Uit enkele studies waarbij kostenbaten analyses werden uitgevoerd blijkt buprenorfine onderhoudsbehandeling zeer kostenbesparend voor patiënten met een hoge criminele activiteit of met meerdere detoxificatie behandelingen per jaar. Dit zou niet het geval zijn indien dezelfde behandeling zou worden toegepast bij patiënten die minder negatieve gevolgen ervaren van hun verslaving en in betere sociaal-economische omstandigheden verkeren (wonend, werkend, met partner). De variatie tussen vergelijkende studies (buprenorfine versus methadon) is toe te schrijven aan verschil in doseringen, exclusiecriteria en aanbod van psychosociale behandeling. Gevonden verschillen in effectiviteit zijn – hoewel soms significant - vaak klein in verhouding tot de grote variaties in uitkomsten van verschillende methadonprogramma's. De auteurs concluderen dat buprenorfine een effectief en veilig middel is en goed getolereerd wordt. Hiermee zou buprenorfine een geschikte optie zijn voor behandeling van heroïneafhankelijkheid, in het bijzonder voor diegenen die een methadon onderhoudsbehandeling niet willen starten of voortzetten en voor mensen die geen profijt hebben van een adequate dosering methadon.

Raisch et al. (2002) geven een overzicht van de potentiële behandel mogelijkheden in Amerika voor opiaat afhankelijkheid. Het overzicht is opgesteld aan de hand van vier doelen: 1) diagnose, fasen van het behandelproces en uitkomsten beschrijven, 2) farmacologische behandelingen, 3) behandeling met buprenorfine en buprenorfine/naloxon, en 4) farmaceutische zorg functies voor de ambulante behandeling van opiaatafhankelijkheid. Buprenorfine wordt in dit overzicht breder uitgelicht. In Amerika dient een verslaafde aan meerdere criteria te voldoen, alvorens hij behandeld kan worden voor opiaatafhankelijkheid middels een methadon onderhoudsbehandeling. Zo dient men tenminste een jaar of langer opiaatafhankelijk te zijn. Voor de groep patiënten die als gevolg van die regel buiten de boot valt, zou een onderhoudsbehandeling met buprenorfine mogelijk een goed alternatief vormen.

- 1) De diagnose opiaatafhankelijkheid (OA) wordt gesteld wanneer iemand afhankelijk is van het gebruik/misbruik van illegale opiaten. Lichamelijke problemen die optreden zijn pijn, infectie

- van de huid en zachte weefsels, HIV, hepatitis, SOA's, en hart, long, nier of neurologische complicaties. Het behandelproces kan weergegeven worden in een cirkelvorm waarin achtereenvolgens terugval-, pre-nadenk-, nadenk-, actie-, en onderhoudsfase aan de orde komen. Het optreden van terugval is een normaal verschijnsel en zorgt voor het volmaken van de cirkel. Het doel van behandeling is gericht op verbeteringen in lichamelijke, sociale en psychologische gezondheid. Uitkomstmaten voor effectiviteit van behandeling zijn de duur van in behandeling blijven (in dagen), percentage van negatieve-urine analyses, en percentages van waargenomen drugsgerelateerde problemen zoals craving en ernst van de verslaving.
- 2) Farmacologische behandeling wordt onderscheiden in 1) μ -2-agonisten (bijvoorbeeld clonidine, lofexidine); voor verlichten van ontwenningsverschijnselen die ontstaan tijdens detoxificatie, 2) opiaat antagonist (vb. naltrexon); ter voorkoming van terugval na detoxificatie, 3) opiaat agonisten voor onderhoudsbehandeling (vb. methadon, LAAM); alternatief voor illegaal druggebruik dat ontwenningsverschijnselen verzacht en craving vermindert, en 4) psychosociale behandeling; speelt vooral een belangrijke rol in het vervangen van de opiaat afhankelijkheid in het dagelijks leven.
 - 3) Buprenorfine, een semi-synthetische opiaat analgeticum met partiële agonist activiteit, heeft door de kenmerken zoals beschreven in de inleiding van deze literatuurstudie, een plafond-effect. In geval van overdosering is buprenorfine door dit plafondeffect een veiliger middel dan methadon, dat dit plafondeffect ontbeert. Ook de ademhalingsdepressie wordt beperkt door het plafond effect van buprenorfine. Buprenorfine dissocieert langzaam van de μ -opioïd receptor, wat zorgt voor een lange werkingsduur en ten laatste is de lichamelijke afhankelijkheid voor buprenorfine laag door de partiële activiteit. Ter voorkoming van misbruik van buprenorfine wordt buprenorfine ook gecombineerd met naloxon. Naloxon werkt als een competitieve antagonist op de μ -, κ -, en δ -receptoren het centraal zenuwstelsel. De directe en indirecte effecten van opiaten worden hierdoor tegengewerkt. De beste verhouding waarbij buprenorfine zijn effect behoudt is een buprenorfine:naloxon ratio van 4:1. Resultaten van verschillende studies geven aan dat buprenorfine het gebruik van illegale opiaten vermindert. Bij een dosis van 8 mg/dag wordt minder heroïne bijgebruikt in vergelijking met placebo en is de effectiviteit gelijk aan een behandeling met hogere dosering methadon (60 mg/dag) en effectiever dan lage dosering met methadon (20 mg/dag). Doses van 16-32 mg/dag geven vergelijkbaar effect als hoge methadon doseringen (60-100 mg/dag) of LAAM (75-115 mg/dag). Dosering van 16 mg/dag buprenorfine is minstens nodig om te kunnen concurreren met hoge dosering methadon. Buprenorfine dosering is het meest praktisch in sublinguale tabletten. Vanwege het optreden van ontwenningsverschijnselen na de eerste doses buprenorfine is supervisie in de eerste periode noodzakelijk. Buprenorfine kan om de dag, of om de drie dagen toegediend worden. Dit geeft over het algemeen wel meer ontwenningsverschijnselen. Deze worden echter gecompenseerd doordat men minder vaak naar de kliniek hoeft te komen. De juiste dosering is per individu verschillend, wordt afgestemd op de juiste verhouding tussen ontwenningsverschijnselen en bijwerkingen van de drug en hangt af van de ernst van de verslaving. Abrupt stoppen met buprenorfine geeft minimale tot gemiddelde ontwenningsverschijnselen, maar gra- dueel stoppen lijkt een betere afsluiting van behandeling.
 - 4) Legaal voorschrijven van buprenorfine stelt een aantal eisen aan de rekening die door artsen opgesteld wordt bij ambulante behandeling met buprenorfine. Verder gaat verstrekking van buprenorfine gepaard met een verandering van de zorgfuncties van apothekers in de Amerikaanse situatie. Apotheekmedewerkers dienen op de hoogte te zijn van de juiste manier van toediening van het medicament, de mogelijke bijwerkingen of interacties van het medicament met andere medicijnen, ontwenningsverschijnselen, co-morbiditeit met andere ziekten, diversiteit van de patiënten en terugval van een patiënt.

In het algemeen wordt gesteld dat OA een belangrijk gezondheidsprobleem vormt. De huidige behandel mogelijkheden zijn niet voor alle patiënten toegankelijk. Met name de mogelijkheid tot ambulante behandeling en de kleine kans op overdosering zorgen er voor dat buprenorfine een veilig en effectief alternatief vormt voor onderhoudsbehandeling van opiaatverslaving.

3.3 Individuele studies

De individuele studies worden in verschillende subparagrafen besproken. De eerste paragraaf behandelt studies waarin effectiviteit van buprenorfine als onderhoudsbehandeling wordt vergeleken met placebo. In de tweede paragraaf wordt effectiviteit van buprenorfine onderhoudsbehandeling afgezet tegen effectiviteit van methadon onderhoudsbehandeling. In de derde paragraaf worden studies behandeld die zich richten op het vinden van de optimale dosering van een onderhoudsbehandeling buprenorfine. In de vierde paragraaf worden studies besproken die zich richten op voorspellende factoren die effectiviteit van buprenorfine onderhoudsbehandeling positief dan wel negatief beïnvloeden. Tenslotte worden in de laatste paragraaf studies met betrekking tot de veiligheid besproken.

3.3.1 *Effectiviteit buprenorfine onderhoudsbehandeling (vergeleken met placebo)*

Fudala et al. (2003) onderzochten door middel van een multicenter, gerandomiseerd, placebo-gecontroleerde, dubbelblind onderzoek de effectiviteit van buprenorfine als onderhoudsbehandeling. De onderzoeksgroep bestond uit 326 opiaatverslaafde personen die ieder vier weken in behandeling gingen. De deelnemers werden verdeeld over drie onderzoeksgroepen: buprenorfine (16 mg) gecombineerd met naloxon (4 mg), alleen buprenorfine conditie (16 mg) en placebo conditie. Uitkomstmaten waren urine analyses op illegaal opiaatgebruik en daarnaast zelfrapportage door de deelnemers met betrekking tot ervaren effectiviteit en craving. Het onderzoek werd eerder afgebroken, omdat de tot dan toe verkregen resultaten al significante resultaten lieten zien tussen de verschillende onderzoekscondities. Het aantal negatieve urine analyses in zowel de gecombineerde buprenorfine conditie als de buprenorfine groep afzonderlijk was veel groter dan in de placebo conditie. Ook de mate van zelfgerapporteerde craving nam sterker af in de behandelde condities dan in de placebo conditie.

Lapeyre-Mestre et al. (2003) voerden een observatiestudie uit waarin zij probeerden te achterhalen hoe vaak buprenorfine in de ambulante setting voorgeschreven wordt. Daarnaast bepaalden zij het percentage patiënten dat in behandeling bleef bij een behandelingsduur van 24 weken. In totaal werden 282 personen met behulp van het Franse Gezondheids Systeem geïdentificeerd, die een voorschrift voor buprenorfine onderhoudsbehandeling kregen. Voorwaarde was dat tenminste twee maanden voorafgaand aan dit medicatievoorschrift geen eerder voorschrift gegeven was.

Het totale aantal personen werd verdeeld naar 'rationele gebruikers' (50%), 'niet-rationele gebruikers' (26%) en 'gelegenheids gebruikers' (24%). Onder 'rationele gebruikers' worden personen verstaan die door niet meer dan twee medisch verantwoordelijke personen een buprenorfine recept voorgeschreven kregen, onder 'niet-rationele gebruikers' worden personen verstaan die door drie of meer medisch verantwoordelijke personen een buprenorfine recept voorgeschreven kregen en onder gelegenheids gebruikers worden personen verstaan die hoogstens één medisch verantwoordelijk persoon een buprenorfine recept voorgeschreven kregen. De gelegenheidsgebruikers werden niet erkend als personen die een onderhoudsbehandeling buprenorfine ontvingen en op grond daarvan niet meegenomen in de vergelijkingen. De gemiddelde dagelijkse dosis toegediende buprenorfine was 9.2 en 14.2 voor

respectievelijk de 'rationele gebruikers' en de 'niet-rationele gebruikers'. Deze percentages vielen binnen de range van aanbevolen dosering. Desalniettemin werd aan 14% van de onderzoeksgroep een dosering groter dan 16 mg dag voorgeschreven. Dit wordt door de onderzoekers beschouwd als een zeer hoge dosering.

Het percentage personen dat in behandeling bleef van de gehele onderzoeksgroep bedroeg 37%. Dit is te vergelijken met percentages die gevonden worden in gecontroleerde studies. Verder wordt geconcludeerd dat het grootste deel van de personen die regulair buprenorfine gebruiken beschouwd kunnen worden als 'rationele gebruikers'.

Fiellin et al. (2002) onderzochten effectiviteit van buprenorfine als onderhoudsbehandeling bij 14 heroïne verslaafde personen in een klinische setting. De onderhoudsbehandeling werd gecombineerd met psychosociale therapie. Het onderzoek had een duur van 13 weken. Medicatie-inname vond plaats op maandag, woensdag en vrijdag in einddoseringen van respectievelijk 32,32 en 48 mg. Deze doseringen werden aangepast wanneer sprake was van continuering van positieve urine samples en/of ontwenningssverschijnselen. Uitkomstmaten waren positieve urine samples op illegaal opiaatgebruik en de duur van in behandeling blijven. Opiaat-positieve urine uitslagen verminderden tijdens het onderzoek van 95 naar 25%. Elf van de 14 deelnemers bleven tot aan het einde van het onderzoek in behandeling. Geconcludeerd wordt dat een buprenorfine onderhoudsbehandeling goed toepasbaar en voldoende effectief is in een klinische setting. Optimalisatie van exacte dosering van buprenorfine en frequentie van psychosociale therapie dient nog plaats te vinden.

O'Connor et al. (1998) onderzochten de effectiviteit van buprenorfine dosering drie keer in de week (maandag 22 mg, woensdag 22 mg en vrijdag 40 mg) in twee verschillende onderzoeksomgevingen gedurende twaalf weken. De eerste onderzoeksomgeving bestond uit een eerste lijnskliniek (PC=primary care), terwijl de tweede onderzoeksomgeving bestond uit een methadon onderhoudskliniek (MC=methadon clinic). De 46 personen in het onderzoek werden gerandomiseerd toegewezen aan één van de twee settings, beide 23 patiënten.

Primaire uitkomstmaten van het onderzoek waren het percentage patiënten dat in onderzoek bleef en het aantal positieve urine samples op illegaal drugsgebruik. Secundair werd er gekeken naar het ervaren van ontwenningssverschijnselen en het vinden van illegale opiaatspiegels in urine. Het percentage patiënten dat tot het einde toe in behandeling bleef in PC en MC was respectievelijk 78% en 52%. Ook het aantal positieve urine samples op illegaal opiaatgebruik was significant verschillend in PC (63%) en MC (85%). Duur van achtereenvolgende abstinentie was in PC 44% tegenover 13% voor MC. Met betrekking tot ontwenningssverschijnselen was er geen duidelijk verschil waar te nemen.

Geconcludeerd wordt dat buprenorfine onderhoudsbehandeling voor heroïneafhankelijkheid in een eerstelijnskliniek effectief is.

3.3.2 *Effectiviteit buprenorfine onderhoudsbehandeling vergeleken met methadon onderhoudsbehandeling*

Schottenfeld et al. (2005) hadden als doel het vergelijken van de effecten van oraal methadon (65-85 mg/dag) en sublinguaal buprenorfine (12-16 mg/dag) in personen met zowel een cocaïne als een opiaatverslaving. Daarbij werd tevens onderzocht of het combineren van één van beide onderhoudsbehandelingen met contingency management (CM=patiënt leren omgaan met prestaties door middel van belonen of bestraffen) of performance feedback (PF=patiënt leren omgaan met prestaties door inzicht in eigen prestaties te geven) een effect heeft op de uitkomsten van de behandeling. CM werd in week 1-12 van het onderzoek gegeven door het opvoeren van de waarde van te verdienen vouchers. In week 13-24 werd de waarde van de vouchers teruggebracht naar een nominale waarde.

In totaal namen 162 personen deel aan dubbelblinde, gerandomiseerde onderzoek. Over de verschillende behandelcondities werden zij als volgt verdeeld: methadon en CM (n=40), methadon en PF (n=40), buprenorfine en CM (n=39) en buprenorfine en PF (n=43). Uitkomstmaten waar naar gekeken werd waren 1) het maximum aantal achtereenvolgende weken van abstinentie van illegaal cocaïne en heroïne gebruik en 2) het aantal drugvrije urine samples gedurende de hele periode.

Personen die een onderhoudsbehandeling methadon kregen, bleven significant langer in behandeling, vertoonden langere achtereenvolgende abstinentie en meer drugvrije urine-samples vergeleken met personen die een onderhoudsbehandeling buprenorfine kregen. Verder vertoonden personen onder CM behandeling gedurende de opbouwfase (week 1-12) langere abstinentie en meer drugvrije urine-samples in vergelijking met PF, maar dit verschil was niet meer waarneembaar wanneer de gehele duur van het onderzoek in ogenschouw genomen werd (24 weken).

Geconcludeerd wordt dat patiënten met zowel een cocaïne als opiaatverslaving betere uitkomsten laten zien bij een onderhoudsbehandeling met methadon, dan met buprenorfine. Dit effect zou nog versterkt kunnen worden wanneer CM gecombineerd aangeboden werd.

In dit niet-gerandomiseerde onderzoek vergeleken Gerra et al. (2004) de onderlinge effectiviteit van methadon en buprenorfine als onderhoudsbehandeling. Honderdvierenvijftig personen werden behandeld met methadon (78) of buprenorfine (76) gedurende 12 weken. Het doel van de studie was het evalueren van variabelen in koppeling van patiënt en behandeling die mogelijk invloed hebben op de duur van het in behandeling blijven (retentie percentage), abstinentie percentages van illegaal drugsgebruik en stemmingsveranderingen. De gemiddelde toegediende doseringen van oraal methadon en sublinguaal buprenorfine waren respectievelijk 81.5 ± 36.4 mg/dag en 9.2 ± 3.4 mg/dag. De optimale dosering was per persoon aan te passen.

In week 4 van de behandeling waren retentiepercentages voor methadon hoger dan voor buprenorfine, maar in week twaalf gaven de behandelingen gelijke retentie percentages. Dit retentiepercentage werd in de methadon conditie beïnvloed door de hoogte van dosering en door psychosociaal functioneren, maar niet door psychische co-morbiditeit. De mate van depressie was daarentegen in de met buprenorfine behandelde personen die in behandeling bleven groter dan in de buprenorfine behandelde personen die behandeling afbraken. Tussen retentiepercentage en dosering of psychosociaal functioneren werd geen relatie gevonden.

De kans op positieve urine analyses op gebruik van illegale drugs was in het algemeen voor beide condities gelijk, maar specifiek in week twaalf was de kans op positieve urine uitslagen iets groter voor methadon (32.1%) dan voor buprenorfine (25.6%). Negatieve urine samples werden geassocieerd met hogere doseringen van de medicatie in beide onderzoekscondities. In het algemeen leken buprenorfine en methadon een gelijke effectiviteit als onderhoudsbehandeling te laten zien. Voor beide condities leken hogere doseringen samen te hangen met een hoger aantal negatieve urine samples. Voor methadon leek hogere dosering ook grotere retentiepercentages te bewerkstelligen, terwijl in de buprenorfine conditie hier geen relatie over viel te onderscheiden.

Belangrijke bevinding van dit onderzoek was dat co-morbiditeit met depressie hogere retentiepercentages gaf voor buprenorfine. Een dergelijk verband werd voor methadon niet gevonden. Mogelijk is deze bevinding terug te voeren op de antagonistische acties van buprenorfine op μ -opioïd receptoren.

Overigens is dit onderzoek niet-gerandomiseerd en in een niet-experimentele setting uitgevoerd. Het interpreteren van de gegevens dient daarom met enige terughoudendheid te gebeuren.

Giacomuzzi et al. (2003) vergeleken de effecten op de kwaliteit van leven van behandeling met oraal methadon (M) en sublinguaal buprenorfine (B) middels een open, niet-gerandomiseerde studie. Bij aanvang van de studie was de gemiddelde dagelijkse dosis voor methadon 43.33 ± 21.57 mg/dag en voor buprenorfine 11.15 ± 6.85 mg/dag. Aan het einde van de studie (zes maanden) waren de dagelijkse doses gedaald naar respectievelijk 24.54 ± 19.78 mg/dag en 9.93 ± 7.24 mg/dag. Zevenenzestig opiaat-afhankelijke personen (38 (M) en 29 (B)) stroomden in het onderzoek in, waarvan 53 de totale duur van zes maanden in behandeling bleven. De behandelingen werden beide gecombineerd met psychosociale therapie en psychosociale zorg. De kwaliteit van leven werd in het onderzoek gemeten aan de hand van de Lancashire Quality of Life Profile, fysische verschijnselen werden gemeten aan de hand van de Opioid Withdrawal Scale en additionele consumptie van illegale drugs werd gescreend door middel van urine analyses.

Op de scores voor kwaliteit van leven toonden de beide onderzoekscondities vergelijkbare resultaten. Aan het einde van de onderzoeksperiode scoorden personen in de buprenorfine conditie significant minder op additionele consumptie van illegaal drugsgebruik (urine-analyse). Bijwerkingen waren gedurende de gehele periode gelijk voor beide condities. Specifiek voor buprenorfine nam de mate waarin een aantal bijwerkingen voorkwam af tegen het einde van de onderzoeksperiode.

Geconcludeerd wordt dat buprenorfine en methadon beide effectief zijn als onderhoudsbehandeling in het kader van kwaliteit van leven. Verder onderzoek zou zich moeten richten op subtypering van patiëntgroepen die mogelijk meer of minder baat hebben bij één van beide behandelcondities.

Het onderzoek van Feingold et al. (2002) richtte zich op de vraag of toevoeging van desipramine aan een onderhoudsbehandeling van methadon of buprenorfine een extra effect zou opleveren in de behandeling van opiaat verslaafde cocaïne gebruikers. Het was geen hoofddoel van het onderzoek onderscheid te maken tussen de verschillende onderhoudsbehandelingen. Wel werden berekeningen over effectiviteit van desipramine in combinatie met elk van de onderhoudsbehandelingen apart uitgevoerd. Er werden geen verschillen gevonden op dit punt.

3.3.3 *Optimale dosering van buprenorfine onderhoudsbehandeling*

Ahmadi (2003) onderzocht optimale buprenorfine dosering, en vergeleek deze met effectiviteit van methadon. De gerandomiseerde, dubbelblinde, 18-weekse studie had een ontwerp met 4 onderzoeksgroepen: drie buprenorfine (1, 3 of 8 mg per dag) en één methadon (30 mg per dag). Overigens is de conditie waarbij 1mg buprenorfine per dag gegeven wordt, gelijk aan de 'placebo' conditie. Een echte placebo conditie is vanuit ethisch oogpunt niet verantwoord. Daarnaast kreeg iedere patiënt wekelijks een uur individuele steunende therapie. Bij aanvang van het onderzoek bestond elke onderzoeksgroep uit 41 personen. Alle 164 personen waren heroïne verslaafd en van het mannelijke geslacht. Negenentwintig komma drie procent van de 1 mg groep, 46.3% van de 3 mg groep en 68.3% van de 8 mg groep voltooiden de gehele duur van het onderzoek. Van de methadon groep voltooidde 61% het totale onderzoek. Zowel de 1 mg als de 3 mg groep scoorden significant slechter in retentiepercentage in vergelijking met de 8 mg groep buprenorfine. Wanneer we de retentiecijfers van buprenorfine vergelijken met het retentiepercentage van methadon, dan is de 1 mg groep buprenorfine significant slechter dan methadon. De andere groepen (3 en 8 mg) gaven geen significante verschillen.

Op basis van deze resultaten kan effectiviteit van zowel buprenorfine als methadon voor onderhoudsbehandeling van heroïneverslaving verwacht worden wanneer de betreffende dosering afgesteld wordt op respectievelijk 8 mg per dag en 30 mg per dag. Voordeel van

buprenorfine ten opzichte van methadon onderhoudsbehandeling is het gunstigere bijwerkingenprofiel van buprenorfine.

Ahmadi (2002) onderzocht al eerder effectiviteit van buprenorfine in verschillende doseringen in Iran. In het gerandomiseerde onderzoek met een duur van 17 weken werden 105 heroïne verslaafde personen verdeeld over drie onderzoekscondities: 1, 2, of 4 mg buprenorfine per dag. De 1 mg buprenorfine per dag conditie is wederom de 'placebo' conditie. Daarnaast kreeg iedere patiënt wekelijks een uur individuele steunende therapie. Bij aanvang van het onderzoek bestond elke onderzoeksgroep uit 35 personen. In totaal voltooiden 49 participanten het gehele onderzoek. Vierendertig komma drie procent van de 1 mg groep, 42.9% van de 2 mg groep en 62.9% van de 4 mg groep voltooiden de studie. Het retentie percentage van de 1 mg groep was significant slechter dan dat van de 4 mg groep. De wijze van heroïnegebruik (roken, snuiven, intraveneuze injectie) had invloed op de effectiviteit van buprenorfine. Rokende heroïne gebruikers ondervonden meer effectiviteit van buprenorfine dan personen die heroïne intraveneus injecteerden. Vermeld moet worden dat verslaving in Iran strafbaar is en wanneer men zich niet 'vrijwillig' aanmeldt, men gearresteerd kan worden. Hieruit volgt dat de onderzoeksgroep van deze studie alleen uit 'vrijwillig' aangemelde individuen bestond. Dit zou van invloed kunnen zijn op de resultaten. In het algemeen wordt duidelijk dat buprenorfine effectiviteit laat zien, en verhoogde dosering (4 mg per dag) geeft daarbij betere resultaten dan lagere dosering (2 of 1 mg per dag).

Gedacht wordt dat het misschien aantrekkelijker is wanneer patiënten met een onderhoudsbehandeling niet elke dag medicatie hoeven in te nemen. Naar aanleiding van deze gedachtingang is door Petry et al. (2001) onderzocht of dosering van buprenorfine elke dag (D1), één keer in de drie dagen drie keer de dagelijkse dosering (D3) of één keer in de vijf dagen vijf keer de dagelijkse dosering (D5) een gelijke werking heeft. Daarnaast werd onderzocht waar de voorkeur van de patiënt ligt met betrekking tot frequentie van dosering. De studies werden uitgevoerd met verschillende onderzoeksgroepen.

Het onderzoek werd in twee studies opgedeeld. Beide studies doseerden 4 of 8 mg/ 70 kg buprenorfine per dag afhankelijk van de mate van ontwenningsverschijnselen in de instelfase. De eerste studie had een dubbelblind, gerandomiseerd ontwerp. In totaal 18 personen volbrachten het gehele traject van deze studie. De tweede studie had een ontwerp waarbij frequentie van dosering bekend was. Deze open fase van het onderzoek had een duur van 29 dagen. Hierna werd elke patiënt een gerandomiseerde keuze gegeven, waarbij gekozen kon worden uit twee van de drie mogelijkheden voor dosering (D1, D3 of D5). De keuze voor dosering werd hierna voor vijftien dagen achtereen als behandeling gegeven. In totaal 15 patiënten volbrachten deze studie.

In zowel de dubbelblinde als de open studie werd een significante verhoging van ontwenningsverschijnselen waargenomen bij een dosering om de vijf dagen (D5). Verder werd slechts door één patiënt de keuze voor deze frequentie van dosering gemaakt.

Geconcludeerd werd dat dosering om de vijf dagen met vijf keer de dagelijkse dosis (D5) een werkingsduur heeft die korter is dan deze vijf dagen. Als gevolg zouden frequenter onthoudingsverschijnselen optreden.

Amass et al. (2000) voerden een dubbelblinde, placebogecontroleerde studie naar de optimale dosering van buprenorfine uit. Buprenorfine werd toegediend in tabletvorm, waarbij een tablet 8 mg buprenorfine en 2 mg naloxon bevatte óf alleen 8 mg buprenorfine. Toediening gebeurde sublinguaal. Het ontwerp van de studie was zo opgezet dat iedere deelnemer elk van de drie mogelijke onderzoekscondities voor een periode van 21 dagen ondervond. Dit werd vooraf gegaan door een periode van 16 dagen waarin de buprenorfine behandeling

opgezet werd tot het standaard niveau van de buprenorfine onderhoudsbehandeling (8 mg per dag). De drie onderzoekscondities waren: 1) dagelijks 8 mg buprenorfine, 2) om de dag 8 mg buprenorfine (de alternatieve dag placebo) of 3) om de dag 16 mg buprenorfine (de alternatieve dag placebo). Gedurende de elf weken van het onderzoek kreeg iedere deelnemer om de week individuele gedragsbehandeling van een uur en was er de mogelijkheid tot wekelijkse groepsessies. In totaal namen zevenenzeventig opiaat verslaafden deel aan de studie. De eerste 29 participanten in het onderzoek kregen buprenorfine toegediend in de gecombineerde tabletvorm. Vierentwintig procent van deze groep ondervond echter op de tweede dag van behandeling ontwenningssverschijnselen. De volgende groep (18 participanten) kreeg op basis van deze gegevens de tabletvorm met buprenorfine alleen. Maar elf procent van de personen in deze groep rapporteerde ontwenningssverschijnselen op dag twee van de behandeling. Van de totaal 47 personen vielen 21 personen uit de studie in de 16-daagse periode waarin zij ingesteld werden op de standaard buprenorfine onderhoudsbehandeling (drop-outs), vielen 12 personen uit de studie tijdens één van de drie onderzoekscondities van 21 dagen (non-completers) en completeerden 14 personen de gehele studie (completers).

'Drop-outs' scoorden significant hoger op de ASI (Addiction severity Index) score dan 'completers'. Gedurende de standaard instellingsperiode ondervonden 'completers' significant minder drugeffecten vergeleken met 'non-completers', gemeten via zelfrapportage. De verschillende buprenorfine behandelcondities zijn alleen vergeleken in de 'completers' groep. Er waren geen verschillen in medicatie therapietrouw, aantal positieve urinesamples en percentageverschillen tussen metingen van deelnemers en observanten. De pupildiameter was groter in behandelconditie 2 in vergelijking met behandelconditie 1 en er was een trend waarneembaar in dezelfde richting wanneer behandelconditie 2 vergeleken werd met behandelconditie 3.

Zowel behandelconditie 1 als 3 tonen effectiviteit van buprenorfine aan, waarbij behandelconditie 3 minder drop-out liet zien dan de andere twee condities. Geconcludeerd wordt dat effectiviteit van buprenorfine niet beïnvloed wordt door dosering om de dag maar patiënten blijven wel langer in behandeling wanneer de dosering om de dag verhoogd wordt naar dubbel dosering. Wanneer dubbele doseringen om de dag toegediend worden, geeft dit betere uitkomsten dan dagelijkse standaarddosering.

Er worden een aantal kanttekeningen bij het onderzoek geplaatst. Ten eerste wordt de dosering niet individueel aangepast. Ten tweede zijn in het onderzoek personen met een psychiatrische co-morbiditeit geëxcludeerd. De invloed die dit kan hebben is daardoor niet onderzocht. Het onderzoek heeft sowieso een kleine onderzoeksgroep en kort duur van behandeling. Ten derde wordt opgemerkt dat het drop-outpercentage en het percentage patiënten dat de onderzoeksfase niet afmaakt erg hoog ligt. Ten vierde wordt gezegd dat er op de pupildiameter na geen verschillen in behandelcondities worden waargenomen. Ten laatste wordt vermeld dat de combinatietablet meer ontwenningssverschijnselen geeft.

Pérez de los Cobos et al. (2000) onderzochten of dosering drie keer in de week (maandag 16 mg, woensdag 16 mg en vrijdag 24 mg; n=30) hetzelfde effect had als dagelijkse dosering (8 mg/dag; n=30). Het onderzoek werd gerandomiseerd en dubbelblind uitgevoerd.

Het percentage patiënten dat in behandeling bleef verschilde onderling niet significant. Wel werden in de drie-keer-per-week-conditie significant meer positieve urine samples (58,5%) waargenomen dan in de dagelijkse conditie (46,6%). Het analyseren van verschillen tussen de frequentie van de behandelingen bij personen die de totale duur van het onderzoek in behandeling bleven, leverde geen significante effecten op.

De auteurs adviseren het voorschrijven van dagelijkse inname van buprenorfine, met name in de eerste fase van behandeling.

Petry et al. (2000) onderzochten of dosering van buprenorfine in verschillende frequenties (elke dag, elke twee dagen, elke drie dagen of elke vier dagen) effect heeft op het ervaren van ontwenningssverschijnselen. Daarnaast werd geëvalueerd in een tweede onderzoek welke frequentie van dosering de voorkeur kreeg van patiënten.

Na een stabilisatieperiode van tien dagen op buprenorfine onderhoudsbehandeling (4 of 8 mg/70 kg per dag aangepast aan de mate van ontwenningssverschijnselen) in het eerste deel van het onderzoek ondergingen alle veertien patiënten elk van de vier doseringscondities. De volgorde van de condities was gerandomiseerd. Hierop volgde een periode van vijf dagen ter afsluiting van de onderzoeksfase met dagelijkse dosering buprenorfine. Na het onderzoek werd iedere patiënt deelname aan een ander onderzoek of detoxificatie aangeboden. Twaalf van de veertien patiënten ondergingen ook het tweede deel van de studie. Na een periode van tien dagen waarin de patiënt dagelijks dosering van buprenorfine ontving, werd gevraagd een keuze te maken uit twee doseringsfrequenties. Zes mogelijke keuzecondities werden gerandomiseerd aan de patiënten voorgeschreven. De keuze voor een bepaalde frequentie werd voor een periode van twaalf dagen uitgevoerd.

Het aantal bijwerkingen nam over het algemeen toe naarmate de frequentie van dosering afnam, maar niet significant. De voorkeur van 46% van de patiënten ging uit naar een dosering elke vier dagen. Slecht 14% gaf de voorkeur aan dagelijkse dosering.

Amass et al. (1998) wilden in deze gerandomiseerde studie eerder gevonden bevindingen ten aanzien van buprenorfine dosering om de dag, waarbij de dagelijkse onderhoudsdosering verdubbeld werd. Het onderzoek is in twee fasen te verdelen: 1) dagelijks en alternatieve dag dosering zowel open als geblindeerd, 2) keuze van de participant voor dagelijkse of om de dag dosering voor achterhalen voorkeur patiënt in klinische setting vorm behandeling.

Voorafgaand aan de eerste fase werd gedurende twee weken iedere patiënt op een standaard onderhoudsbehandeling buprenorfine ingesteld. Vervolgens onderging iedere patiënt elk van de vier behandelcondities voor een periode van 14 dagen (open dagelijks, geblindeerd dagelijks, open om de dag, geblindeerd om de dag). Vervolgens onderging iedere patiënt nogmaals alle vier de behandelcondities. Hierna volgde fase twee van het onderzoek. Tien personen ondergingen één keer alle vier de behandelcondities. Zeven van deze tien personen ondergingen ook de tweede ronde van de eerste fase met alle vier de behandelcondities en stroomden vervolgens in de tweede fase (keuze voor dagelijkse of om de dag dosering) van het onderzoek.

Open of geblindeerde doseringscondities hadden geen invloed op de effecten van dagelijkse dosering of dosering om de dag. Daarnaast rapporteerden deelnemers minder ontwenningssverschijnselen, sedatie of een ziek gevoel bij dagelijkse dosering vergeleken met alternatieve dag dosering, maar dit waren kleine verschillen. Wanneer patiënten zelf een keuze mochten maken voor dagelijkse of om de dag dosering, ging de voorkeur uit naar dosering om de dag. Deze resultaten versterken eerdere bevindingen in zake de veiligheid en acceptatie van een buprenorfine behandeling om de dag. Bovendien geeft de voorkeur voor dosering om de dag klinische bruikbaarheid aan. Potentieel gebruik van buprenorfine in een dosering om de dag lijkt een positieve bekrachtiging voor de behandeling van opiaatverslaving.

3.3.4 *Prognostische factoren voor verhoogde effectiviteit buprenorfine onderhoudsbehandeling*

Poirier et al. (2004) probeerden met een onderzoeksprogramma uitgevoerd in een klinische setting specifieke klinische factoren te achterhalen die een goede respons op hoge dosering met buprenorfine voor onderhoudsbehandeling van heroïneverslaafden voorspellen. Personen die in de analyses opgenomen werden dienden minstens een maand lang in behandeling geweest te zijn en kregen bij instroom in het onderzoek een diagnostisch interview. Daar-

naast werden scores op de ASI, Zuckerman schaal, depressie schaal van Jouvent en de CGI (Clinical Global Impression) bepaald. Als laatste werd de MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) afgenomen. Van 73 heroïneverslaafde personen werden de verkregen gegevens geanalyseerd. Dagelijkse buprenorfine dosering van deze personen was gemiddeld 8,5 mg voor een duur van 1-3 maanden.

Goede respons op de buprenorfine onderhoudsbehandeling werd gedefinieerd als lang in het onderzoek blijven en absentie van opiaat in minstens 75% van de urine samples verzameld in de laatste maand van de behandeling.

Er werden zes klinische parameters gevonden. Vijf daarvan voorspelden een hogere kans op een goede respons van een behandeling met buprenorfine: 1) hoge score op de psychopathologie subschaal van de ASI, 2) lage scores op disinhbitie en ontvankelijkheid voor verslaving, 3) niet aanwezig zijn van alcoholverslaving, 4) het ontbreken van een familiegeschiedenis van verslaving of stemmingsstoornissen, 5) duur van de opiaatverslaving korter dan 10 jaar. Er was verder een psychologisch patroon dat een goede respons op behandeling geeft: lage score op de depressie subschaal van de MMPI. Deze laatste parameter geeft echter minder informatie over een bepaald subtype dat goed zal reageren dan de eerder genoemde vijf parameters. De gevonden klinische parameters zouden meegenomen moet worden in het maken van een beslissing bij het toewijzen van buprenorfine onderhoudsbehandeling in opiaatverslaving.

Helmus et al. (1999) voerden een onderzoek uit naar 'novelty seeking' als een voorspeller voor in behandeling blijven van heroïneverslaafden, die daarnaast cocaïne gebruiken. Gedacht wordt dat cocaïne gebruikers over het algemeen steeds op zoek zijn naar nieuwe dingen. Alvorens patiënten in dit onderzoek gestabiliseerd werden op buprenorfine en daarnaast CM als behandeling aangeboden kregen, werd de 'novelty seeking' subschaal van de driedimensionale persoonlijkheidsvragenlijst afgenomen. De onderzoeksgroep bestond uit 68 personen. Variabelen die een relatie leken te hebben met in behandeling blijven werden ingevoerd in een logistische regressie-analyse. Bovendien werd met behulp van een overlevingsanalyse alle variabelen die een significante relatie met de tijd tot drop-out hadden ingevoerd in een multivariate regressie analyse met tijdsafhankelijke covariaten.

Uit de resultaten bleek dat personen met een hogere score op 'novelty seeking' eerder uit de behandeling vielen dan personen met een lagere score op 'novelty seeking'. In de beginfase van het onderzoek bleken juist meer personen met een hoge score op 'novelty seeking' in behandeling te blijven. Mogelijk zien 'novelty seekers' buprenorfine onderhoudsbehandeling en CM als nieuwe behandelcomponenten en zorgt dit in eerste instantie voor succes van de behandeling, zo stellen de auteurs. Het steeds blijven invoeren van nieuwe behandelcomponenten zou op die manier onder deze specifieke patiëntgroep het percentage dat in behandeling blijft kunnen verhogen.

Schottenfeld et al. (1998) voerden een onderzoek uit naar prognostische factoren die een verschil tussen personen op een onderhoudsbehandeling buprenorfine of methadon kunnen aangeven. Honderdzestien patiënten namen deel aan het onderzoek (80 mannen en 36 vrouwen). Alle patiënten werden gerandomiseerd verdeeld over vier onderzoekscondities: 1) lage buprenorfine dosering (4 mg/dag), 2) hoge buprenorfine dosering (12 mg/dag), 3) lage methadon dosering (20 mg/dag) of 4) hoge methadon dosering (65 mg/dag). Het onderzoek omvatte twee onderzoeksvragen. Ten eerste werden de effecten van een onderhoudsbehandeling met buprenorfine en methadon onderling vergeleken ten aanzien van benzodiazepinen en alcohol bijgebruik. Er waren geen significante verschillen te ontdekken tussen de twee behandelingen.

Ten tweede werd geëvalueerd in hoeverre sekse en psychopathologie een significante voorspellende factor konden geven voor een goede respons op één van beide onderhoudsbehandelingen.

delingen. Abstinentiepercentages voor illegaal drugsgebruik naast de onderhoudsbehandeling waren significant hoger in vrouwen. Met name in de 4 mg/dag groep bleven vrouwen langer in behandeling, was het aantal positieve urine samples lager en waren percentages voor abstinentie van illegale opiaten hoger.

Een lange voorgeschiedenis met verslaving aan sedativa was de enige psychopathologische factor die voorspelde dat iemand langer in behandeling bleef, minder cocaïne-positieve urine samples en een verhoogde cocaïne-abstinentie liet zien. Dezelfde psychopathologische factor werd bij de onderhoudsbehandeling buprenorfine, maar niet de methadon, geassocieerd met verhoogde abstinentiepercentages voor illegale opiaten.

3.3.5 *Veiligheid van buprenorfine*

De veiligheid van een buprenorfine behandeling werd onderzocht in de eerder besproken studie van Fudala et al. (2003). Dit gebeurde middels een open studie met in totaal 461 participanten. Alle personen in dit onderzoek ondergingen de met naloxon gecombineerde buprenorfine behandeling voor een periode van 52 weken. Elke tablet bestond uit 24 mg buprenorfine en 6 mg naloxon. Tweehonderdachtzestig van de 461 participanten namen deel aan de effectstudie van vier weken en continueerden medicatie voor 48 weken. Dit was alleen mogelijk voor participanten van de effectstudie, mits zij in dit deel van het onderzoek de gecombineerde buprenorfine behandeling hadden ondergaan.

Wekelijks werden bijwerkingen geëvalueerd. Van alle deelnemers werd door 24 personen de behandeling voortijdig afgebroken als gevolg van bijwerkingen (14), medische condities niet gerelateerd aan de behandeling (8) en medische condities mogelijk gerelateerd aan de behandeling (2). In totaal werd 81 keer melding gemaakt van ernstige bijwerkingen. Meest voorkomend daarin waren verhoging van de leverenzymen ALAT (Alanine Amino Transferase), ASAT (Aspartaat Amino Transferase) of LDH (lactaat dehydrogenase) niveaus. Mogelijk worden deze bijwerkingen gerapporteerd als gevolg van hepatitis B of C virus. Verder werden minder ernstige bijwerkingen gerapporteerd waaronder hoofdpijn, pijn, ontwenningssyndroom, infectie, slaperigheid, rugpijn en constipatie. In het algemeen werd de gecombineerde buprenorfine behandeling als veilig ingeschat.

Fischer et al. (2000) onderzochten in hoeverre een onderhoudsbehandeling met buprenorfine van opiaatverslaafde zwangere vrouwen een effect heeft op de verslaving van de vrouw als de gezondheid van het pasgeboren kind. De vijftien vrouwen in het onderzoek waren allen verslaafd aan opiaten, nicotine en cannabis. Het opiaatgebruik naast de buprenorfine behandeling was verwaarloosbaar. Eenennegentig procent van de urine samples was negatief. Alle verdere laboratorium uitslagen betreffende de moeder, de foetus en de neonat vielen binnen het normale spectrum of waren niet van klinische betekenis. Standaard uitkomstmaten bij geboorte zoals zwangerschapsduur, Apgar scores, geboortegewicht, lengte en omtrek van het hoofd waren bij alle neonaten binnen de normale uitslagen range. Het neonatale abstinentie syndroom (NAS) was afwezig, mild (geen behandeling) of matig (met behandeling) in respectievelijk acht, vier en drie pasgeborenen. De duur van het syndroom was gemiddeld 1.1 dag. Geconcludeerd wordt dat een buprenorfine onderhoudsbehandeling door zowel moeder als foetus goed geaccepteerd wordt. Daarnaast gaat de behandeling gepaard met een lage incidentie van NAS. Wel wordt vermeld dat verder onderzoek naar veiligheid van buprenorfine als onderhoudsbehandeling in zwangere opiaatverslaafde vrouwen nodig is. Uiteindelijk moet duidelijk zijn dat voorkómen van gebruik van opiaten of onderhoudsbehandeling voor zowel toekomstige moeder als neonat de minst negatieve effecten voor de gezondheid teweegbrengt.

3.4 Overige studies

Kosten (2003) geeft in dit artikel een uiteenzetting over de keuze tussen methadon, LAAM of buprenorfine voor onderhoudsbehandeling bij heroïneverslaving. Het artikel gaat uit van evidence-based informatie. In alle vergelijkingen komen vergelijkbare effectiviteit en veiligheid, goede acceptatie door patiënten en zeer goede uitkomsten in zake follow-up naar voren voor alledrie de medicijnen. Met name tussen methadon en buprenorfine zijn belangrijke vergelijkende studies gedaan.

Studies naar de effectiviteit van buprenorfine maken over het algemeen gebruik van de vloeibare vorm, in tegenstelling tot de tabletvorm die commercieel verkrijgbaar is. De tabletvorm is verkrijgbaar in een variant waarin ook de opiaat antagonist naloxon verwerkt is, ter voorkoming van misbruik. De tabletvorm bereikt bloed plasma levels die 50-60% van de plasma levels na sublinguale vloeistof bedragen. Het plafondeffect van buprenorfine vermindert het gevaar op overdosering. Verder blokkeert buprenorfine de effecten van andere opiaten, wat kruistolerantie voorkomt zoals bij methadon wel het geval is. Tenslotte verhoogt het partiële agonisme van buprenorfine niet alleen de mate van dosering waarin het veilig gedoseerd kan worden, maar vermindert het ook de kans op misbruik in heroïne verslaving. Buprenorfine, al of niet in combinatie met naloxon, is een veilig en effectief alternatief voor methadon. Naast het langer in behandeling blijven en vermindering van illegaal opiaat gebruik, laat behandeling met methadon of buprenorfine betere uitkomsten zien op psychosociaal functioneren.

De doses gebruikt in vroege studies naar buprenorfine lijken echter niet altijd optimaal te zijn. Doses van 24 mg buprenorfine per dag lijken een groter effect te hebben dan doses van 8-16 mg per dag. Buprenorfine behandeling is daarnaast superieur aan placebo 'behandeling'. Door de vergelijkbare effectiviteit van buprenorfine en methadon kunnen de kosten van de behandeling een belangrijke factor zijn in de keuze voor een bepaalde behandeling.

In het artikel wordt verder een hypothese gegeven voor het koppelen van bepaalde patiëntgroepen (5) aan een specifieke behandeling. 1) Er wordt gesuggereerd dat voor zwaar verslaafde patiënten methadon doses van meer dan 100 mg per dag superieur zijn aan elke dosering buprenorfine. Recente studies naar de optimale dosering van buprenorfine lijken echter een dosering van meer dan 32 mg buprenorfine per dag niet uit te sluiten. Mogelijk kan dit concurreren met methadon doses hoger dan 100 mg per dag. 2) Vanwege de ervaring met methadon, zonder toxisch effect tijdens zwangerschap en bij adolescenten, lijkt het verstandig deze groepen te continueren op methadon. Overigens laat het onderzoek dat zich richt op effecten van buprenorfine tijdens de zwangerschap gunstige resultaten zien. 3) Vanwege het milde afkicksyndroom na een lage dosering buprenorfine in geval van overstappen wordt gesuggereerd dat het medicijn superieur aan methadon kan zijn wanneer overstappen naar een drugvrije ambulante behandeling van adolescenten of personen met een matige opiaatverslaving gewenst is. 4) Patiënten met een veeleisend leven of werksituaties die dagelijkse aanwezigheid op een kliniek vanuit praktisch oogpunt lastig maken, lijken kandidaten te zijn voor ambulante buprenorfine behandeling, mits een patiënt geschikt is voor dit type behandeling. 5) Patiënten met depressie lijken meer baat te hebben bij een buprenorfine dan een methadon behandeling, dankzij de anti-depressieve activiteit die het zou laten zien.

Een patiëntengroep die lastig te behandelen blijft, is de groep met poly drug gebruik. De combinatie van buprenorfine met sedativa (benzodiazepines) kan dodelijke effecten teweegbrengen. Bescherming tegen dit type overdosering wordt niet gevonden in het partiële agonisme van buprenorfine.

Aangezien effectiviteit en bijwerkingenprofiel van buprenorfine en methadon vergelijkbaar en excellent aan andere vormen van onderhoudsbehandeling lijkt, wordt de keuze van een specifieke behandeling voornamelijk bepaald door 1) mogelijkheid tot ambulante behandeling, 2) de relatieve kosten voor medicatie en 3) de voorkeur van de patiënt.

De Gezondheidsraad heeft in 2002 een commissie samengesteld die de stand van zaken rond medicamenteuze interventies bij drugverslaving in kaart gebracht heeft. Voor de stabilisatie van verslaving aan opiaten worden verschillende onderhoudsbehandelingen besproken. Methadon, LAAM, buprenorfine en intraveneuze toediening van heroïne/methadon worden genoemd. LAAM en intraveneuze toediening van heroïne worden in Nederland in principe niet voorgeschreven respectievelijk vanwege sterk verhoogde kans op ernstige hartaandoeningen en ondeskundigheid van de medische disciplines met deze toepassing. Wel wordt in het kader van wetenschappelijk onderzoek heroïne intraveneus toegediend. Eerste resultaten van dit onderzoek zijn positief. Kennis over methadon als onderhoudsbehandeling zal in een ander literatuuroverzicht besproken worden. Hier beperken we ons tot buprenorfine als onderhoudsbehandeling.

In Nederland is over het algemeen weinig ervaring met het gebruik van buprenorfine. Wel is er de laatste jaren veel onderzoek naar gedaan. Er wordt onderscheid gemaakt tussen drie belangrijke aspecten van het gebruik van buprenorfine: 1) effectiviteit (in vergelijking met methadon of clonidine), 2) de beste manier om patiënten in te stellen op de behandeling vanuit verschillende behandelingen en 3) de juiste dosering en frequentie van behandeling.

Toepassing van de sublinguale tabletvorm is vanuit praktisch oogpunt de meest effectieve vorm van dosering, hoewel de biologische beschikbaarheid 50-70% is van die van de sublinguale vloeistof. Buprenorfine ontloopt qua effectiviteit methadon niet veel, mits dosering op het individu is afgesteld. Uitval uit de behandeling lijkt iets groter te zijn dan bij methadon. Verder lijkt het bijgebruik van illegale opiaten en cocaïne nauwelijks te verschillen. Het innemen van buprenorfine twee of drie keer in de week lijkt geen negatieve invloed te hebben op de effectiviteit. Dit vormt een mogelijk voordeel, maar is dit niet per definitie in het kader van de psychosociale aanvullende behandelingen. Gelijk aan bijna iedere vorm van behandeling voor verslaving lijkt het ondersteunen van een onderhoudsbehandeling met psychosociale therapie de effectiviteit te versterken. (Gezondheidsraad nr.10, 2002: Hoofdstuk 7)

Het instellen van een individu op buprenorfine dient met zorg plaats te vinden. Gelet dient te worden op de tijd die is verstreken na de laatste dosis van een agonist en de doseringen van deze agonist en buprenorfine. Belangrijk is dat de eerste dosis buprenorfine (0.8-2 mg) tenminste vier uur na de laatste dosis heroïne gegeven wordt, of zodra onthoudingsverschijnselen optreden. Wanneer tenminste zes uur is verstreken kan een eerste dosis van 2-8 mg gegeven worden. In de daaropvolgende dagen kan de dosis geleidelijk verhoogd worden. Wanneer men overstapt van een onderhoudsbehandeling methadon op buprenorfine is het bovendien belangrijk dat de dagelijkse dosis methadon afgebouwd wordt naar 30 mg voor tenminste de duur van een week. De eerste dosis (2-4 mg) dient vervolgens niet eerder dan 24 uur later toegediend te worden. Bij hogere dagelijkse doseringen methadon is het raadzaam 48-96 uur te wachten met de eerste dosis. Op die manier wordt de mate van onthoudingsverschijnselen zo laag mogelijk gehouden. Het optreden van tijdelijke onthoudingsverschijnselen is echter in de meeste gevallen onvermijdelijk. Het is belangrijk dit duidelijk kenbaar te maken aan de patiënt, zodat het verwachtingspatroon van de patiënt hierop ingesteld wordt. Overschakelen van buprenorfine op methadon geeft over het algemeen geen problemen. Het eerst op buprenorfine instellen en vervolgens op methadon overschakelen wordt in dit kader vaker voorgesteld. (Gezondheidsraad nr.10, 2002: Bijlagen F,G en H)

Sublinguale dosering van buprenorfine richt zich op de gemiddelde dagelijkse dosis en de frequentie van toediening van deze dosis. Een dagelijkse dosis van 4 mg onderdrukt de onthoudingsverschijnselen, maar een hogere dosering lijkt dit effect te verlengen. Overigens geven hogere doseringen geen extra euforie doordat buprenorfine (partiële agonist) een plafondefect kent. Een dosering van 8-16 mg is ongeveer gelijk aan een dosering van 60 mg methadon. Verder lijkt een dosering > 12 mg per dag een vermindering van effectiviteit te laten zien.

Meervoudige dosering voor een respectievelijk aantal dagen lijkt het effect van buprenorfine niet te verminderen, veilig en acceptabel te zijn voor de patiënt. Wel neemt de mate van onthoudingsverschijnselen toe, naarmate de duur tussen twee doses toeneemt. Naar aanleiding van dit gegeven wordt geadviseerd de maximale duur tussen twee doses korter dan 5 dagen te houden. Bovendien kan het aanbeveling vinden de frequentie van dosering hoog te houden bij onstabiele patiënten of patiënten die behoefte hebben aan een dagelijks ritme. Op basis van de bevindingen in deze beschouwing is vast te stellen dat een individuele dagelijkse dosis buprenorfine van 8-16 mg de grootste en langste effectiviteit laat zien. De mate van frequentie beïnvloedt de effectiviteit niet zolang de duur tussen twee doses korter dan vijf dagen is, maar dient vooral afgestemd te worden op de individuele voorkeur van de patiënt. (Gezondheidsraad nr.10, 2002: Bijlagen F,G en H)

Cavacuti en Selby (2003) geven aan de hand van de besproken meta-analyse van West et al. (2000) antwoord op de vraag of buprenorfine net zo effectief is als methadon voor het omgaan met opiaat verslaving. Zij stellen dat buprenorfine een aantal theoretische voordelen heeft ten opzichte van methadon.

Buprenorfine heeft een langere halfwaardetijd dan methadon. Hierdoor kan in tegenstelling tot methadon dosering elke twee of drie dagen plaatsvinden in plaats van dagelijks. Aangezien toediening van de medicatie vaak onder toezicht plaatsvindt, houdt dit in dat de patiënt minder vaak naar de kliniek hoeft te komen. Dit geeft voor een aantal patiënten een sterke verbetering van de kwaliteit van leven. Daarnaast is buprenorfine een partiële opiaat agonist. Als gevolg hiervan is de kans op letale overdosering en verslaving aan de onderhoudsbehandeling veel kleiner dan bij een volle opiaat agonist op de μ -opioïd receptor.

In de meta-analyse is de enige uitkomstmaat die vergelijkbaar is screening op urine vergiftiging met illegale opiaten. De mensen die methadon gebruikten scoorden gemiddeld 4.6% beter op deze uitkomstmaat dan de mensen die buprenorfine gebruikten. Dit verschil is echter zo klein dat significantie uitgesloten is. In termen van cumulatieve significantie is zelfs geen verschil waarneembaar.

Verder werd opgemerkt dat variabiliteit in uitkomsten statistisch groter was dan op basis van kansberekening verwacht zou worden. Dit is vaak een indicatie dat individuele onderzoekskenmerken effectiviteit beïnvloeden. De enige karakteristiek van studies die in dit kader geanalyseerd kon worden was een geschiedenis van methadonbehandeling. Patiënten die een geschiedenis van methadonbehandeling kenden, lieten zien dat een behandeling met buprenorfine meer effect had dan methadon.

Uit de meta-analyse kunnen geen belangrijke variabelen herkend worden die mogelijk de effectiviteit van de behandeling beïnvloeden. Verder wordt het teleurstellend gevonden dat alleen het aantal positieve urine samples op illegale opiaten als uitkomstmaat geanalyseerd werd. Reden hiervoor was dat de auteurs afhankelijk waren van de beschikbare data. De evaluatie wordt afgesloten met de opmerking dat klinische toepassing van buprenorfine en methadon ongeveer gelijkwaardig is en een duidelijk advies betreffende de besluitvorming omtrent de keuze welke behandeling het beste kan worden overwogen is nog niet te geven. Ten eerste wordt geconcludeerd dat buprenorfine een veilig en effectief alternatief voor methadon is als onderhoudsbehandeling. Ten tweede zou buprenorfine een effectieve optie kunnen zijn voor patiënten met eerdere, maar niet huidige ervaring met methadon.

Boonstra geeft in het Handboek Verslaving (2003) een uiteenzetting over buprenorfine in de behandeling van opioïdafhankelijkheid. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen 1) de farmacologie, 2) de praktische aspecten en de toepassing en 3) de plaats van buprenorfine in de behandeling van opioïdafhankelijkheid.

De algemene werking van buprenorfine is in de inleiding van deze literatuurstudie behandeld.

Hieruit blijkt dat buprenorfine zeer geschikt is voor stabiele onderhoudsdosering door zijn langzame krachtige binding en zeer trage dissociatie van de receptor. Buprenorfine is zo krachtig dat het andere opiaten verdrijft van de receptor. Dit leidt tot ontwenningssverschijnselen die volgen wanneer buprenorfine toegediend wordt na recent gebruik van flinke hoeveelheden heroïne, methadon of een andere μ -agonist.

Duidelijk is dat sublinguale toediening van buprenorfine in een dosering van 16-32 mg per dag gelijk is aan een onderhoudsbehandeling met 60-100 mg per dag methadon. Uit een ander onderzoek bleek dat 8 mg buprenorfine per dag even effectief bleek als 60 mg methadon per dag.

Wat betreft de praktische aspecten en toediening wordt er onderscheid gemaakt tussen de instel- en de stabiele fase van de behandeling met buprenorfine. De instelfase blijkt het moeilijkste deel van de behandeling te zijn en levert de grootste uitval op. Overschakelen van heroïne op buprenorfine is makkelijker dan van methadon op buprenorfine. Voor alles is het belangrijk dat tijdens de instelfase geen ander opioïdgebruik plaatsvindt, ter voorkoming van ontwenningssverschijnselen. Daarnaast is nog meer dan bij andere middelen een goede voorlichting nodig.

Voor instellen vanaf heroïne dient men te wachten op de eerste ontwenningssverschijnselen en tenminste zes uur abtinent te zijn. Afhankelijk van de mate waarin een cliënt opioïdolerantie heeft opgebouwd wordt begonnen met een eerste dosis van 2-4 mg die op de eerste dag verhoogd kan worden tot maximaal 8 mg. Wanneer na de eerste ontwenningssverschijnselen afnemen, maar vervolgens weer stijgen kan de dosis verhoogd worden. Zorgvuldige inname van de tabletten (3-5 minuten onder de tong is noodzakelijk voor oplossing van de tabletten) is belangrijk.

Voor instellen vanaf methadon dient de dosis van methadon eerst afgebouwd te worden naar 30 mg per dag. Stabilisatie gedurende tenminste één week op deze dosis methadon is gewenst. Voor instellen vervolgens wachten gedurende tenminste 24 uur, maar het liefste 36 uur abtinentie en tevens dient er sprake te zijn van de eerste ontwenningssverschijnselen. Afhankelijk van de mate waarin een cliënt opioïdolerantie heeft opgebouwd wordt wederom begonnen met een eerste dosis buprenorfine van 2-4 mg die op de eerste dag verhoogd kan worden tot maximaal 8 mg. Wanneer ontwenningssverschijnselen toenemen 3-4 uur na de eerste dosis, is verdere verhoging buprenorfine niet gewenst. In plaats daarvan is bestrijding van deze vegetatieve verschijnselen gewenst door medicamenteuze ondersteuning met bijvoorbeeld clonidine. Wanneer afbouwen naar 30 mg methadon per dag onmogelijk is, leidt instellen op buprenorfine tot ernstigere ontwenning. Geadviseerd wordt de eerste dosis buprenorfine uit te stellen tot 48-96 uur na de laatste dosis methadon. Wanneer afbouwen naar een ondergrens van 60 mg methadon per dag niet lukt, wordt instellen op buprenorfine afgeraden.

Er worden een aantal opmerkingen gemaakt, naar aanleiding van een onderhoudsbehandeling met buprenorfine. Het verbetert de levensverwachting, gaat gebruik van en overdosering met heroïne tegen, vermindert het voorkomen van infectieziekten als AIDS en hepatitis C en reduceert criminaliteit. Ter voorkoming van terugval is psychosociale therapie noodzakelijk. Het vinden van de juiste onderhoudsdosering moet binnen twee weken mogelijk zijn. Na de eerste dosis kan buprenorfine worden verhoogd met 2-4 mg per keer, tot stabilisatie is bereikt. De effectieve onderhoudsdosis die cliënten in behandeling houdt en het bijgebruik van heroïne terugdringt ligt tussen 8 en 24 mg. De maximale dosis per dag is 32 mg. Respons op buprenorfine en optimale dosering is afhankelijk van absorptie en metabolisme van buprenorfine, het niveau van opioïdneuro-adaptatie en afhankelijkheid, de ernst van de bijwerkingen en het bijgebruik van andere drugs. Na stabilisatie is minder frequente dosering mogelijk. De sublinguale tabletvorm is het best toepasbaar.

Buprenorfine blijkt in combinatie met benzodiazepinen te kunnen leiden tot sterfgevallen.

Extra zorgvuldigheid is belangrijk bij patiënten die bekend zijn met misbruik van alcohol, benzodiazepinen of barbituraten.

Absolute contra-indicaties zijn: overgevoeligheid voor buprenorfine, ernstige respiratoire insufficiëntie, ernstige leverinsufficiëntie, acute psychiatrische problematiek als acute psychose en ernstige depressie, en zwangerschap en lactatie. Relatieve contra-indicatie zijn afhankelijkheid of misbruik van alcohol, benzodiazepinen en andere sedativa en andere medische problematiek. Extra zorgvuldigheid is geboden bij ouderen, prostaathypertrofie/ urethra-strictuur, diabetes mellitus of predispositie daarvoor (buprenorfine kan de glucosespiegel in het bloed verhogen) en ernstige nierziekten.

Belangrijke voordelen van buprenorfine ten op zichte van methadon zijn het gunstige veiligheidsprofiel, beperkte onthoudingsverschijnselen na staken toediening, lange werkingsduur in vergelijking met methadon, en het relatief lage potentieel voor misbruik. Als nadelen worden genoemd het verslavend potentieel dat niet onderschat moet worden, het instellen op buprenorfine dat minder eenvoudig is dan het instellen op methadon, overdosering is moeilijk te behandelen, en buprenorfine lijkt ongeschikt voor de groep zwaarverslaafden die niet zonder de roes van methadon en/of heroïne kan.

De uiteindelijke plaats van buprenorfine start bij een afhankelijke heroïnegebruiker die om behandeling vraagt. Hierop volgt een ontwenningfase met buprenorfine (4-8 dagen) waarin geëxploreerd kan worden op de mogelijkheden voor verdere behandeling, waarvoor drie opties worden genoemd: 1) om abstinentie te bereiken: terugvalpreventiebehandeling met naltrexon tijdens of vlak na de afbouwfase buprenorfine, 2) om stabilisatie te bereiken: onderhoudsbehandeling buprenorfine in eventueel verhoogde dosering of 3) om stabilisatie te bereiken terwijl craving aanhoudt bij maximale dosis buprenorfine: overstap naar hoge dosering methadon.

Callaway (1996) beschrijft in een beschouwing het positieve effect van buprenorfine bij depressieve mensen. De dosering die effectiviteit in dit kader laat zien ligt rond 0.3 mg per dag. Hij geeft aan dat dit effect van buprenorfine bijna niet onderzocht is, doordat buprenorfine voor andere medicamenteuze doeleinden veel meer in de belangstelling staat. De belangrijkste reden om deze beschouwing van Callaway hier wel te vermelden, is de mogelijke voorspellende factor dat opiaatverslaafde personen die daarnaast aan bepaalde vormen van depressie lijden, mogelijk meer effect ondervinden van een onderhoudsbehandeling van buprenorfine.

4. Beantwoording van de vraagstelling

4.1 Effectiviteit

4.1.1 *Wat is bekend over de effectiviteit van buprenorfine in het algemeen?*

Effectiviteit van buprenorfine ten opzichte van placebo werd vastgesteld (Mattick et al., 2005; Fudala et al., 2003; Kosten, 2003; Davids en Gastpar, 2003; Raisch et al. 2002). Patiënten vertoonden bij behandeling met buprenorfine een daling van opiaat-positieve urine samples en bleven langer in behandeling (Fiellin et al., 2002; O'Connor et al., 1998). Over de effectiviteit van buprenorfine ten opzichte van methadon wordt verschillend geoordeeld. Uit de meta-analyse van Barnett et al. (2001) blijkt dat hoge doseringen methadon beter effect geven, terwijl lage doseringen methadon minder effect laten zien dan buprenorfine. Schottenfeld et al. (2005) nemen in hun onderzoek een grotere effectiviteit van methadon waar, dan van buprenorfine in patiënten die naast opiaatverslaving ook aan cocaïne verslaafd zijn. Door een aantal onderzoeken wordt gelijkwaardige effectiviteit voor buprenorfine en methadon meerdere keren vastgesteld. (Farré et al., 2001; West et al., 2000; Gerra et al., 2004; Giacomuzzi et al., 2003; Schottenfeld et al., 1998; Kosten, 2003; Gezondheidsraad 2002, nr.10) Overigens wordt deze mate van effectiviteit in de eerste weken van de behandeling voor methadon groter bevonden dan voor buprenorfine (Gerra et al., 2004).

4.1.2 *In welke dosering is effectiviteit van buprenorfine het grootste?*

Dosering voor buprenorfine dient te allen tijde op het individu afgestemd te worden. De literatuur verdeelt echter buprenorfine voorschrijf in naar 'lage' (< 8 mg/dag), 'hoge' (8-16 mg/dag) of 'zeer hoge' (> 16 mg/dag) dosering. Grotendeels wordt meer effectiviteit van buprenorfine gezien bij een hoge dosering (Mattick et al., 2005; Davids en Gastpar, 2003; Fiellin et al., 2002; Ahmadi, 2003; Farré et al., 2001), maar een deel van de patiënten heeft voor het waarnemen van effectiviteit een zeer hoge dosering buprenorfine nodig (Lapeyre-Mestre et al., 2003), waar een nog kleinere groep ook al bij lage dosering (4 mg/dag) effectiviteit ondervindt (Davids en Gastpar, 2003; Ahmadi, 2002). Overigens kan bij deze laatste groep een selectie-effect aanwezig zijn (Ahmadi, 2002). Een aantal studies geeft aan dat een hogere dosering gepaard gaat met meer negatieve urine-samples op illegaal opiaatgebruik (Gerra et al., 2004), terwijl ook aangegeven wordt dat een dagelijkse dosis boven de 12 mg weer vermindering van effectiviteit laat zien (Gezondheidsraad 2002, nr. 10: bijlagen F,G en H). Overigens werd in het onderzoek van Pérez de los Cobos et al. (2000) een groter aantal positieve urine samples waargenomen bij de groep die drie keer per week dosering ontving, met name in de eerste fase van de behandeling.

Dosering van buprenorfine 8-12 mg/dag is minder effectief dan methadon 50-80 mg/dag (Barnett et al., 2001). Raisch et al. (2002) geven aan dat een buprenorfine dosering van tenminste 16 mg/dag nodig is om te kunnen concurreren met het effect van hoge dosering methadon. Kosten (2003) geeft aan dat de doseringen die in de meeste studies gebruikt zijn (8-16 mg/dag) mogelijk beneden de optimale doseringen van buprenorfine liggen. Een dosering van 24 mg lijkt een groter effect te hebben (Kosten, 2003). Een dosering van 16-32 mg buprenorfine per dag is gelijk aan een dosering van 60-100 mg methadon per dag. 32 mg buprenorfine per dag is de maximale dosering. (Boonstra, 2003) Naarmate patiënten langer in behandeling en stabiel zijn op hun onderhoudsbehandeling, lijkt de dagelijkse dosering van buprenorfine verlaagd te kunnen worden zonder verlies van effectiviteit (Giacomuzzi et al., 2003; Pérez de los Cobos et al., 2000).

Wat is de externe validiteit of generaliseerbaarheid van de bevindingen over buprenorfine? Het overzicht van de Gezondheidsraad (2002, nr.10) behandelt veel internationale studies. Echter de resultaten zijn door de auteur besproken vanuit nationaal perspectief. Over het algemeen zou daaruit geconcludeerd kunnen worden dat de resultaten dermate valide en generaliseerbaar zijn, dat ze kunnen fungeren als basis voor de Nederlandse richtlijnen aangaande buprenorfine onderhoudsbehandeling. De uiteenzetting van Boonstra (2003) is geschreven op basis van literatuur alsmede praktische kennis.

4.1.3 *Zijn er specifieke factoren die de effectiviteit van buprenorfine kunnen versterken/verminderen?*

De uitgevoerde meta-analyses hadden te weinig overeenkomstige data om een onderlinge vergelijking van studies te kunnen maken voor factoren met een versterkende of verminderende invloed op effectiviteit. Voor versterking van het effect van buprenorfine is het aanbieden van psychosociale en ondersteunende behandeling noodzakelijk, evenals een goede motivatie van de patiënt (Fiellin et al., 2004; Davids en Gastpar, 2003). Één Amerikaans onderzoek liet een grotere effectiviteit zien van buprenorfine in een eerste lijnskliniek dan in een speciale methadonkliniek (O'Connor et al., 1998). Het geven van een psychosociale behandeling in de vorm van contingency management lijkt het effect van buprenorfine sterker te vergroten dan performance feedback (Schottenfeld et al., 2005). Overigens geeft het combineren van een onderhoudsbehandeling met een vorm van psychosociale behandeling meestal een versterkt effect (Gezondheidsraad 2002, nr.10). Het combineren van onderhoudsbehandeling buprenorfine met desipramine, een tricyclisch antidepressivum, lijkt geen groter effect van buprenorfine te geven (Feingold et al., 2002).

Klinische parameters die de kans op goede respons op buprenorfine onderhoudsbehandeling vergroten zijn: 1) hoge score op de psychopathologie subschaal van de ASI, 2) lage scores op disinhibitie en ontvankelijkheid voor verslaving, 3) niet aanwezig zijn van alcoholverslaving, 4) het ontbreken van een familiegeschiedenis van verslaving of stemmingsstoornissen, 5) duur van de opiaatverslaving is korter dan 10 jaar. Verder geeft een lage score op de depressie subschaal van de MMPI een goede respons. Deze laatste parameter geeft echter minder informatie voor een specifiek subtype patiënt dat een goede respons zal laten zien. (Poirier et al., 2004)

Kosten (2003) koppelt vijf specifieke patiëntgroepen aan een betere respons op methadon of buprenorfine onderhoudsbehandeling: 1) zwaar opiaatverslaafden kunnen beter op methadon blijven, 2) zwangeren en adolescenten die al op methadon ingesteld zijn, kunnen dit het beste blijven, 3) adolescenten of patiënten met een matige opiaatverslaving kunnen vanaf buprenorfine makkelijker overstappen op een drugvrije ambulante behandeling, 4) patiënten met een veeleisend leven of werksituaties die dagelijkse aanwezigheid in de kliniek lastig maken, kunnen ingesteld worden op buprenorfine, mits geschikt voor zo'n behandeling, 5) patiënten met co-morbiditeit voor depressie lijken baat te hebben bij buprenorfine voor beide aandoeningen.

Patiënten die hoog scoren op de eigenschap 'novelty seeking' lijken in de eerste fase een goede respons te geven op buprenorfine, maar men dient zich af te vragen of dit specifiek aan de behandeling te koppelen is (Helmus et al., 1999). Vrouwelijk patiënten of patiënten met een levenslange sedatieve verslaving gaven betere respons op een onderhoudsbehandeling buprenorfine (Schottenfeld et al., 1998). Een factor die mogelijk een betere respons geeft op onderhoudsbehandeling met buprenorfine is het hebben van een geschiedenis met onderhoudsbehandeling methadon (Cavacuiti en Selby, 2003). Voor het vinden van effectiviteit is het zeer belangrijk dat er een goede instelling op de onderhoudsbehandeling plaatsvindt (Gezondheidsraad 2002, nr.10).

4.2 Toepasbaarheid

Wat is de toepasbaarheid van buprenorfine als opiaatvervangend medicament vanuit de geneeskundige optiek met betrekking tot veiligheid?

De uitgevoerde meta-analyses hadden ook op dit punt te weinig overeenkomstige data om de studies onderling te kunnen vergelijken. Toepasbaarheid met betrekking tot veiligheid is in deze studies niet geanalyseerd. Bijwerkingen die vaker gerapporteerd werden, waren hoofdpijn, algeheel ontwenningssyndroom, infectie, slaperigheid, rugpijn en/of constipatie. De frequentie waarmee deze bijwerkingen gerapporteerd werden, was laag. Het middel wordt over het algemeen als veilig ingeschat. (Fiellin et al., 2004; Kosten, 2003; Fudala et al., 2003; Giacomuzzi et al., 2003; Davids en Gastpar, 2003) Verder nam de mate van bijwerkingen af naarmate een patiënt langer in behandeling bleef (Giacomuzzi et al., 2003). Gesteld wordt dat buprenorfine een gunstiger bijwerkingenprofiel heeft dan methadon (Ahmadi, 2003). Bij een doseringsfrequentie van één keer in de vijf dagen neemt de mate van onthoudingsverschijnselen sterk toe (Petry et al., 2001). Er is een trend waar te nemen in een toename van het aantal bijwerkingen naarmate de periode tussen twee doseringen toeneemt (Petry et al. 2000; Amass et al., 1998). Bijwerkingen werden vaker gerapporteerd bij de buprenorfine tablet waar naloxon aan toegevoegd was (Amass et al., 2000). Door de verminderde intrinsieke activiteit van buprenorfine als gevolg van partieel agonisme, wordt de kans op overdosering en verslaving kleiner. Dit vergroot de veiligheid. (Kosten, 2003; Davids en Gastpar, 2003; Cavacuiti en Selby, 2003). Hoewel onderhoudsbehandeling met buprenorfine als veilig geacht wordt voor de zwangere vrouw en haar ongeboren kind, is extra onderzoek hierover wenselijk (Fischer et al., 2000).

Een belangrijke contra-indicatie die juist de veiligheid van buprenorfine aan de kaak stelt, bestaat uit het gecombineerd gebruiken van intraveneus buprenorfine met andere psychotrope stoffen, zoals benzodiazepinen. De combinatie zou leiden tot een hoger lethaal risico. (Boonstra, 2003; Kosten, 2003; Reynaud et al., 1998 in Farré et al., 2001)

Boonstra (2003) noemt een aantal absolute contra-indicaties: overgevoeligheid voor buprenorfine, ernstige respiratoire insufficiëntie, ernstige leverinsufficiëntie, acute psychiatrische problematiek als acute psychose en ernstige depressie en zwangerschap en lactatie. Relatieve contra-indicaties zijn afhankelijkheid of misbruik van alcohol, benzodiazepinen en andere sedativa en andere medische problematiek. Extra zorgvuldigheid is geboden bij ouderen, prostaathypertrofie/ urethrastrictuur, diabetes mellitus of predispositie daarvoor (buprenorfine kan de glucosespiegel in het bloed verhogen) en ernstige nierziekten.

Toepasbaarheid van de onderhoudsbehandeling kan over twee fases verdeeld worden: de inductie- en de stabiele fase. De inductiefase op buprenorfine levert het grootste percentage uitval op en vormt daarmee het moeilijkste deel van de behandeling. Bovendien is er een verschillend effect voor instellen op buprenorfine direct vanaf een heroïneverslaving of secundair vanaf een methadon onderhoudsbehandeling. Instellen vanaf heroïne is beter toepasbaar, dan instellen vanaf methadon.

Overigens gaat overstappen van een buprenorfine onderhoudsbehandeling op een methadononderhoudsbehandeling niet of weinig gepaard met moeilijkheden. (Boonstra, 2003)

4.2.1 *Wat is de toepasbaarheid van buprenorfine als opiaatvervangend medicament vanuit de geneeskundige optiek met betrekking tot co-morbiditeit?*

Effectiviteit van buprenorfine lijkt groter te zijn wanneer de verslaving gepaard gaat met depressie (Gerra et al., 2004; Kosten, 2003; Callaway, 1996).

4.2.2 *Wat is de toepasbaarheid van buprenorfine als opiaatvervangend medicament vanuit de geneeskundige optiek met betrekking tot gebruiksvriendelijkheid?*

Mogelijkheid van dosering om de dag maakt gebruik van buprenorfine goed toepasbaar (Farré et al., 2001; Mattick et al., 2005; Fiellin et al., 2002; Amass et al., 1998; Cavacuiti en Selby, 2003). Voor een aantal patiënten neemt toepasbaarheid toe door een lage frequentie van doseren, waarbij de maximale duur tussen twee doseringen op 4 dagen vastgesteld is (Petry et al., 2001). Bij gemiddeld gelijke dagelijkse dosering is het drop-out percentage groter bij patiënten die elke dag buprenorfine innemen, in vergelijking met patiënten die minder vaak buprenorfine innemen. (Amass et al., 2000).

Toediening van buprenorfine in sublinguale tabletvorm kent een goede toepasbaarheid (Boonstra, 2003; Gezondheidsraad nr.10, 2002).

4.3 Monitoring

4.3.1 *Hoe kan monitoring van buprenorfine voorschrift het beste plaatsvinden?*

Supervisie gedurende de inductiefase is van belang voor het bewerkstelligen van een groter effect, hoewel het uit veiligheidsoverwegingen niet als noodzakelijk ervaren wordt. (Fiellin et al., 2004) Psychosociale en ondersteunende therapie versterken het effect van buprenorfine, zoals al eerder vermeld in paragraaf 4.1.4. (Davids en Gastpar, 2003) De mogelijkheid van ambulante behandeling, waarbij medicatie voor langere tijd meegegeven wordt naar huis, maakt buprenorfine goed toepasbaar. De monitoring en benodigde begeleiding zal echter per individu verschillend zijn. (Raisch et al., 2002)

5. Discussie

Een aantal onderzoekers beveelt aan om toekomstig onderzoek niet langer te richten op effectiviteit van buprenorfine en methadon maar het focus van onderzoek in te stellen op de oorzaken van verschil in behandeltrouw tussen methadon en buprenorfine onderhoudsbehandeling en de bevordering van de therapietrouw. Daarnaast lijkt het zinvol om onderzoek te verrichten naar de effectiviteit van hoge doseringen buprenorfine (bijvoorbeeld hoger dan 32 mg) als onderhoudsbehandeling, zoals bijvoorbeeld Kosten (2003) ook voorstelt. De resultaten zouden dan ook kunnen worden afgezet tegen de effectiviteit van hoge doseringen methadon (groter dan 100 mg). Ten behoeve van het maken van beleidsrichtlijnen is verder onderzoek nodig, bijvoorbeeld (vergelijkend) onderzoek naar de relatieve kosten van diverse onderhoudsbehandelingen met methadon, buprenorfine en heroïne.

Tot slot enkele opmerkingen met betrekking tot drie veelgehoorde vragen vanuit de klinische praktijk

De eerste vraag richt zich op de medicatie: welke medicatie is het meest geschikt voor welke patiënt? De eerder beschreven absolute- en relatieve contra-indicaties (Gezondheidsraad 2002; Boonstra 2003) in acht genomen, kan buprenorfine worden geïndiceerd aan patiënten die bereid zijn tot inname onder toezicht tijdens de instelfase, patiënten die een ambulante behandeling ambiëren en aan kunnen gezien hun sociale- en maatschappelijke positie en aan patiënten met comorbide depressieve klachten. Door experts wordt aanbevolen om de wensen van de patiënt in acht te nemen en goede voorlichting te geven over de mogelijke medicatie. Van belang is dat buprenorfine onderhoudsbehandeling niet is geïndiceerd voor patiënten met een benzodiazepine verslaving, die benzo's (bij)gebruiken of voor patiënten die methadon gebruiken. De overstap van methadon onderhoudsbehandeling naar buprenorfine onderhoudsbehandeling wordt sterk afgeraden vanwege het optreden van onthoudingsverschijnselen tijdens de instelfase.

Een tweede vraag betreft juiste dosering voor instelling en stabilisatie op buprenorfine. Boonstra (2003) geeft hiertoe een duidelijke richtlijn, gebaseerd op zowel literatuur als praktijkervaring, die als volgt kan worden samengevat: na de ontwenningfase met buprenorfine (4-8 dagen) kan worden geëxploreerd op de mogelijkheden voor verdere behandeling. Daarvoor zijn drie opties: 1) terugvalpreventiebehandeling met naltrexon tijdens of vlak na de afbouwfase buprenorfine, 2) onderhoudsbehandeling buprenorfine in eventueel verhoogde dosering, of 3) indien craving aanhoudt bij maximale dosis buprenorfine: hoge dosering methadon voorschrijven.

De laatste veelgehoorde vraag: wat is de juiste manier en mate van monitoring? Aanbevelingen ten aanzien van de monitoring komen ook voornamelijk uit de handboeken. In hoeverre monitoring bijdraagt aan de therapietrouw wordt veelal in de studies niet onderzocht, maar als bijkomstig aspect besproken. Therapietrouw- en effectiviteit lijkt te worden bevorderd wanneer bij inname goede voorlichting wordt gegeven en toezicht wordt gehouden tijdens de inductiefase, en psycho-sociale begeleiding of behandeling wordt gegeven tijdens de onderhoudsbehandeling.

6. Conclusies

Belangrijke conclusie die kan worden getrokken uit deze literatuurstudie is dat effectiviteit van buprenorfine als onderhoudsbehandeling bij opioïdverslaving voldoende is aangetoond. Een grotere effectiviteit kan veelal worden toegeschreven aan hogere dosering buprenorfine. Ook kunnen goede voorlichting over de werking van het middel, ontwenningverschijnselen die mogelijk optreden en psycho-sociale behandeling ter bevordering van de therapietrouw wellicht bijdragen aan een grotere effectiviteit. In onderzoek waar is gekeken naar kwaliteit van leven (Kosten 2003) kon de behandeling worden beschouwd als equivalent aan de methadon onderhoudsbehandeling.

Er zijn enkele belangrijke voordelen van buprenorfine aan te wijzen. Ten eerste is buprenorfine veilig gebleken met een kleinere kans op overdosering dan methadon. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat dit voordeel vooral te danken lijkt aan het feit dat buprenorfine veelal onder toezicht wordt ingenomen. Ten tweede is buprenorfine geschikt gebleken voor ambulante behandeling van patiënten die niet dagelijks naar de kliniek willen of kunnen komen, waarbij in het kader van de therapietrouw de sociale- en maatschappelijke situatie en motivatie van patiënt in acht moet worden genomen. Ten derde heeft buprenorfine een zeer gunstig bijwerkingenprofiel - gunstiger dan methadon - met name door het minder frequent voorkomen van ademdepressie. Dit leidt mogelijk tot langer in behandeling blijven. Patiënten worden hierdoor in staat gesteld om te stabiliseren en hun sociale en maatschappelijke positie te verbeteren. Ten vierde heeft buprenorfine een gunstig effect op comorbide depressieve klachten. Ten vijfde is het goed mogelijk om van buprenorfine onderhoudsbehandeling over te stappen op een methadon onderhoudsbehandeling. Tot slot heeft buprenorfine een minder verslavend potentieel dan methadon, en is het mogelijk geschikt voor toepassing bij zwangerschap. Omdat methadon deze geschiktheid ook heeft, wat ook reeds vaak in onderzoek is aangetoond, lijkt verder onderzoek naar toepassing van buprenorfine in zwangerschap van belang.

Aan buprenorfine als onderhoudsbehandeling lijkt een mindere aantrekkelijke kant te kleven. Met het voorschrijven van buprenorfine zouden hoge kosten gemoeid zijn. Naast de farmaceutische kosten is een (kostbare) intensieve inzet van artsen en verpleegkundigen nodig tijdens de instelfase, en ook psycho-sociale begeleiding- of behandeling tijdens de gehele behandelingsfase. Hier tegenover staat de veronderstelling van wetenschappelijke experts (Fiellin et al., 2004) dat de buprenorfine onderhoudsbehandeling op de lange termijn en vanuit maatschappelijk perspectief relatief kostenbesparend zou kunnen zijn. Ander nadeel van de toepassing van buprenorfine als onderhoudsbehandeling is dat overdosering van buprenorfine moeilijk te behandelen lijkt (Boonstra, 2003). Voor zover bekend uit het beschreven onderzoek lijkt overdosering van buprenorfine minder vaak voor te komen in vergelijking met methadon. Ten behoeve van de klinische praktijk verdient behandeling van overdosering buprenorfine meer aandacht in toekomstig wetenschappelijk onderzoek.

In het algemeen kan worden geconcludeerd dat buprenorfine een toegevoegde waarde kan hebben voor de behandeling van opiaatverslaving en een goede mogelijkheid kan bieden als opiaatvervangend medicament.

Literatuur

- Ahmadi J. (2002) Buprenorphine maintenance treatment of heroin dependence: the first experience from Iran. *J. Subst. Abuse Treat.* 22, 157-159.
- Ahmadi J. (2003) Methadone versus buprenorphine maintenance for the treatment of heroin-dependent outpatients. *J. Subst. Abuse Treat.* 24, 217-220.
- Amass L., Bickel W.K., Crean J.P., Blake J., and Higgins S.T. (1998) Alternate-day buprenorphine dosing is preferred to daily dosing by opioid-dependent humans. *Psychopharmacology (Berl)* 136, 217-225.
- Amass L., Kamien J.B., and Mikulich S.K. (2000) Efficacy of daily and alternate-day dosing regimens with the combination buprenorphine-naloxone tablet. *Drug Alcohol Depend.* 58, 143-152.
- Barnett P.G., Rodgers J.H., and Bloch D.A. (2001) A meta-analysis comparing buprenorphine to methadone for treatment of opiate dependence. *Addiction* 96, 683-690.
- Boonstra M.H. (2003) Buprenorfine in de behandeling van opiaatafhankelijkheid. *Handboek Verslaving, B 4337-1 – 4337-20*, april 2003.
- Callaway E. (1996) Buprenorphine for depression: the un-adoptable orphan. *Biol. Psychiatry* 39, 989-990.
- Cavacuti C. and Selby P. (2003) Managing opioid dependence. Comparing buprenorphine with methadone. *Can. Fam. Physician* 49, 876-877.
- Dauids E. and Gastpar M. (2004) Buprenorphine in the treatment of opioid dependence. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 14, 209-216.
- Farre M., Mas A., Torrens M., Moreno V., and Cami J. (2002) Retention rate and illicit opioid use during methadone maintenance interventions: a meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 65, 283-290.
- Fiellin D.A., Pantalon M.V., Pakes J.P., O'Connor P.G., Chawarski M., and Schottenfeld R.S. (2002) Treatment of heroin dependence with buprenorphine in primary care. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 28, 231-241.
- Fischer G., Johnson R.E., Eder H., Jagsch R., Peterzell A., Weninger M., Langer M., and Aschauer H.N. (2000) Treatment of opioid-dependent pregnant women with buprenorphine. *Addiction* 95, 239-244.
- Fudala P.J., Bridge T.P., Herbert S., Williford W.O., Chiang C.N., Jones K., Collins J., Raisch D., Casadonte P., Goldsmith R.J., Ling W., Malkerker U., McNicholas L., Renner J., Stine S., and Tusel D. (2003) Office-based treatment of opiate addiction with a sublingual-tablet formulation of buprenorphine and naloxone. *N. Engl. J. Med.* 349, 949-958.
- Galanter M., Dermatis H., Resnick R., Maslansky R., and Neumann E. (2003) Short-term buprenorphine maintenance: treatment outcome. J. Addict. Dis.* 22, 39-49.
- Gerra G., Borella F., Zaimovic A., Moi G., Bussandri M., Bubici C., and Bertacca S. (2004) Buprenorphine versus methadone for opioid dependence: predictor variables for treatment outcome. *Drug Alcohol Depend.* 75, 37-45.
- Gezondheidsraad (2002). *Medicamenteuze interventies bij drugverslaving*. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatienummer 2002/10, ISBN 90-5549-439-9.

Giacomuzzi S.M., Riemer Y., Ertl M., Kemmler G., Rossler H., Hinterhuber H., and Kurz M. (2003) Buprenorphine versus methadone maintenance treatment in an ambulant setting: a health-related quality of life assessment. *Addiction* 98, 693-702.

Helmus T.C., Downey K.K., Arfken C.L., Henderson M.J., and Schuster C.R. (2001) Novelty seeking as a predictor of treatment retention for heroin dependent cocaine users. *Drug Alcohol Depend.* 61, 287-295.

Kosten T. (2003) Evidence for the choice between methadone, LAAM and buprenorphine in *Maintenance Treatment of Heroin Addiction – Evidence at the crossroads*. Waal H en Haga E. Cappelen Akademisk Forlag.

Lapeyre-Mestre M., Llau M.E., Gony M., Navel A.M., Bez J., Grau M., and Montastruc J.L. (2003) Opiate maintenance with buprenorphine in ambulatory care: a 24-week follow-up study of new users. *Drug Alcohol Depend.* 72, 297-303.

Mattick R.P., Kimber J., Breen C. en Davoli M. (2005). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence (Review). *The Cochrane Library*, 2005, Issue 1.

Mello N.K., Mendelson J.H., Lukas S.E., Gastfriend D.R., Teoh S.K., and Holman B.L. (1993) Buprenorphine treatment of opiate and cocaine abuse: clinical and preclinical studies. *Harv. Rev. Psychiatry* 1, 168-183.

O'Connor P.G., Oliveto A.H., Shi J.M., Triffleman E.G., Carroll K.M., Kosten T.R., Rounsaville B.J., Pakes J.A., and Schottenfeld R.S. (1998) A randomized trial of buprenorphine maintenance for heroin dependence in a primary care clinic for substance users versus a methadone clinic. *Am. J. Med.* 105, 100-105.

Perez de los Cobos J., Martin S., Etcheberrigaray A., Trujols J., Batlle F., Tejero A., Queralto J.M., and Casas M. (2000) A controlled trial of daily versus thrice-weekly buprenorphine administration for the treatment of opioid dependence. *Drug Alcohol Depend.* 59, 223-233.

Petry N.M., Bickel W.K., and Badger G.J. (2000) A comparison of four buprenorphine dosing regimens using open-dosing procedures: is twice-weekly dosing possible? *Addiction* 95, 1069-1077.

Petry N.M., Bickel W.K., and Badger G.J. (2001) Examining the limits of the buprenorphine interdosing interval: daily, every-third-day and every-fifth-day dosing regimens. *Addiction* 96, 823-834.

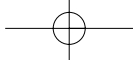
Poirier M.F., Laqueille X., Jalfre V., Willard D., Bourdel M.C., Fermanian J., and Olie J.P. (2004) Clinical profile of responders to buprenorphine as a substitution treatment in heroin addicts: results of a multicenter study of 73 patients. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 28, 267-272.

Raisch D.W., Fye C.L., Boardman K.D., and Sather M.R. (2002) Opioid dependence treatment, including buprenorphine/naloxone. *Ann. Pharmacother.* 36, 312-321.

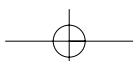
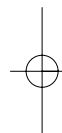
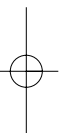
Rohrmeister K., Bernert G., Langer M., Fischer G., Weninger M., and Pollak A. (2001) [Opiate addiction in gravidity - consequences for the newborn. Results of an interdisciplinary treatment concept]. *Z. Geburtshilfe Neonatol.* 205, 224-230.

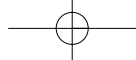
Schottenfeld R.S., Pakes J.R., and Kosten T.R. (1998) Prognostic factors in Buprenorphine- versus methadone-maintained patients. *J. Nerv. Ment. Dis.* 186, 35-43.

Schottenfeld RS, Chawarski MC, Pakes JR, Pantalon MV, Carroll KM and Kosten TR (2005) Methadone versus buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence. *Am.J. Psychiatry.* 162:340-349

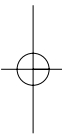
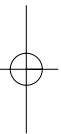


West S.L., O'Neal K.K., and Graham C.W. (2000) A meta-analysis comparing the effectiveness of buprenorphine and methadone. *J. Subst. Abuse* 12, 405-414.

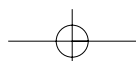




**Een systematisch overzicht van de co-morbiditeit tussen psychiatrische
as I stoornissen en een onderhoudsdosering methadon bij patiënten
binnen een ambulante setting**



M. van Gogh



Inhoudsopgave

1. Inleiding
2. Methoden
 - 2.1. Kenmerken van de studies in het overzicht
 - 2.2. Zoekstrategie voor de identificatie van de studies
 - 2.3. Methoden van het overzicht
3. Resultaten
 - 3.1. Effectiviteit van het diagnosticeren van psychiatrische as I stoornissen bij methadon afhankelijke patiënten
 - 3.2. Diagnosticeren van as I stoornissen en methadonbehandeling
 - 3.3. Polydruggebruik
 - 3.4. Kwaliteit van leven
4. Discussie
5. Literatuur

1. Introductie

De prevalentie van psychiatrische stoornissen is erg hoog onder mensen die afhankelijk zijn van opiaten. Veelvoorkomende condities zijn ernstige depressies, dysthyme stoornis, antisociale persoonlijkheidsstoornis en andere persoonlijkheidsstoornissen, angststoornissen en ADHD. Het identificeren en zorgen voor behandeling voor patiënten met psychiatrische stoornissen kan helpen bij het verbeteren van de uitkomsten van onderhoudsdoseringen met methadon, inclusief retentie (Health Canada, 2002).

In dit overzicht wordt de huidige stand van zaken weergegeven met betrekking tot de co-morbiditeit tussen psychiatrische as I stoornissen bij methadon afhankelijke patiënten die een onderhoudsdosering methadon op een ambulante setting ontvangen. Hierbij wordt vooral de nadruk gelegd op stemmingsstoornissen, angststoornissen en schizofrenie en andere psychotische stoornissen.

De onderzochte studies laten toe uitspraken te doen over de volgende thema's:

1. Onderhoudsdosering methadon bij patiënten binnen een ambulante setting versus psychiatrische as I stoornissen.
2. Onderhoudsdosering methadon bij patiënten binnen een ambulante setting versus psychiatrische as II stoornissen.
3. Diagnosticering in de huidige praktijk versus de aanbevolen diagnosticering.
4. As I stoornissen versus een methadonbehandeling.
5. Invloed polydruggebruik versus invloed psychopathologie.
6. Opiaat afhankelijkheid versus kwaliteit van leven.

2. Methoden

2.1 Kenmerken van de studies in het overzicht

2.1.1. *Type studies*

Er zijn in dit systematisch overzicht alleen wetenschappelijke artikelen gebruikt die vanaf 1990 gepubliceerd zijn. De gevonden studies zijn te onderscheiden in één randomized controlled trial, zes cohortstudies, zeven studies met een cross sectioneel design en vier patiëntcontrole onderzoeken.

2.1.2. *Type deelnemers*

Bij de gebruikte literatuur waren de deelnemers allen tussen de 18-65 jaar en hadden de DSM-IV-TR diagnose 'afhankelijkheid van opioïde'. Deze diagnose kenmerkt zich door een patroon van onaangepast gebruik van opiaten dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende punten die zich op een willekeurig moment in dezelfde periode van twaalf maanden voordoen:

1. tolerantie;
2. onthouding;
3. het middel wordt vaak in grote hoeveelheden of gedurende een langere tijd gebruikt dan het plan was;
4. er bestaat de aanhoudende wens of er zijn weinig succesvolle pogingen om het gebruik van het middel te verminderen of in de hand te houden;
5. een groot deel van de tijd gaat op aan activiteiten, nodig om aan het middel te komen, het gebruik van het middel, of aan het herstel van de effecten ervan;

belangrijk sociale en beroepsmatige bezigheden of vrijetijdsbesteding worden opgegeven of verminderd vanwege het gebruik van het middel; het gebruik van het middel wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een hardnekkig of terugkerend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk wordt veroorzaakt of verergerd wordt door het middel.

2.2. Zoekstrategie voor identificatie van de studies

Met behulp van een computer is er van april tot en met oktober 2004 gezocht in de volgende zoekmachines: PubMed, Cochrane, Embase en PsycINFO.

In de literatuur database PubMed is er gezocht met de volgende sleutelbegrippen; 'methadone, methadone maintenance, psychiatric, comorbidity, psychopathology, mental disorders, opioid-related disorders' met als limits 'all adults: 19+ years, from 1990, englis ch, human'. Op grond van de titel en in tweede instantie het abstract zijn er artikelen gekozen. Vervolgens werd met dezelfde limits gezocht met de MeSH termen 'methadone, mental disorders, opioid related disorders'. In Cochrane, Embase en PsychINFO is gezocht vanaf 1990 met dezelfde sleutelbegrippen, de treffers waren grotendeels artikelen die al op PubMed waren gevonden. Verder is er gebruik gemaakt van informatiebronnen binnen Novadic-Kentron. Alle artikelen zijn gescreend op relevantie aan de hand van evidence-based RichtlijnOntwikkeling (2002). Deze bevindingen worden vermeld in paragraaf 2.3.2. Er zijn geen exclusie criteria gehanteerd.

2.3 Methoden van het overzicht

2.3.1. *Beoordeling van de methodologische kwaliteit van de literatuur*

De schrijver van dit stuk beoordeelde de methodologische kwaliteit van de literatuurstukken in dit overzicht afzonderlijk aan de hand van evidence-based RichtlijnOntwikkeling (2002). In de kolom ' aard van de studie' staat aangegeven of het een review, RCT, cohort of een cross sectionele studie betreft. In tabel 1 tot en met 4 wordt per onderzoeksdesign de validiteit en betrouwbaarheid weergegeven. Per item kan en positief (+), gemiddeld (+/-), negatief (-) gescoord worden. Als het item onduidelijk stond weergegeven is dit aangegeven met '?'. (Voor een overzicht wordt verwezen naar de bijlage aan het einde van de beide co-morbiditeitsstudies).

Tabel 1.

Methodologische kwaliteit behandeling (toegepast) op RCT bij de co-morbiditeit tussen psychiatrische as I stoornissen bij methadon afhankelijke patiënten die een onderhoudsdosering methadon op een ambulante setting ontvangen.

Eerste auteur, jaar	Criteria validiteit/ betrouwbaarheid											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Westley Clark	2001	+	+	+	?	?	+	?	+	+/-	+	+

Noot: RCT: 1 = Randomisatie, 2 = blinding van randomisatie, 3 = blinding patiënten, 4 = blinding behandelaars, 5 = blinding effect-beoordelaars, 6 = vergelijkbaarheid groepen, 7 = drop-out, 8 = intention to treat analyse, 9 = vergelijkbaarheid behandeling, 10 = oordeel, 11 = resultaten/ toepasbaarheid en conclusie (Evidence-Based RichtlijnOntwikkeling, 2002).

Tabel 2.

Methodologische kwaliteit behandeling (toegepast) op cohort studies bij de co-morbiditeit tussen psychiatrische as I stoornissen bij methadon afhankelijke patiënten die een onderhoudsdosering methadon op een ambulante setting ontvangen.

Eerste auteur, jaar	Criteria validiteit/ betrouwbaarheid										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Broome	1999	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-
Cacciola	2001	+	+/-	+	+	+	+	+	+	+	+
Milby	1996	+	-	+/-	+	+	+	+/-	+/-	+	+/-
Musselman	1995	+	-	+/-	+	?	+	+	-	+	+
Pani	1997	+	-	-	+	+	+	+/-	-	-	+/-
Rutherford	1997	+	-	+	+/-	?	-	+	+	+/-	+

Noot: Cohortonderzoek (formulier 3): 1 = duidelijke onderzoeksgroepen, 2 = selectiebias, 3 = duidelijke blootstelling, 4 = duidelijke uitkomst, 5 = uitkomst blind, 6 = follow-up, 7 = drop-out, 8 = confounders, 9 = tussenoordeel, 10 = resultaten, 11 = conclusie (Evidence-Based RichtlijnOntwikkeling, 2002).

Tabel 3.

Methodologische kwaliteit behandeling (toegepast) op cross sectionele studies bij de co-morbiditeit tussen psychiatrische as I stoornissen bij methadon afhankelijke patiënten die een onderhoudsdosering methadon op een ambulante setting ontvangen.

Eerste auteur, jaar	Criteria validiteit/ betrouwbaarheid											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Abbott	1997	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+
Callaly	2001	+	?	+	+	+	-	-	+	+	+	+
Darke	1994	+	?	+	-	+	+	-	-	-	+/-	-
Kidorf	2004	+	?	+	+	+	-	-	+	+	+	+/-
Mason	1998	+	?	+	+	+	-	-	+	+	+	+
Strain,	1991	+	?	+	+	-	-	-	+	+/-	+	+/-
Villagomez	1995	+	+	+	+	+	+	+/-	-	+	+	+/-

Noot: Cross sectionele studies: 1 = referentietest, 2 = blinde beoordeling, 3 = onafhankelijke beoordeling indextest, 4 = work-up of verification bias, 5 = behandelingsparadox, 6 = selectiebias, 7 = spectrumbias, 8 = beschrijving test, 9 = oordeel, 10 = resultaten, 11 = toepasbaarheid en conclusie (Evidence-Based RichtlijnOntwikkeling, 2002).

Tabel 4.

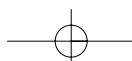
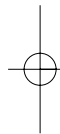
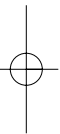
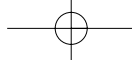
Methodologische kwaliteit behandeling (toegepast) op patiëntcontrole onderzoek bij de co-morbiditeit tussen psychiatrische as I stoornissen bij methadon afhankelijke patiënten die een onderhoudsdosering methadon op een ambulante setting ontvangen.

Eerste auteur, jaar	Criteria validiteit/ betrouwbaarheid											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Brooner	1997	+	+	-	+	?	-	+	+	+	+	+
Joe	1995	+	+	-	+	?	+	+	+	+	+	-
Limbeek	1992	+	+	+	+	?	+	+/-	+/-	+/-	-	+/-
Maremmani	2000	+	+	-	+	?	-	+/-	+/-	+/-	-	+/-

Noot: Patiëntcontrole onderzoek: 1 = beschrijving patiëntengroep, 2 = beschrijving controlegroep, 3 = selectiebias, 4 = blootstelling, 5 = geblindeerde meting, 6 = confounders, 7 = oordeel, 8 = resultaten, 9 = conclusie, 10 = toepasbaarheid NL gezondheidszorg, 11 = toepasbaarheid (Evidence-Based RichtlijnOntwikkeling, 2002).

2.3.2. Data analyse

In onderstaande tabel 5 wordt per artikel de grootte van de populatie, de gemiddelde leeftijd, soort test vermeld. Door de heterogeniteit van de studies is er geen statistische analyse gedaan met pooling van gegevens. Verder wordt er een korte weergave gegeven van de psychiatrische as I stoornissen zonder afhankelijkheid en psychiatrische stoornissen met afhankelijkheid (100% is opiaat afhankelijk) en de psychiatrische as II stoornissen.



Tabel 5. Studie kenmerken van de gebruikte studies.

Populaties				Interventies
Studie	Jaar	Gemiddelde leeftijd	N	Soort test
Abbott e.a.	1994	35	144	Addiction Severity Index (ASI), Structural Clinical Interview for DSM-III-R, Patient Edition (SCID-P), Structural Clinical Interview for DSM-III-R Personality disorders, Beck Depression Inventory (BDI).
Broome e.a.	1999	37	1011	Diagnostic interview Schedule (DIS), Composite International Diagnostic Interview (CIDI), Symptom Checklist 90 (SCL-90)
Broner e.a.	1997	34,8	716	Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders, revised Third edition, NEO-Personality Inventory (NEO-PI) en de Addiction Severity Index (ASI).
Cacciola e.a.	2001	40,5	278	Addiction Severity Index, Structured Clinical Interview, Structured Interview for DSM-III-R Personality Disorder.
Callaly e.a.	2001	27,4	62	Composite International Diagnostic Interview (CIDI)

Resultaten

Psychiatrische as I stoornissen
Geen misbruik of afhankelijkheid van middelen.

Psychiatrische as I stoornissen; 100% is opiaat afhankelijk.

Psychiatrische as II stoornissen

77,1% As I stoornis; 34% heden.
45,8% As II stoornis; 45,8% heden.
84,7% As I & As II stoornis; 61,8% heden.
41,7% Affectieve stoornis; 23,6% heden.
0,7% Psychotische stoornis NOS; 0% heden
29% Angststoornissen; 16,7% heden.

57,6% is alcohol afhankelijk,
6,9% heden.

31,3% Antisociale persoonlijkheidsstoornis
6,9% Borderline
25,7% Andere persoonlijkheidsstoornissen.

11% As I angststoornis of depressie.

24% heeft eens in hun leven een As I diagnose gekregen,
8 % Huidige As I diagnose
19% Stemmingsstoornis,
8,2% Angststoornis,
0,1% Schizofreen.

64,7% Cocaïne afhankelijk,
50,8% Cannabis afhankelijk,
50,3% Alcohol afhankelijk en 44,6% Afhankelijk van sedatieve middelen.

34,8 % As II stoornis. 25,1 % Antisociale persoonlijkheidsstoornis

25 Cliënten met as I stoornis;
52% Recidiverende depressie,
36% PTSD,
12% Dysthyme stoornis en
12% Specifieke fobie.
89 Cliënten met As I & As II stoornis.

Van de groep met alleen as I stoornissen: 95 Cliënten met as II stoornis
36 % afhankelijkheid of misbruik van cocaïne en 12 % afhankelijkheid of misbruik van sedatieve middelen.

67,7% Angststoornissen
53,2% Affectieve stoornissen
1 Patiënt schizofreen
2 Patiënten acute en transparante psychotische stoornis

Populaties				Interventies
Studie	Jaar	Gemiddelde leeftijd	N	Soort test
Darke e.a.	1994	30,8	222	Beck Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), The General Health Questionnaire, Diagnostic Interview Schedule en Opiate treatment Index (OTI).
Kidorf e.a.	2004	38,3	422	Mini-Mental State Examination (MMSE) en een gestructureerd klinisch interview volgens de DSM-IV (SCID).
Limbeek e.a.	1992	27,8 26	203	National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule version III-a, Zung Depression Inventory 90-item Symptom Checklist (SCL-90).
Maremmani e.a.	2000	30	90	Rating Scale for Drug Addiction (RSDA), 1 uur contact met psychiater (DSM-III-R/IV) met second opinion.
Mason e.a.	1998	28,3	75	Addiction Severity Index, Global Assessment Scale and Mini-Mental Status Exam, computerized Diagnostic Interview Schedule.
Milby e.a.	1996	42	102	DSM-III-R gestandaardiseerd interview voor affectieve- en angststoornissen., Beck depression inventory, Spielberger State-Trait Anxiety Scale.

Resultaten

Psychiatrische as I stoornissen	Psychiatrische as I stoornissen; 100% is opiaat afhankelijk.	Psychiatrische as II stoornissen
Geen misbruik of afhankelijkheid van middelen.		
31% scoorde op de BDI gemiddeld tot hoog, 10,4% hoog-extreem. 51,4% scoorde 1 standaarddeviatie hoger dan het cohort.		60,8% heeft eens in hun leven de diagnose antisociale persoonlijkheidsstoornis gekregen., 30,1% heden diagnose.
35% heeft een as I stoornis, waarvan; 27% een stemmingsstoornis, 20,6 een ernstige depressie en 14,9% heeft een angststoornis. <1% schizofreen.	51,4% Cannabis afhankelijkheid, 78,3% Cocaïne afhankelijkheid, 68,4% Alcohol afhankelijkheid, 22,5% Sedatieve middelen afhankelijkheid.	36,5% Antisociale persoonlijkheidsstoornis.
21% ernstige depressieve episode , 29,0% Fobische stoornissen, 4,5% schizofreen, 12,3% Obsessieve-compulsieve stoornis	63,2% Alcohol misbruik of afhankelijkheid.	54,9% antisociale persoonlijkheidsstoornis.
18,9% Bipolair I stoornis, 5,6% Dysthemie, 4,4% psychotische stoornis, 2,2% Paniekstoornis, 1,1% Obsessieve-compulsieve stoornis		
45,3% Fobie, 32,0% Generaliseerde angststoornis, 32,0% Depressieve stoornis, 20,0% Obsessieve-compulsieve stoornis, 18,7% Somatoforme stoornissen, 10,7% Schizofrenie, 9,3% Paniekstoornis, 9,3% Manisch, 19,4% Recidiverende depressie, 13,3% Boulimie.	9,3% Afhangelijkheid van alcohol. 17,3% Alcohol misbruik.	36,5% Antisociale persoonlijkheidsstoornis.
58% een of meerdere affectieve stoornissen; 31,4% recidiverende depressie. 55,0% een of meerdere Angststoornissen; 20,6% generaliseerde angststoornis, 31,4% PTSD. 11,3% Psychotische stoornis, 1,7% organische mentale syndromen en stoornissen.		

Populaties				Interventies
Studie	Jaar	Gemiddelde leeftijd	N	Soort test
Musselman e.a.	1995	?	71	MCMI-II
Pani e.a.	2001	28,2	267	Beoordeling van psychiater a.d.h.v. DSM-III-R in de eerste maande van de (methadon)behandeling.
Rutherdord e.a.	1997	38	198	Addiction Severity Index, Structural Clinical Interview for DSM-III-R, Patient Edition (SCID-P), Structural Clinical Interview for DSM-III-R Personality disorders (SIDP-R).
Strain e.a.	1991	36	66	Alcohol Research Center Intake Interview (ARC)
Villagomez e.a.	1995	37,1	766	Quick Diagnostic Interview Schedule (DIS) en de Addiction Severity Index
Westley Clark e.a.	2001	43,7	150	Computerized Diagnostic Interview Schedule (C-Dis), Beck Depression Inventory (BDI), Addiction Severity Index.

Resultaten

Psychiatrische as I stoornissen Geen misbruik of afhankelijkheid van middelen.	Psychiatrische as I stoornissen; 100% is opiaat afhankelijk.	Psychiatrische as II stoornissen
52% As I en as II stoornis. 10 % As I stoornis; meest voorkomend waren angststoornissen en dysthemie.		21% As II stoornis.
10,1% As I stoornis (27 pers); tijdens de 23 maanden 17 patiënten extra met psychiatrische stoornis.		9% As II stoornis.
34 Patiënten huidige recidiverende depressie. 22 Patiënten huidige recidiverende depressie en antisociale persoonlijkheidsstoornis.		40 Patiënten antisociale persoonlijkheidsstoornis.
20% Recidiverende depressie, 3% Dysthyme stoornis, 2% Paniekstoornis.	30% Cocaïne afhankelijkheid, 33% Sedatieve, hypnotisch ,anxiolische middelen afhankelijkheid, 23% Alcohol afhankelijkheid, 38% Cannabis afhankelijkheid.	30% antisociale persoonlijkheidsstoornis.
14,2% Eens in zijn leven een Posttraumatische stressstoornis (PTSD) gehad.		
29% Posttraumatische stressstoornis (PTSD).		

3. Resultaten

3.1. Effectiviteit van het diagnosticeren van psychiatrische as I stoornissen bij methadon afhankelijke patiënten

3.1.1 Comorbiditeit met stemmingsstoornissen

Stemmingsstoornissen en opiaat afhankelijkheid komen vaak gecombineerd voor, zowel bij psychiatrische als verslavingszorgpatiënten die onderhoudsdosering methadon ontvangen. In verschillende studies wordt dit bevestigd (Abbott, e.a., 1994, Brooner, e.a., 1997, Callaly, e.a., 2001, Darke e.a., 1994, Kidorf, e.a., 2004, Limbeek, e.a., 1992, Maremmanni, e.a., 1992, Mason, e.a., 1998, Milby, Musselman, e.a., 1995, e.a., 1996, Strain, e.a., 1991). Stemmingsstoornissen zijn vaak het gevolg van chronisch middelenmisbruik en ook kan het misbruik leiden tot problemen op verschillende leefgebieden, welke zullen afnemen als het gebruik is gestopt (Resultaten scoren, 2003).

De bestudeerde studies over stemmingsstoornissen beschreven voornamelijk de prevalentie van een recidiverende depressieve stoornis, daarnaast werden regelmatig bipolaire stoornis en dysthyme stoornis beschreven.

Een recidiverende depressieve stoornis is bij opiaat afhankelijke patiënten veel hoger dan bij de algemene bevolking, volgens Brooner e.a. (1997) zelfs drie keer hoger. Tevens is dit de belangrijkste stoornis die vaak en consistent voorkomt bij opiaat afhankelijke patiënten,

4-54% wordt hiermee gediagnosticeerd (Strain, 2002). Het verschil in percentages is groot, waarschijnlijk omdat er verschillen zijn in de bestudeerde populaties en er niet altijd onderscheid wordt gemaakt in een onafhankelijke en door middelen veroorzaakte depressie. De lage cijfers zouden verklaard kunnen worden doordat sommige patiënten al lang stabiel op een methadon onderhoudsdosering stonden toen ze gediagnosticeerd werden (King, e.a., 1999).

De prevalentie van een bipolaire stoornis is bij de meeste studies laag (rond de 1%), dit staat gelijk aan de gevonden percentages in de algemene bevolking. Toch lopen patiënten met een bipolaire stoornis het grootste risico van alle As I stoornissen op comorbide middelenproblematiek. Middelengebruik komt namelijk meer voor bij manie als depressie. Het probleem bij deze groep is dat psychiatrische symptomen van middelengebruik of onthouding sterk op elkaar kunnen lijken. Het causale verband tussen middelenmisbruik en bipolaire stoornissen is dan ook moeilijk aan te geven (Resultaten scoren, 2003).

Echter bij een dysthyme stoornis is de prevalentie bij opiaat afhankelijke patiënten weer veel hoger, minstens drie tot vier procent (Brooner e.a., 1997) tot ongeveer vijftien procent (Abbott, e.a., 1994).

3.1.2 Comorbiditeit met angststoornissen

Studies die de prevalentie van angststoornissen onderzocht hebben, rapporteren meestal vier condities: paniek stoornis, gegeneraliseerde angststoornis, obsessieve-compulsieve stoornis en fobieën.

Meest voorkomend bij opiaat afhankelijke patiënten, en ook bij de algemene bevolking, zijn fobieën (sociale en specifieke fobie) (Strain, 2002). In de bestudeerde studies varieerden de percentages van 12% (Cacciola, e.a., 2001) tot 45,3% (Mason, e.a., 1998).

Een gegeneraliseerde angststoornis werd bij twee van de bestudeerde studies onderzocht; Milby e.a. (1996) vonden een prevalentie van 20,6% en Mason e.a. (1998) vonden 32,0%. Obsessieve-compulsieve stoornissen werden ook in twee studies onderzocht; Limbeek e.a. (1992) vonden een prevalentie van 13,3% en Mason e.a. (1998) vonden 20,0%. De paniekstoornis kwam in lagere percentages voor; van 2% in de studie van Strain e.a. (1991) tot 9,3% in de studie van Mason e.a. (1998). Deze onderlinge verschillen in percentages zijn te wijden aan de verschillen in de onderzochte populaties.

Posttraumatische stressstoornis wordt in de bestudeerde studies niet altijd onderzocht, maar in de studies waar het onderzocht werd laten zien dat er sprake is van een significant probleem. Villagomez e.a. (1995) onderzochten een grote groep (766) opiaat afhankelijke patiënten die een onderhoudsdosering methadon ontvingen op een posttraumatische stressstoornis. Zij melden in hun studie een prevalentie van 20% voor vrouwen en 11% voor mannen. De meest voorkomende oorzaak voor de vrouwen was verkrachting, en voor mannen het zien dat een persoon gewond raakte of overleed. Cacciola e.a. (2001) vonden een percentage van 36%, Milby e.a. (1996) een percentage van 31,4% en Westley Clark een percentage van 29%; ook zij laten hoge prevalenties zien voor posttraumatische stressstoornis. Naar schatting gaat een angststoornis in 20 tot 40% van de gevallen gepaard met middelenmisbruik. Omgekeerd bleek in de studie van Abbott e.a. (1994) dat 29% van de onderzochte opiaatafhankelijke patiënten voldeden aan de criteria voor angststoornissen. Het verband tussen beide aandoeningen is moeilijk te bepalen (Resultaten scoren, 2003).

3.1.3. *Comorbiditeit met schizofrenie en andere psychotische stoornissen*

Schizofrenie en andere psychotische stoornissen zijn met een huidige prevalentie van 1 tot 2% relatief zeldzaam bij opiaat afhankelijke patiënten (King, e.a., 1999). Over de comorbiditeit van schizofrenie en andere psychotische stoornissen met middelenmisbruik in Nederland is beperkte informatie beschikbaar (Resultaten scoren, 2003).

Bij enkele buitenlandse studies waren schizofrenie en een psychotische episode exclusiecriteria, zoals bij onder andere Cacciola, e.a., (2001).

Over het algemeen is het zo dat het middelengebruik voorafgaat aan de schizofrenie, iets dat verklaard kan worden doordat schizofrenie zich op latere leeftijd manifesteert dan de leeftijd waarop het gebruikelijk is om psychoactieve middelen te gebruiken (Resultaten scoren, 2003).

3.1.4. *Comorbiditeit met psychiatrische as II stoornissen*

Persoonlijkhedsstoornissen komen in zeer hoge percentages voor in opiaat afhankelijke populaties. De bestudeerde studies toonden aan dat ? tot ? van de patiënten voldoen aan de criteria voor een persoonlijkheidsstoornis, de meest voorkomende gestelde diagnose is de antisociale persoonlijkheidsstoornis (Strain, 2002, Abbott, e.a., 1994).

De aanwezigheid van additionele As II pathologie is een complicerende factor die van belang is voor de prognose in behandeling. Het vaststellen van as II pathologie bij verslaafden is echter problematisch gebleken. Het gaat hierbij zowel om conceptuele problemen als om beperkingen van de validiteit en betrouwbaarheid (Abbott, 1994).

3.2. **Diagnosticering van as I stoornissen**

Volgens van Darke e.a. (1994) is het om diverse redenen belangrijk de prevalentie van psychopathologie onder heroïnegebruikers te kennen. Ten eerste omdat het bekend is dat patiënten met ernstige psychopathologie slechter reageren op behandeling. Ten tweede omdat psychopathologie wordt geassocieerd met meer risicovol gedrag ten aanzien van HIV en HIV-infectie. En ten slotte lijkt opiaatbehandeling de psychopathologie onder opiaat afhankelijke patiënten te verbeteren.

De belangrijkste eigenschappen van het beoordelen van as I stoornissen zijn: (1) om hun mogelijke aanwezigheid niet te overzien; (2) om de mogelijke etiologische rol van middelengebruik in de symptomen te bepalen; en (3) om de patiënt geschikt te behandelen voor onafhankelijke stoornissen (Strain, 2002). Ook is aan te bevelen om de psychiatrische symptomen te beoordelen na een korte periode van stabilisatie in het methadon programma om de invloed van acute stress te verminderen (Brooner, 1997).

Om afhankelijke mentale stoornissen te kunnen diagnosticeren en behandelen, moet de aanwezigheid van symptomen die uit andere medische condities stammen of door het gebruik van andere middelen zijn ontstaan uitgesloten worden (Health Canada, 2002).

King en Brooner (1999) stellen voor dat gestandaardiseerde instrumenten gebruikt kunnen worden om te screenen, beoordelen of diagnosticeren van mentale stoornissen bij mensen die opiaat afhankelijk zijn. Zelf in te vullen vragenlijsten, zoals de 'Beck Depression Inventory' (BDI) of de 'Symptom Checklist 90-R' (SCL-90-R), kunnen gebruikt worden als screenings hulpmiddelen. Interview instrumenten, zoals de 'Addiction Severity Index' (ASI), de 'Structured Clinical Interview for DSM-IV' (SCID), of de 'Diagnostic Interview Schedule' (DIS) kunnen gebruikt worden om te beoordelen of diagnosticeren van mentale stoornissen (Health Canada, 2002). King en Brooner (1999) zeggen dat klinische evaluatie zonder hulpmiddelen ook mogelijk is, maar dan moeten ze wel gebaseerd zijn op gestandaardiseerde diagnostische criteria zoals de DSM-IV ze bevat.

De meerderheid van patiënten in het methadon programma hebben comorbide as I en/of as II stoornissen. Er zijn enkele randomized controlled trials over psychotherapie en medicamenteuze behandeling voor deze patiënten met andere as I stoornissen dan middelen (opiaat) afhankelijkheid. Deze enkele trials hebben geleid naar het feit dat medicijnen en psychotherapie waardevol kunnen zijn (Cacciola, e.a., 2001).

3.2.1. *Psychiatrische as I stoornissen en methadonbehandeling*

Er is een onderscheid nodig tussen de cijfers van psychiatrische ziekte bij degene die opiaten gebruiken en geen behandeling zoeken en degene die dat wel doen. Men heeft eerder opgemerkt dat onbehandelde opiaat gebruikers lagere cijfers hebben bij depressieve stoornissen, beter sociaal leven, minder legale moeilijkheden en minder heroïne gebruiken dan degene die wel behandeling zoeken.

Het is dan ook mogelijk dat degene met psychiatrische symptomatologie eerder een methadonbehandeling voorstellen omdat zij over het algemeen meer gedesoriënteerd zijn en een grotere moeilijkheid ervaren in het heroïnegebruik. Een alternatieve verklaring is dat die inconsistentie van heroïnegebruik tot schommelingen van symptomen of terugtrekking kan leiden en eventueel een psychiatrische stoornissen kan veroorzaken of bestaande psychiatrische symptomen verergeren. (Callaly, 2001).

Broome e.a. beschrijven in hun studie de moeilijkheden van psychiatrische comorbiditeit in drugs behandelingsprogramma's (o.a. methadon onderhoudsprogramma). Zij beschrijven dat de invloeden van psychiatrische comorbiditeit enorm complex kunnen zijn voor de methadonbehandeling; ten eerste zijn er grote verschillen in de diagnostische instrumenten die in de verschillende studies gebruikt zijn en ten tweede is er verschil in de implementatie en aanbod van behandeling na de evaluaties (Broome, 1999).

Hoewel het een uitdaging is om de comorbide mentale stoornissen te identificeren, kan het erg nuttig zijn om cliënten/patiënten te identificeren die extra hulp nodig hebben – inclusief behandeling voor hun comorbide mentale stoornissen en andere middelen – om de uitkomsten van hun onderhoudsdosering methadon te verbeteren (Health Canada, 2002).

3.3. **Polydruggebruik**

Polydruggebruik komt vaak voor bij mensen die afhankelijk zijn van opiaten. Het gebruik van cocaïne en crack komt vaak voor en patiënten gebruiken vaak vier tot vijf verschillende soorten psychoactieve stoffen, zoals cocaïne, crack, benzodiazepines, marihuana, alcohol, tabak en andere middelen. Er is bewijs dat het gebruik van opiaten (maar ook van cocaïne, marihuana en alcohol) vermindert tijdens behandeling met onderhoudsdoseringen methadon

(Health Canada, 2002). Volgens de Nationale drugmonitor (2003) nemen zeven tot negen op de tien opiaatverslaafden ook cocaïne en voor veel harddruggebruikers is cocaïne tegenwoordig het belangrijkste middel.

Mason e.a. (1998) vonden wezenlijke percentages met betrekking tot voortdurend polydruggebruik tijdens het methadon onderhoudsprogramma, in het bijzonder cocaïne en marihuana. Zo ook Strain e.a. (1991) die laten zien dat er bij sommige populaties een vergroot risico is op meerdere middelen misbruik- of afhankelijkheid stoornissen.

Middelenmisbruik heeft naast algemene negatieve gevolgen zoals sociale, economische en lichamelijke problemen ook specifieke risico's voor de psychiatrische behandeling. De kans op psychotische symptomen wordt vergroot en de therapietrouw vermindert. De psychiatrische stoornis beïnvloedt op haar beurt de verslavingszorgbehandeling, ook hier is sprake van verminderde therapietrouw en een vergrote kans op terugval (Resultaten scoren, 2003).

3.4. Kwaliteit van leven

Het merendeel van de cliënten in Nederland die bij de hulpverleningsinstanties komen heeft meervoudige, sterk verweven problemen op diverse leefgebieden, en verkeert hierdoor in een maatschappelijk isolement. Een belangrijk deel van de populatie harddrugverslaafden bestaat uit oudere, chronisch psychiatrische patiënten (Loth, 2003).

Patiënten die toetreden tot een methadonprogramma hebben vaak dan ook een slechte kwaliteit van leven. Het belangrijkste doel van schadebeperking is het verbeteren van de HRQoL (Health Related Quality of Life) en het verhogen van de overlevingsstrategie (niet alleen het stoppen met druggebruik). Gegeven is dat veel "drugs misbruikers" chronisch en kansarm patiënten zijn (Puigdollers, e.a., 2004).

4. Discussie

4.1. Conclusies en aanbevelingen

Algemeen kan men stellen dat een opiaat afhankelijkheid zeer regelmatig co-morbiditeit met een extra psychiatrische stoornis impliceert; ruim de helft van de methadon-onderhoudsbehandeling patiënten hebben eens in hun leven een as I stoornis doorgemaakt (Abbott, e.a., 1994). Deze co-morbide stoornissen maken de etiologie van de gediagnosticeerde afhankelijkheid complexer en benadrukken de grotere behoefte naar een grondigere beoordeling bij de voordeur. Maar het heeft ook belangrijke invloeden op de behandeling implicaties (Milby, e.a., 1996). Zeker gezien het feit dat de psychiatrische comorbiditeit een sterke voorspeller van het behandelingsresultaat is (Abbott, e.a., 1994).

Een beperking van de bestudeerde studies is dat de populaties (met name de inclusie en exclusiecriteria) verschillend zijn en er verschillende instrumenten gebruikt worden waardoor de resultaten moeilijk te vergelijken zijn. Ook wordt er regelmatig maar een beperkt aantal diagnoses onderzocht. Maar de essentie van de studies is ondanks verschillende methoden duidelijk; er is sprake van hoge as I co-morbiditeit bij patiënten die een onderhoudsdosering methadon ontvangen, voornamelijk stemmings- en angststoornissen. Dit zou op een eenduidigere manier verder bestudeerd moeten worden om betere resultaten te kunnen produceren zodat de studies meer op een lijn komen te liggen.

In de praktijk wordt vaak de kwadrantenindeling van Kenneth Minkoff (2001) gebruikt om de dubbele diagnosepopulatie inzichtelijk te maken. Hierbij wordt een tweedeling gemaakt in

enerzijds de ernst van de verslaving en anderzijds de ernst van de psychiatrische problematiek. Minkoff maakt onderscheid tussen ernstige en milde vormen van beide probleemgebieden. Gecombineerd kunnen dan de volgende categorieën worden beschreven:

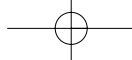
Resultaten scores, 2003.

<p>1. Psychiatrie laag Verslaving laag</p> <p>Milde psychiatrische problematiek met middelenmisbruik.</p>	<p>2. Psychiatrie laag Verslaving hoog</p> <p>Milde psychiatrische problematiek met middelenaafhankelijkheid.</p>
<p>3. Psychiatrie hoog Verslaving laag</p> <p>Ernstige en chronische psychiatrische stoornis met middelenmisbruik.</p>	<p>4. Psychiatrie hoog Verslaving hoog</p> <p>Ernstige en chronische psychiatrische stoornis met middelenaafhankelijkheid.</p>

De populatie die in de bestudeerde studies onderzocht werden passen in het vierde kwadrant (psychiatrie hoog, verslaving hoog). Comorbiditeit zou verwacht moeten worden, en niet als uitzondering beschouwd worden. Uiteindelijk zou het hele zorgsysteem zo ontworpen moeten worden dat het uitnodigend en toepasbaar is voor alle dubbel diagnose patiënten. Ook zou de beoordeling van elke stoornis zo vroeg mogelijk moeten plaatsvinden, zonder invloed van willekeurige wachtperiodes van gematigdheid en zonder de vereiste van psychiatrische stabilisatie en op basis van een dataverzameling voor een geïntegreerde longitudinale geschiedenis (Minkoff, 2001).

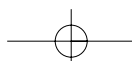
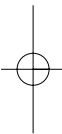
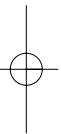
Vele factoren beïnvloeden de naleving met methadon onderhoudsbehandeling. Bij verschillende onderzoeken voorspellen hoge cijfers van psychopathologie slechtere behandelingsresultaten. Om de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen en de gerelateerde gebieden van de stoornis te diagnosticeren, kan het helpen om types methadon onderhoudspatiënten te identificeren (Mason, e.a., 1998). In de Format Resultaten Scores protocolontwikkeling (april 2004) staat de mogelijkheid om te komen tot doelgroepsegmentatie in de huidige Nederlandse methadonverstrekking. Het doel hiervan is om op basis van zorgvragen en zorgbehoefte te komen tot een betere vraagsturing in de huidige methadonverstrekking. Een vraagsturing die meer inhoudt dan alleen de medicatieverstrekking, maar die medicatieverstrekking wel als centrale beginvraag heeft. Op basis van zorgvragen van de patiënt zelf en op basis van de huidige zorgconsumptie lijken zich drie doelgroepen af te tekenen:

- > Geïntegreerde gebruikers met weinig zorgbehoefte.
- > Gebruikers met enige integratie maar die regelmatig terugvallen in gebruik van drugs en/of in een verslechterde lichamelijke dan wel psychosociale gezondheid, omdat hun draagkracht/draaglast evenwicht snel verstoord is en derhalve regelmatig zorgvragen hebben.



- > Zorgmijdende gebruikers die een intensievere bemoezorg nodig hebben vaak omdat zij geen hulpvragen stellen maar wel zorgbehoeften hebben en overlast in hun omgeving veroorzaken.

Deze doelgroepsegmentatie zou kunnen leiden naar een aangepaste wijze van medicatievertrekking door middel van drie verpleegkundige teams die op deze manier zorg op maat kunnen leveren van kwalitatief betere inhoud dan de huidige situatie.



Literatuur

Abbott, P.J., Weller, S.B., Walker, S.R., 1994. *Psychiatric disorders of opioid addicts entering treatment: preliminary data*. J Addict Dis. 13(3): 1-11.

American psychiatric association, 2001. *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Hentenaar boek, Nieuwegein.

Brienza, R.S., Stein, M.D., Chen, M., Gogineni, A., Sobota, M., Maksad, J., Hu, P., Clarke, J., 2000. *Depression among needle exchange program and methadone maintenance clients*. J. Subst. Abuse Treat. 18(4):331-7.

Broome, K.M., Flynn, P.M., Simpson D.D., 1999. *Psychiatric comorbidity measures as predictors of retention in drug abuse treatment programs*. Health Serv Res. 34(3), 791-806.

Broner, R.K., King, V.L., Kidorf, M., Schmidt, C.W. Jr., Bigelow, G.E., 1997. *Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers*. Arch Gen Psychiatry. 54(1):71-80.

Cacciola, J.S., Alterman, A.I., Rutherford, M.J., McKay, J.R., Mulvaney, D.G., 2001. *The Relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients*. Drug Alcohol Depend. 61, 271-280.

Callaly, T., Trauer, T., Munro, L., Whelan, G., 2001. *Prevalence of psychiatric disorder in a methadone maintenance population*. Aus. N. Z. J. Psychiatry. 35, 601-605

Darke, S., Swift, W., Hall, W., 1994. *Prevalence, severity and correlates of psychological morbidity among methadone maintenance clients*. Addiction. 89, 211-217

Eland-Goossensen, A., van de Goor, I., Garretsen, H., Schudel, J., 1997. *Screening for psychopathology in the clinical practice*. J Subst Abuse Treat. 14(6):585-91.

Format Resultaten Scoren protocolontwikkeling, 2004.

Health Canada, 2002. Best practices.

Henry-Edwards, S., Gowing, L., White, J., Ali, R., Bell, J., Brough, R., Lintzeris, N., Ritter, A., Quigley, A. *Clinical guidelines ad precedures for the use of methadone in the maintenance treatment of opioid dependence*. Commonwealth of Australia 2003.

Jamieson, Beals, Lalondeand Associates, Inc. for the office of Canada'sug strategy Health Canada, 2002. *Best practices methadone maintenance treatment*.

Jamieson, Beals, Lalondeand Associates, Inc. for the office of Canada's drug strategy Health Canada, 2002. *Literature revieww methadone maintenance treatment*.

Joe, G.W., Brown, B. S., Simpson, D., 1995. *Psychological problems and client engagement in methadone treatment*. J. Nerv. Ment. Dis. 183(11), 704-710.

Kidorf, M., Disney E.R., King, V.L., Neufeld, K., Beilenson, P.L., Broner, R.K., 2004. *Prevalence of psychiatric and substance use disorders in opioid abusers in a community syringe exchange program*. Drug Alcohol Depend. 10;74(2):115-22.

King, V.L., Brooner, R.K., 1999. Assessment and treatment of comorbid psychiatric disorders. In E.C. Strain and M.L. Sitzer (Eds), *Methadone treatment for opioid dependence* (pp 141-165). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Limbeek von, J., Wouters, L., Kaplan, C.D., Geerlings, P.J., Alem von, V., 1992. *Prevalence in psychopathology in drug-addicted Dutch*. J. Subst. Abuse Treat. 9, 43-52.

Loth, C., Schippers, G., Hart 't, H., Wijngaart van de, G., 2003. *Methadonverstrekking in Nederland aan het begin van een nieuwe eeuw*. Maandblad Geestelijke Gezondheid. 58, 1111-1123.

Maremmani, I., Zolesi, O., Aglietti, M., Marini, G., Tagliamonte, A., Shinderman, M., Maxwell, S., 2000. *Methadone dose and retention during treatment of heroin addicts with Axis I psychiatric comorbidity*. J. Addict Dis. 19(2), 29-41.

Mason, B.J., Kocsis, J.H., Melia, D., Khuri, E.T., Sweeney, J., Wells, A., Borg, L., Millman, R.B., Kreek, M.J., 1998. *Psychiatric comorbidity in methadone maintained patients*. J. Addict Dis. 17(3) 75-89.

Milby, J.B., Sims, M.K., Khuder, S., Schumacher, J.E., Huggings, N., McLellan, A.T., Woody, G., Haas, N., 1996. *Psychiatric comorbidity: prevalence in methadone maintenance treatment*. Am. J. Drug Alcohol Abuse. 22(1), 95-107.

Minkoff, Kenneth, 2001. *Developing standards of care for individuals with co-occurring Psychiatric and substance use disorders*. Psychiatric Services. 52(5), 597-599.

Musselman, D.L., Kell, M.J., 1995. *Prevalence and improvement in psychopathology in opioid dependent patients participating in methadone maintenance*. J. Addict. Dis. 14(3), 67-82.

Pani, P.P., Trogu, E., Contu, P., Agus, A., Gessa, G.L., 1997. *Psychiatric severity and treatment response in a comprehensive methadone maintenance treatment program*. Drug Alcohol Depend. 25;48(2):119-26.

Puigdollers, E., Domingo-Salvany, A., Brugal, M.T., Torrens, M., Alvaros, J., Castillo, C., Magri, N., Martin, S., Vazquez, J.M. Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance treatment: quality of life and gender. Substance use and misuse. 2004. 39 (9): 1353-1368.

Resultaten scoren 2003. *Dubbele diagnose, dubbele hulp. Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Den Haag, 2003.

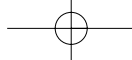
Rutherford, M.J., Cacciola, J.S., Alterman, A.I., Cook, T.G., 1997. *Social competence in opiate-addicted individuals: gender differences, relationship to psychiatric diagnoses, and treatment response*. Addict Behav. 22(3):419-25.

Rutherford, M.J., Cacciola, J.S., Alterman, A.I., McKay, J.R., Cook, T.G., 2000. *Contrasts between admitters and deniers of drug use*. J Subst Abuse Treat. 18(4): 343-348.

Strain, E.C., 2002. *Assessment and treatment of comorbid psychiatric disorders in opioid dependent patients*. Clin J Pain.18(4 Suppl):S14-27.

Strain, E.C., Brooner, R.K., Bigelow, G.E., 1991. *Clustering substance use and psychaitric diagnoses in opiate addicts*. Drug Alcohol Depend. 27(2): 127-34.

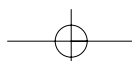
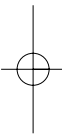
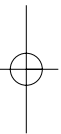
Trimbos-instituut. *Nationale Drugs Monitor, jaarbericht 2003*. Bureau NDM, utrecht, 2003.

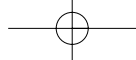


Villagomez, R.E., Meyer, T.J., Lin, M.M., Brown, L.S. jr., 1995. *Post-traumatic stress disorder among inner city methadone maintenance patients*. J. Subst. Abuse Treat. 12 (4), 253-257.

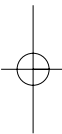
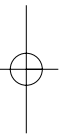
Waal, H., Haga, E. *Maintenance treatment of heroin addiction. Evidence at the crossroads*. Cappelen Akademisk Forlag, Oslo 2003.

Westley Clark, H., Masson, C. L., Delucchi, K.L., Hall, S.M., Sees, K.L., 2001. *Violent traumatic events and drugs abuse severity*. J Subst Abuse Treat. 20(2): 121-7.

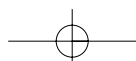


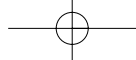


Een systematisch overzicht van de co-morbiditeit tussen psychoactieve stoffen en een onderhoudsdosering methadon bij patiënten binnen een ambulante setting



L. Knapen



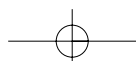
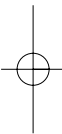
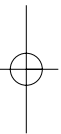


Inhoudsopgave

1. Introductie
2. Methoden
 - 2.1. Kenmerken van de studies in het overzicht
 - 2.2. Zoekstrategie voor identificatie van de studies
 - 2.3. Methoden van het overzicht
3. Resultaten
 - 3.1. Methoden
 - 3.2. Effectiviteit van behandeling met onderhoudsdoseringen methadon op psychoactieve stoffen
4. Discussie
5. Literatuur

Bijlage 1: Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van van Gogh

Bijlage 2: Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van Knapen



1. Introductie

Polydruggebruik komt vaak voor bij mensen die afhankelijk zijn van opiaten. De 'pure opiaatafhankelijken' zijn op één hand te tellen. Het gebruik van cocaïne en crack komt vaak voor. Patiënten gebruiken vaak vier tot vijf verschillende soorten psychoactieve stoffen, zoals cocaïne, crack, benzodiazepines, marihuana, alcohol, tabak en andere middelen. Er is bewijs dat het gebruik van opiaten (maar ook van cocaïne, marihuana en alcohol) vermindert tijdens behandeling met onderhoudsdoseringen methadon. (Jamieson, e.a., 2002).

In dit overzicht zal de huidige stand van zaken weergegeven worden met betrekking tot de morbiditeit tussen psychoactieve stoffen en een onderhoudsdosering methadon. De doelgroep betreft patiënten binnen een ambulante setting waarbij de nadruk vooral ligt op de psychoactieve stoffen methadon, heroïne en cocaïne en daarnaast alcohol, benzodiazepines, marihuana, amfetaminen en gokken.

Het merendeel van de patiënten heeft meervoudige, sterk verweven problemen op diverse leefgebieden, en verkeert hierdoor in een maatschappelijk gemarginaliseerde positie. Ondanks de noodzaak tot onderhoudsbehandeling methadon voor een grote groep opiaatafhankelijke patiënten, bestaan er op landelijk niveau te weinig evidence-based richtlijnen die het werk van (verslavings)artsen en verpleegkundigen op een eenduidige wijze ondersteunen.

De laatste jaren lijkt er sprake van verloedering van de methadonvertrekking en is de term 'propzorg' gebruikt (Loth, e.a., 2003).

Zowel behandeling met gemiddelde als hoge doseringen methadon bij ambulante patiënten resulteren in vermindert gebruik van andere opiaten. Voornamelijk bij de hogere doseringen methadon vermindert het gebruik van andere opiaten significant. (Strain, e.a., 1999).

Het doel van deze studie is de aard en de mate van co-morbide afhankelijkheid van psychoactieve stoffen vast te stellen bij opiaatafhankelijke patiënten.

2. Methoden

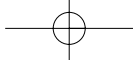
2.1. Kenmerken van de studies in het overzicht

2.1.1. *Type studies*

Voor deze literatuurstudie zijn 21 artikelen gebruikt: tien cohorten, vijf cross sectionele studies, twee overzichten, twee patiëntcontrole onderzoeken en twee RCT 's. In paragraaf 2.2 is te vinden waar de artikelen gezocht zijn en met welke sleutelbegrippen. In tabel 2 wordt de methodologische kwaliteit per artikel weergegeven. De kwaliteit van ieder artikel is bepaald aan de hand van een Evidence-Based RichtlijnOntwikkeling (2002).

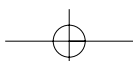
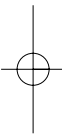
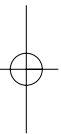
Samenvattend hebben de artikelen betrekking op:

1. onderhoudsdosering methadon bij patiënten binnen een ambulante setting versus polydruggebruik;
2. huidige onderhoudsdoseringen methadon versus aanbevolen onderhoudsdoseringen methadon;
3. invloed opiaten op onderhoudsdosering methadon versus invloed cocaïne op onderhoudsdosering methadon;
4. polydruggebruik versus psychopathologie;
onderhoudsdoseringen methadon versus kwaliteit van leven.



2.1.2. *Type deelnemers*

De deelnemers, in de voor deze literatuurstudie gebruikte artikelen, waren 11 jaar en ouder en hadden de DSM diagnose 'afhankelijkheid van middelen'. Het merendeel gebruikte methadon als opiaatonderhoudsmedicatie.



Tabel 1: Gebruikte terminologie bij alcohol- en drugsproblematiek volgens de classificaties van de DSM en ICD.

Terminologie in classificaties	Classificatie	Omschrijving
Misbruik (abuse)	<u>DSM</u> , <u>ICD-9</u>	Er is een patroon van onaangepast gebruik van een middel waardoor er herhaaldelijk problemen op het werk, op school of thuis ontstaan, er herhaaldelijk problemen met politie of justitie ontstaan, er voortdurend problemen op sociaal of relationeel gebied ontstaan of waarbij het middel in situaties waarin dat gevaarlijk is of kan zijn, gebruikt wordt (bijvoorbeeld autorijden). Er is geen sprake van afhankelijkheid. Er hoeft nog geen lichamelijke of psychische schade te zijn (zoals bij schadelijk gebruik).
Schadelijk gebruik (harmful use)	<u>ICD-10</u>	Schadelijk gebruik duidt erop dat er al lichamelijke of geestelijke schade is opgetreden (bijvoorbeeld een alcoholische leverziekte, een psychose en / of een spuitabces).
Afhankelijkheid of verslaving	Resp. <u>DSM</u> en <u>ICD</u>	De betrokkene heeft de controle over het gebruik van het middel verloren of er is sprake van tolerantie of onthoudingsverschijnselen. Het middel veroorzaakt significante beperkingen of lijden. Controleverlies betekent dat de verslaafde (veel) meer gebruikt dan deze zich aanvankelijk had voorgenomen, dat het niet lukt om te stoppen of te minderen en dat het hele denken en doen in grote mate bepaald wordt door het middel. Tolerantie betekent dat de verslaafde een steeds grotere dosis van het middel nodig heeft om hetzelfde effect te bereiken of dat dezelfde dosis steeds minder effect heeft. Onthoudingsverschijnselen ontstaan als men stopt met het gebruik van het middel. Te denken valt aan: misselijkheid, transpireren, prikkelbaarheid, angst, slape-loosheid en / of trillen.
Intoxicatie	<u>DSM</u> , <u>ICD</u>	Gedrags- of psychische veranderingen die het gevolg zijn van het effect van het middel op het centrale zenuwstelsel (ruziemaken, stemmingslabiliteit, cognitieve beperkingen, oordeelsstoornis, slecht sociaal of beroepsmatig functioneren) die in een significante mate onaangepast zijn en die tijdens of kort na het gebruik van het middel ontstaan.
Probleemgebruik	-	Probleemgebruik wil zeggen dat er door het gebruik van middelen problemen op lichamenlijk, psychisch of sociale gebied ontstaan. De term is nauw verwant aan 'schadelijk gebruik'.

(www.rivm.nl)

2.2. Zoekstrategie voor identificatie van de studies

Met behulp van een computer is van april tot en met oktober 2004 gezocht in de volgende zoekmachines: PubMed, Cochrane, Embase en PsycINFO. Verder is in dit overzicht gebruik gemaakt van informatiebronnen binnen Novadic-Kentron. De volgende sleutelbegrippen zijn gebruikt in de zoekmachines: alcohol use, cocaine, crack, dependence, dose, heroin, maintenance (program), methadone, polydrug, problem drinkers, psychological distress, treatment, opiate, smoking, stimulant and sedative, use. Hierbij zij vermeld dat sommige artikelen gevonden zijn met bepaalde beperkingen: 18 jaar en ouder, publicaties vanaf 1995 en Engelstalig en het artikel van Strain e.a. gevonden is via de optie related articles. Alle artikelen zijn gescreend op relevantie aan de hand van de criteria Evidence-Based RichtlijnOntwikkeling (2002). De overige literatuur (paragraaf 2.3.3.) betreft formulieren, studies, boeken en internetsites.

2.3 Methoden van het overzicht

2.3.1. *Overzicht van de studies*

In tabel 3 wordt een overzicht gegeven per gevonden artikel. In de tabel is weergegeven de auteur, de belangrijkste verslaving, de gemiddelde leeftijd per proefpersoon, de grootte van de onderzochte populatie, het type studie, de duur van de studie en een korte conclusie. In de kolom 'aard van de studie' staat aangegeven of het een review, RCT, cohort of een cross-sectionele studie betreft.

2.3.2. *Beoordeling van de methodologische kwaliteit*

Voor de beoordeling van de kwaliteit is gebruik gemaakt van de Evidence-Based RichtlijnOntwikkeling (2002). In onderstaand overzicht staat aangegeven aan welke criteria een studie/onderzoek moet voldoen (in dit geval cross sectionele studies, RCT 's, cohortstudies, patiëntcontrole onderzoeken en overzichten). Deze criteria bestaan steeds uit 11 componenten die verder worden uitgelegd in de Evidence-Based RichtlijnOntwikkeling (2002).

Alle artikelen zijn sepeeraat van elkaar beoordeeld door twee beoordelaars (L. Knapen en M. van Gogh), waarna er een consensusbespreking heeft geleid tot tabel 2.3.2. Er blijkt een hoge mate van overeenstemming te bestaan tussen de beoordelaars (zie bijlage 1 en 2 aan het einde van deze studie).

Tabel 2

Methodologische kwaliteit behandeling (toegepast) op 21 studies bij de co-morbiditeit tussen psychoactieve stoffen en een onderhoudsdosering methadon bij patiënten binnen een ambulante setting.

Eerste auteur	Aard van de studie	Criteria validiteit/betrouwbaarheid										Totaal		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
Anthony, J.C.	PC	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	10
Barrio, G.	Cs	+	-	-	-	+	+	+	-	+	+	+	+	7
Booth, R.E.	C	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	10
Borg, L.	C	+	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	+	9
Darke, S.	Cs	+	-	+	-	+	+	-	-	-	+	-	-	9
DeMaria, Jr., P.A.	C	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	10
El-Bassel, N.	C	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+	9
Giacomuzzi, S.M	C	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	10
Hartel, J.M.	Cs	+	-	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	7
James, F.	PC	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	10
Kidorf, M.	C	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+	9
Ledgerwood, D.M	C	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	10
Leri, F., Bruneau, J	O	-	-	+	-	-	+	-	-	-	+	-	-	3
Leri, F., Stewart, J.	C	+	-	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+	8
Magura, S.	C	-	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	9
Marsch, L.A.	O	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	9
Puigdollers, E.,	Cs	+	-	-	-	+	+	-	+	+	+	+	+	7
Silverman, K.	RCT	+	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	7
Sneed, C.D.	C	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+	9
Strain, E.C.	RCT	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10
Zinkernagel, C.	CS	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	9

Cs = Cross sectionele studies (formulier 1)

RCT = Randomized Controlled Trial (formulier 2)

C = Cohortonderzoek (formulier 3)

PC = Patiëntcontrole onderzoek (formulier 4)

O = Overzicht (formulier 5B)

De validiteit / betrouwbaarheid van bovengenoemde artikelen is redelijk goed, aangezien 20 van de 21 artikelen tussen de 7 en de 10 plusjes scoren op de 11 criteria. Het artikel van Leri, F., Bruneau, J. (2003) valt op daar het maar 3 plusjes scoort op de 11 criteria. De conclusie kan worden getrokken dat de validiteit / betrouwbaarheid van dit artikel niet hoog is.

2.3.3. Data analyse

Er heeft een kwalitatieve data analyse plaats gevonden op basis van alle studies vermeld in tabel 3.

Vanwege de heterogeniteit van de studies is er geen gebruik gemaakt van statistiek waaruit resultaten zijn gepooled.

Tabel 3. Studie kenmerken van de gebruikte studies

Populaties			Interventies	
Studie	Verslaving	Gemiddelde leeftijd	N	Soort test
Anthony, J.C., Petronis, K.R.	Cocaïne en heroïne	-	611 vs. 126	Patiëntcontrole onderzoek
Barrio, G., De la Fuente, L., Royuela, L., Diaz, A., Rodriguez-Artalejo, F.	Cocaïne en heroïne	25 en de 35 jaar oud (68.1 %)	909	Cross sectionele studie
Booth, R.E., Corsi, K.F., Mikulich- Gilbertson, S.K.	Polidrug-gebruik	18 jaar en ouder	577	Cohort
Borg, L., MD, Broe, D.M., PhD, Ho, A., PhD, Kreek, M.A., MD.	Cocaïne	29 - 71	133	Cohort
Darke, S., Swift, W., Hall, W.	Heroïne	30,8	222	Cohort
Peter A. DeMaria, Jr., M.D., Robert Sterling, Ph. D., Stephen P. Weinstein, Ph. D.	Cocaïne en benzo-diazepines	36,8	167	Cohort
El-Bassel, N., Schilling, R.F., Turnbull, J.E., Su, K.H.	Alcohol	Vanaf 12 jaar	201	Cohort
Giacomuzzi, S.M., Riemer, Y., Ertl, M., Kemmler, G., Rössler, H., Hinterhuber, H., Kurz, M.	Methadon versus buprenor-fine	-	67	Cohort

Resultaten

Duur van het onderzoek	Psychoactieve stoffen
3 jaar	Gebruikers van cocaïne waren minder geneigd om verslavingsgerelateerde problemen te rapporteren dan gebruikers van heroïne
9 maanden	De hoogste prevalentie van gebruik van cocaïne en crack werd gezien in Seville (84.3 % en 69.5 %,) en de laagste in Barcelona (59.3 % en 34.3 %); de prevalenties in Madrid waren 68.4 % en 41.4 %.
90 dagen	Vrije behandeling en de wens behandeld te worden hangen sterk samen met behoud in het methadonprogramma
18 maanden	Gebruik van opiaten en cocaïne verminderde veel d.m.v. juiste doseringen methadon
Eenmalig	Depressie (73 %), angst (51.4 %) en antisociale persoonlijkheidsstoornissen. (60.8 %) komen veel voor.
2 jaar	Patiënten die sederende en/ of stimulerende middelen gebruikte bleven korter in behandeling dan die met alleen opiaten in de 1ste UC
3 maanden	Alcoholisten starten het alcoholgebruik vaak al op jonge leeftijd en de meeste misbruikten het al voor het methadonprogramma
6 maanden	Buprenorfine biedt voordeel boven methadon

Populaties			Interventies	
Studie	Verslaving	Gemiddelde leeftijd	N	Soort test
Hartel, D.M., Schoenbaum, E.E., Selwyn, P.A., Kline, J., Davenny, K., Klein, R.S., Friedland, G.H.	Heroïne	35	652	Cross sectionele studie
James, F., Maddux, M.D., Boyce Elliott, _____, M.D.	Alcohol	-	212	Patiëntcontrole onderzoek
Kidorf, M., Stitzer, M.L.	Cocaïne	-	45	Cohort
Ledgerwood, D.M., Downey, K.K.	Gokken	-	62	Cohort
Leri, F., Bruneau, J., Stewart, J.	Polidruggebruik	-	-	Overzicht
Leri, F., Stewart, J., Tremblay, A., Bruneau, J.	Cocaïne en heroïne	-	13-00	Cohort
Magura, S., Siddiqi, Q., Freeman, R.C., Lipton, D.S.	Cocaïne	-	93	Cohort

Resultaten

Duur van het onderzoek	Psychoactieve stoffen
3,5 jaar	Heroïnegebruik bleek het grootst te zijn onder patiënten met een dosis methadon onder de 70 mg. / dag of bij gebruik van cocaïne
1 jaar	Probleem drinken komt vaak voor onder patiënten met onderhoudsdoseringen methadon
2 interviews	Interventies m.b.t. cocaïnegebruik moeten zich richten op het modificeren van gebruikte drugs in combinatie met cocaïne
0,5 jaar	Pathologisch gokken heeft een hoge co-morbiditeit met afhankelijkheid van drugs en alcohol
–	Cocaïne heeft negatieve consequenties op gezondheid, sociale aanpassing en behandeluitkomsten
25 maanden	Cocaïne is de meest dominante illegale drug t.o.v. heroïne
1 jaar	Starten met een methadonprogramma lijkt cocaïnegebruik te doen verminderen

Populaties			Interventies	
Studie	Verslaving	Gemiddelde leeftijd	N	Soort test
Marsch, L.A.	Opiaten	-	-	Overzicht
Puigdollers, E., Domingo-Salvany, A., Brugal, M.T., Torrens, M., Alvaros, J., Castillo, C., Magri, N., Martin, S., Vazquez, J.M.	Heroïne	31 jaar	586	Cross sectionele studie
Silverman, K., Robles, E., Mudric, T., Bigelow, G.E., Stitzer, M.L.	Cocaïne	18-50 jaar	78	RCT
Sneed, C.D., Morisky, D.E., Rotheram-Borus, M.J., Lee, S., Ebin, V.J.V.J.	Polidrug-gebruik	11-19 jaar	794	Cohort
Strain, E.C., Bigelow, G.E, Liebson, I.A., Stitzer, M.L.	Opiaten	18 jaar en ouder	192	RCT
Zinkernagel, C., Naef, M.R., Bucher, H.C., Ladewig, D., Gyr, N., Battegay, M.	Polidrug-gebruik	31,3 jaar	184	Cross sectionele studie

Resultaten

Duur van het onderzoek

Psychoactieve stoffen

-

De resultaten laten zien dat er een consistente, statistisch significante relatie bestaat tussen onderhoudsdoseringen methadon en de reductie van onwettig gebruik van opiaten, risicogedrag voor HIV en aan drugs gerelateerd crimineel gedrag

2,5 jaar

Patiënten die in methadonbehandeling gaan hebben een slechte QoL* die verbeterd na toetreding tot het programma

Ruim een jaar

Methadon mee naar huis nemen en vouchers* is effectief als behandelvorm bij cocaïnegebruik

1 maand

Mannen, oudere jeugd en Amerikaanse deelnemers rapporteerden ernstiger polydruggebruik dan tegenovergesteld

40 weken

Gebruik van opiaten verminderd bij ambulante patiënten bij gemiddelde (maar vooral bij) hoge doseringen methadon

25 maanden

Specifieke kennis over de leeftijd van begin en vervolg van middelengebruik door drugsverslaafden kan helpen ter preventie van middelengebruik meer specifiek per leeftijd

3. Resultaten

Patiënten gebruiken vaak vier tot vijf verschillende soorten psychoactieve stoffen. Het gebruik van opiaten, maar ook van cocaïne, marihuana en alcohol, vermindert tijdens behandeling met onderhoudsdoseringen methadon (Jamieson, e.a., 2002). Voornamelijk bij de hogere doseringen methadon (80-100 mg. per dag (Waal, e.a., 2003)) vermindert het gebruik van andere opiaten significant (Strain, e.a., 1999). Er is echter geen universele definitie van wat precies een methadonprogramma inhoudt. (Jamieson, e.a., 2002). Zeven tot negen van de tien opiaatverslaafden gebruiken ook cocaïne en voor veel harddruggebruikers is cocaïne tegenwoordig het belangrijkste middel. In 2001 had één op de acht drugpatiënten van de ambulante verslavingszorg primair een marihuanaprobleem (12 %). Alcohol wordt minder vaak als secundair probleem genoemd. (Nationale drugmonitor, 2003). Het voorschrijven van benzodiazepines bij behandeling met onderhoudsdoseringen methadon dient zorgvuldig en met voorzichtigheid te worden uitgevoerd. Idealiter moet de supervisie van de verpleegkundigen en de verslavingsarts op de methadonpost hetzelfde zijn als in een kliniek. (Henry-Edwards, e.a., 2003). Het starten met een onderhoudsdosering methadon werkt stabiliserend voor veel verslaafden, omdat er weinig verlangen of druk is naar het zoeken van drugs. Er is sprake van een basiszekerheid in het drugsbestaan; het is een geruststelling voor een verslaafd persoon dat men niet – althans voor opiaten – hoeft te gaan scoren. Ook bevindt men zich hierdoor binnen een stimulerende behandelomgeving (Magura, e.a., 1991). Dit komt de kwaliteit van leven van de patiënt ten goede, waardoor het risico op infectieziekten en het criminele gedrag daalt. De behandeling van patiënten met polydruggebruik moet zich ook richten op drugs die gebruikt worden in combinatie met opiaten (Kidorf, e.a., 1993). Echter, behandeling met onderhoudsdoseringen methadon, indien geassocieerd met reductie in druggebruik, blijkt niet voldoende om psychische problemen te verbeteren.

3.1. Methadon

Veel patiënten binnen de ambulante setting waar de methadonverstrekking plaats vindt, begeven zich in de drugscene en gebruiken andere psychoactieve stoffen naast methadon. Het gaat hier vooral om heroïne en cocaïne. In een studie van Magura et al. (1998) onder 1038 patiënten, die nieuw opgenomen waren in 15 methadonklinieken in New York, had 73 % een urine positief op cocaïne. Eerder rapporteerden Grella et al. (1997) dat 50 % van de heroïnegebruikers cocaïne gebruikte voor en tijdens de behandeling. Black et al. (1987) vonden bij een groep patiënten met methadononderhoudsdoseringen dat in 63 % van de urine-uitslagen cocaïne aanwezig was over een periode van zes jaar. (Leri, e.a., 2003). Daarnaast heeft het gebruik van psychoactieve stoffen ook invloed op de psychopathologie. De kans op psychotische symptomen wordt vergroot en de therapietrouw vermindert (Meer, van der, e.a., 2003).

Booth et al. (2004) onderzochten factoren die mogelijk van invloed waren op therapietrouw. Vrijwillige behandeling was sterk geassocieerd met in behandeling gaan en blijven en ook de wens om behandeld te worden. Behoud was ook geassocieerd met het niet hebben van veel druggebruikende vrienden en het gebruik van heroïne (naast cocaïne en amfetaminen) en ook het vaker injecteren van heroïne. Cocaïnegebruik is weer geassocieerd met drop-out.

3.2. Effectiviteit van behandeling met onderhoudsdoseringen methadon op psychoactieve stoffen

3.2.1. Heroïne

Patiënten die afhankelijk zijn van heroïne, gaan naast hun verslaving ook vaak gebukt onder andere problemen op verschillende gebieden. Zij ondervinden problemen op onder andere medisch, psychisch, sociaal en maatschappelijk gebied. Volgens Jamieson (2002) lijden zij een extreem stressvol en chaotisch bestaan.

Door middel van methadonbehandeling wordt geprobeerd de verslaving onder controle te krijgen hetzij door abstinentie, hetzij door onderhoudsbehandeling.

Opiaatblokkade door middel van onderhoudsdoseringen (het blokkeren van opiaatreceptoren waardoor het euforische effect niet optreedt) gebeurt met relatief hoge doseringen methadon en is de theoretische basis voor de 60 – 80 mg. per dag dosering. Dit advies is afkomstig van het National Institute on Drug Abuse (NIDA). (Hartel, e.a., 1995). Bepaalde andere studies geven aan dat een goede onderhoudsdosering methadon 60 -100 mg. per dag zou zijn (Henry-Edwards e.a., 2003), maar over het algemeen overlappen de geadviseerde doseringen elkaar.

3.2.2. Cocaïne

Door patiënten die afhankelijk zijn van heroïne, daarmee dus ook patiënten in methadonprogramma's, wordt veel cocaïne gebruikt. Volgens de Nationale drugmonitor (2003) nemen zeven tot negen op de tien opiaatverslaafden ook cocaïne. Voor veel harddruggebruikers is cocaïne tegenwoordig het belangrijkste middel. Dit wordt bevestigd in de studie van Leri et al. (2004) waar het gebruik van zowel heroïne als cocaïne als gebruikelijker wordt gezien dan het gebruik van alleen heroïne.

In Spanje is onderzoek gedaan naar de toedieningswijzen van cocaïne. Daaruit blijkt dat de meeste gebruikers hun patronen niet veranderden na toetreding tot een methadonprogramma. Wanneer ze wel veranderden, bleek dat ze dat op dezelfde manier deden als bij hun gebruik van heroïne. Degene die van het injecteren van heroïne overstapte op roken, neigde ernaar om de hoeveelheid crack te verhogen en de hoeveelheid cocaïne (door middel van in injectie) te verminderen. Degene die overstapte van roken naar injecteren, neigde ernaar om de hoeveelheid van crack te verlagen en de hoeveelheid van cocaïne (door middel van injectie) te verhogen. (Barrio e.a., 1998).

Er is op dit moment geen effectieve substitutie- of onderhoudsbehandeling voor cocaïneverslaving. Wel is geobserveerd dat cocaïnegebruik vaak vermindert na toetreding tot een methadonprogramma. Aangezien het gebruik van cocaïne ook negatieve effecten heeft op de gezondheid, sociale aanpassing en behandeluitkomsten leidt behandeling binnen een methadonprogramma tot verbetering op dit gebied. (Leri, e.a., 2003).

Echter, ook hiervoor is buprenorfine effectief. Cocaïnegebruik kan worden gereduceerd door 12 mg. buprenorfine (is te vergelijken was met 65 mg. methadon). (Borg, e.a., 1999). Volgens Silverman et al. (2004) zijn er verder slechts weinig interventies effectief gebleken in de behandeling van cocaïnegebruik. Methadon mee naar huis nemen kan wel een nuttige interventie zijn, maar het cocaïnegebruik duurt dan echter met tussenpozen voort. Door het toevoegen van een voucher na ieder schoon urinemonster stopte het gebruik van cocaïne wel volledig. Het gebruik van vouchers is alleen lastig in te passen binnen de huidige behandelsettings, vooral omdat het enorm kostbaar is. (Silverman, e.a., 2004). Tegenwoordig werkt men veel met loten die een prijs kunnen opleveren; er is een grote kans op kleine prijzen en een kleine kans op grote prijzen.

Opmerking bij de doelgroep, die afhankelijk is van cocaïne, is overigens minder geneigd om verslavingsgerelateerde problemen te rapporteren dan gebruikers van heroïne. (Anthony,

e.a., 1989). Dit zegt iets over de generaliseerbaarheid (de betrouwbaarheid van de antwoorden van gebruikers van cocaïne) van de resultaten in de studies naar het gebruik van cocaïne.

3.2.3. *Alcohol*

Alcohol wordt minder vaak als secundair probleem genoemd door patiënten in een methadonprogramma. (Nationale drugmonitor, 2003). Enkele studies hebben een hoge frequentie van excessief alcoholgebruik aangetoond in de levensgeschiedenis van chronische opiaatverslaafden. Dit zou zelfs toenemen na toetreding tot een methadonprogramma. Sommige patiënten gebruiken alcohol wanneer heroïne of andere opiaten moeilijk verkrijgbaar zijn. (James, e.a., 1975).

Karakteristieken die geassocieerd worden met alcoholisme onder patiënten op onderhoudsdoseringen methadon zijn: jaren van drinken, detoxificatie van drugs in het verleden, een kleine stijging in methadondosering, psychiatrische symptomen en jaren waarin naalden zijn geruild. (El-Bassel, e.a., 1993).

Samen met onderzoek dat voorspellers van gebruik, abstinentie en terugval beschrijft en exploreert, zijn er ook interventiestudies nodig. Dit is van belang om strategieën en testen te ontwikkelen om alcoholgebruik onder patiënten op methadon onderhoudsdoseringen te reduceren. (El-Bassel, e.a., 1993).

3.2.4. *Benzodiazepines*

Het voorschrijven van benzodiazepines bij behandeling met onderhoudsdoseringen methadon dient zorgvuldig en met voorzichtigheid te worden uitgevoerd door de verpleegkundigen en de verslavingsarts op een methadonpost. Idealiter moet het toezicht op een dergelijke behandeling van dezelfde standaard zijn als in een kliniek. (Henry-Edwards, e.a., 2003). Echter, in de praktijk is de supervisie altijd minder dan in een kliniek, terwijl er door patiënten met onderhoudsdoseringen methadon veel benzodiazepines worden bijgebruikt, hetzij legaal hetzij illegaal. Dat het gebrek aan supervisie negatieve effecten heeft op de behandeling is duidelijk. Patiënten van ambulante settingen, die vaak benzodiazepines bijgebruiken, krijgen zo erg veel vrijheid met betrekking tot hun medicatiegebruik.

Patiënten die sederende en / of stimulerende middelen gebruikten bleven significant korter in behandeling dan patiënten met alleen opiaten in de eerste urinecontrole. (DeMaria, e.a., 2000).

3.2.5. *Marihuana*

In 2001 had één op de acht drugpatiënten van de ambulante verslavingszorg primair een marihuanaprobleem (12 %). Dit is niet veel, maar desondanks wordt er door patiënten binnen de ambulante verslavingszorg veel marihuana gebruikt. Een aanzienlijk deel van de overige patiënten noemt marihuana namelijk als secundair probleem of zij geven aan geen probleem te hebben met hun marihuanagebruik ondanks de excessieve hoeveelheden. (Nationale drugmonitor, 2003).

3.2.6. *Polydruggebruik*

Een significant aantal heroïnegebruikers en / of patiënten met onderhoudsdoseringen buprenorfine of methadon gebruiken cocaïne. Wanneer cocaïne in combinatie met heroïne wordt gebruikt (speedball) doet men dit om de effecten van beide drugs gelijktijdig te ervaren. Dit doet men vooral wanneer er van beide drugs eigenlijk te weinig is. Een speedball kan ook worden gebruikt om de heroïne geleidelijk te reduceren in de hoop hun psychische afhankelijkheid van opiaten te kunnen elimineren. Heroïnegebruikers rapporteren vaak het gebruik van heroïne en cocaïne na elkaar om zo de euforie te verhogen of om de ontwenningssverschijnselen van opiaten te reduceren die men normaal gesproken ervaart wanneer ze willen detoxificeren van opiaten. (Leri, e.a., 2003).

Uiteraard worden er naast bovengenoemde combinaties andere combinaties gebruikt met als doel het beïnvloeden van de effecten van een ander middel. Bijvoorbeeld, patiënten die cocaïne op dezelfde dag gebruikten als heroïne en / of alcohol gebruikten twee keer zoveel cocaïne als patiënten die geen cocaïne gebruikten in combinatie met deze middelen. (Kidorf, e.a., 1993).

Uit onderzoek in Zwitserland blijkt dat middelen als alcohol, nicotine, analgetica en marihuana regelmatig worden gebruikt voor het achttiende levensjaar. Barbituraten, benzodiazepines, cocaïne en opiaten worden vaak later gebruikt. In het kader van preventie zijn dit soort gegevens van belang. De gemiddelde beginleeftijd van elk druggebruik was jong (12.4 jaar), met een gemiddelde tijd van 7.2 jaar tot eerste intraveneus gebruik. (Zinkernagel, e.a., 2001). Verder kan het van belang zijn te weten dat mannen ernstiger polydruggebruik rapporteren dan vrouwen en oudere jeugd ernstiger polydruggebruik rapporteren dan jongeren (Sneed, e.a., 2004).

Aangezien patiënten binnen de ambulante verslavingszorg veelal polydrugverslaafd zijn, hebben zij het stadium primaire en secundaire preventie al achter zich gelaten. Men gaat hier uit van behandeling (vaak in de zin van schadebeperking). De behandeling is mede gericht op het beperken van het gebruik van cocaïne. Dit kan door onderhoudsdoseringen methadon of door het aanpakken van ander druggebruik.

Het starten met een onderhoudsdosering methadon werkt stabiliserend voor veel verslaafden. (Magura, e.a., 1991).

Behandeling voor patiënten met polydruggebruik moet zich misschien (ook) richten op modificerende drugs die gebruikt worden in combinatie met cocaïne. Dit om zo het gemiddelde cocaïnegebruik te verminderen en de waarschijnlijkheid te verhogen van positieve reacties op gedrag en andere behandelvormen die zich concentreren op cocaïnegebruik. Zo wordt de kans op gunstige effecten van andere interventies vergroot. (Kidorf, e.a., 1993).

Een ander positief gevolg van het aanpakken van polydruggebruik (specifiek het gebruik van cocaïne, hetzij direct hetzij indirect) is dat individuen die vrij zijn van cocaïne eerder bereid zijn deel te nemen aan klinische groepsactiviteiten. (Magura, e.a., 1991). Een directe aanpak van cocaïne kan plaats vinden door bijvoorbeeld vouchers. Een indirecte aanpak kan zijn het verhogen van de methadondosering van een patiënt, zodat hij / zij minder heroïne gaat gebruiken. De opiaatreceptoren worden geblokkeerd waardoor het euforische effect niet optreedt. Wanneer een patiënt cocaïne gebruikt om zichzelf op te peppen na het gebruik van heroïne zal het gebruik van cocaïne daardoor ook afnemen.

3.3. Alternatieven voor methadon

Door Giacomuzzi et al. (2003) is in een onderzoek methadon vergeleken met buprenorfine met betrekking tot verbetering van de kwaliteit van leven. In een niet gerandomiseerde studie werd bij 53 patiënten, zowel met methadon (23 personen) als met buprenorfine (30 personen) onderhoudsdoseringen, de Berlin Quality of Life Profile afgenomen. Fysieke symptomen werden gemeten door middel van een Opioid Withdrawal Scale. Daarnaast werden er 530 urinemonsters afgenomen als aanvullende informatie. Na 6 maanden bleek de groep behandeld met buprenorfine minder opiaten en cocaïne te gebruiken en gaven zij minder ontweningsverschijnselen aan.

3.4. Gokken

Pathologisch gokken heeft een hoge co-morbiditeit met afhankelijkheid van drugs en alco-

hol. Sommige studies rapporteren dat 21 % van de patiënten op onderhoudsdoseringen methadon en 30 % van de gebruikers van cocaïne voldeden aan de criteria voor problematisch gokken. Sommige redenen van deelnemers voor het combineren van gokken en het gebruiken van drugs was het verdienen van geld om drugs te kopen, om het plezier tijdens het high zijn te vergroten of gebruiken van heroïne na een potje gokken gewonnen te hebben. Onder de waarschijnlijk pathologische gokkers in die studie was 26.3 % actief in de criminaliteit om zo aan geld te komen om te kunnen gokken of gokschulden af te lossen. (Ledgerwood, e.a., 2002).

3.5. Psychopathologie

Er bestaat een hoge prevalentie van psychiatrische stoornissen onder opiaatafhankelijken. Zo komen depressie, dysthymie, antisociale persoonlijkheidsstoornissen en andere persoonlijkheidsstoornissen, angststoornissen en ADHD veelvuldig voor. (Jamieson, e.a., 2002). Om diverse redenen is het belangrijk om de prevalentie van psychopathologie onder heroïnegebruikers te kennen.

Ten eerste omdat het bekend is dat patiënten met hogere niveaus van psychopathologie slechter reageren op behandeling. Ten tweede omdat psychopathologie wordt geassocieerd met hogere niveaus van HIV risico (gedrag en infectie). Ten slotte lijkt opiaatbehandeling de psychopathologie onder aan opiaten verslaafde patiënten te verbeteren. (Darke e.a., 1994).

Echter, behandeling met onderhoudsdoseringen methadon, indien geassocieerd met reductie in druggebruik, was niet voldoende om psychische problemen te verbeteren. In de cohortstudie van Darke et al. (1994) was de gemiddelde methadondosering van patiënten 58.7 mg. Aangezien het mogelijk is dat hogere doseringen een therapeutisch effect hebben op de psychopathologie van de patiënt kan dit invloed hebben gehad op de resultaten.

Methadon lijkt een gunstig effect te hebben op vooral psychotische verschijnselen, meer dan op stemmingsstoornissen.

Met betrekking tot het verhoogd HIV risico (gedrag en infectie) is bekend dat er een consistente, statistisch significante relatie is tussen onderhoudsdoseringen methadon en de reductie van onwettig gebruik van opiaten, het risicogedrag voor HIV en het aan drugs gerelateerde criminele gedrag. (Marsch, e.a., 1998). Hieruit kan worden afgeleid dat onderhoudsdoseringen methadon een gunstig effect hebben op dit verhoogde HIV risico (gedrag en infectie). Tevens kan ook geconcludeerd worden dat onderhoudsdoseringen methadon het bijgebruik van opiaten en het criminele gedrag doen afnemen. Dit komt de kwaliteit van leven van de patiënt en zijn directe omgeving ten goede.

Het is namelijk zo dat patiënten die toetreden tot een methadonprogramma een slechte kwaliteit van leven hebben. Het belangrijkste doel van schadebeperking is het verbeteren van de HRQoL (Health Related Quality of Life) en het verhogen van de overlevingsstrategie. (Puigdollers, e.a., 2004).

4. Discussie

Polydruggebruik komt vaak voor bij mensen die afhankelijk zijn van opiaten. Het gebruik van cocaïne en crack komt met name vaak voor. Patiënten gebruiken vaak vier tot vijf verschillende soorten psychoactieve stoffen, zoals cocaïne, crack, benzodiazepines, marihuana, alcohol, tabak en andere middelen. Er is bewijs dat het gebruik van opiaten (maar ook van cocaïne, marihuana en alcohol) vermindert tijdens behandeling met onderhoudsdoseringen methadon.

Het overzicht toont, naast het veel voorkomen van polydruggebruik, dat bij patiënten binnen een ambulante setting de co-morbiditeit tussen het gebruik van psychoactieve stoffen en een onderhoudsdosering methadon erg hoog is. De doelgroep betreft patiënten binnen een ambulante setting waarbij de nadruk vooral ligt op de psychoactieve stoffen methadon, heroïne en cocaïne en daarnaast alcohol, benzodiazepines, marihuana, amfetaminen en gokken.

Verder hebben onderhoudsdoseringen methadon (vooral hogere doseringen) een positief effect op de hoge (of de ernst van de) co-morbiditeit met psychopathologie. Dit komt de gezondheid, het bijgebruik van psychoactieve stoffen en de kwaliteit van leven van de patiënt ten goede.

Literatuur

Anthony, J.C., Petronis, K.R. *Cocaine and heroin dependence compared: evidence from an epidemiologic field survey*. American Journal of Public Health. 1989 October; 79 (10): 1409-1010.

Barrio, G., De la Fuente, L., Royuela, L., Diaz, A., Rodriguez-Artalejo, F. *Cocaine use among heroin users in Spain: the diffusion of crack and cocaine smoking*. Spanish Group for the Study on the Route of Administration of Drugs. Journal of Epidemiology and Community Health. 1998 March; 52 (3): 172-180.

Booth, R.E., Corsi, K.F., Mikulich-Gilbertson, S.K. *Factors associated with methadone maintenance treatment retention among street-recruited injection drug users*. Drug and alcohol dependence. 2004 May; 74 (2): 177-185.

Borg, L., MD, Broe, D.M., PhD, Ho, A., PhD, Kreek, M.A., MD. *Cocaine abuse sharply reduced in an effective methadone maintenance program*. Journal of addictive Diseases. 1999; 18 (4): 63-75.

Darke, S., Swift, W., Hall, W. *Prevalence, severity and correlates of psychological distress in methadone maintenance clients*. Addiction. 1994 February; 89 (2): 211-217.

Peter A. DeMaria, Jr., M.D., Robert Sterling, Ph. D., Stephen P. Weinstein, Ph. D. *The effect of stimulant and sedative use on treatment outcome of patients admitted to methadone maintenance treatment*. The American Journal on Addiction. 2000; 2 (9): 145-153.

El-Bassel, N., Schilling, R.F., Turnbull, J.E., Su, K.H. *Correlates of alcohol use among methadone patients*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 1993 June; 17 (3): 681-686.

Evidence-Based RichtlijnOntwikkeling. *Formulieren voor het beoordelen van een artikel over de waarde van een diagnostische test*. 2002.

Format resultaten scoren protocolontwikkeling, 2004.

Giacomuzzi, S.M., Riemer, Y., Ertl, M., Kemmler, G., Rössler, H., Hinterhuber, H., Kurz, M. *Buprenorphine versus methadone maintenance treatment in an ambulant setting: a health-related quality of life assessment*. Society for the study of addiction to alcohol and other drugs. 2003 May; 98 (5): 693-702

Hartel, D.M., Schoenbaum, E.E., Selwyn, P.A., Kline, J., Davenny, K., Klein, R.S., Friedland, G.H. *Heroin use during methadone maintenance treatment: the importance of methadone dose and cocaine use*. American Journal of Public Health. 1995 January; 85 (1): 83-108.

Henry-Edwards, S., Gowing, L., Ali, R., Bell, J., Brough, R., Lintzeris, N., Ritter, A., Quigley, A. *Clinical guidelines and procedures for the use of methadone in the maintenance treatment of opioid dependence*. Australian Government Department of Health and Ageing. 2003.

James, F., Maddux, M.D., Boyce Elliott, B.B., M.D. *Problem drinkers among methadone patients on methadone*. American Journal of Drug and Alcohol abuse. 1975; 2 (2): 245-254.

Jamieson, Beals, Lalonde and associates, Inc. For the office of Canada's drug strategy. *Health Canada, 2002, 61. Best practices. Methadone maintenance treatment*.

Kidorf, M., Stitzer, M.L. *Descriptive analysis of cocaine use of methadone patients*. Drug and Alcohol Dependence. 1993 February; 32 (9): 267-175.

Ledgerwood, D.M., Downey, K.K. *Relationship between problem gambling and substance use in a methadone maintenance population*. *Addictive Behaviors*. 2002 July – August; 27 (4): 483-491.

Leri, F., Bruneau, J., Stewart, J. *Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use*. *Addiction*. 2003; 98 (1): 7-22.

Leri, F., Stewart, J., Tremblay, A., Bruneau, J. *Heroin and cocaine co-use in a group of injection drug users in Montreal*. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2004 January; 29 (1): 40-47.

Loth, C., Schippers, G., Hart 't, H., en Wijngaart van de, G. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*. 2003; 58, 111-1123.

Magura, S., Siddiqi, Q., Freeman, R.C., Lipton, D.S. *Changes in cocaine use after entry to methadone treatment*. *Journal of Addiction Disorder*. 1991; 10 (4): 31-45.

Marsch, L.A. *De effectiviteit van interventies met methadononderhoudsdoseringen in het verlagen van onwettig gebruik van opiaten, HIV risicogedrag en criminaliteit: een meta-analyse*. *Addiction*. 1998; 93 (4): 515-532.

Meer, van der C., Hendriks, V., Posthuma, T., Vos, R., Kerkmeer, M., Blanken, P., Klerk, de C. *Dubbele diagnose, dubbele hulp. Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Parnassia addiction research centre. Den Haag, december 2003.

Nationale drugmonitor. *Jaarbericht 2003*. Trimbos-instituut, Utrecht, 2003.

Puigdollers, E., Domingo-Salvany, A., Brugal, M.T., Torrens, M., Alvaros, J., Castillo, C., Magri, N., Martin, S., Vazquez, J.M. *Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance treatment: quality of life and gender*. *Substance use and misuse*. 2004; 39 (9): 1353-1368.

Silverman, K., Robles, E., Mudric, T., Bigelow, G.E., Stitzer, M.L. *A randomized trial of long-term reinforcement of cocaine abstinence in methadone-maintained patients who inject drugs*. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2004 October; 72 (5).

Sneed, C.D., Morisky, D.E., Rotheram-Borus, M.J., Lee, S., Ebin, V.J.V.J. *Indices of lifetime polydrug use among adolescents*. *Journal of adolescence*. June 2004; 27 (3): 239-249.

Strain, E.C., Bigelow, G.E., Liebson, I.A., Stitzer, M.L. *Moderate- vs high- dose methadone in the treatment of opioid dependence. A randomized trial*. *JAMA*, 1999 march 17; 281, (12): 1000-1005.

Waal, H., Haga, E. *Maintenance treatment of heroin addiction. Evidence at the crossroads*. Cappelen akademisk Forlag. Oslo, 2003.

www.kenminkoff.com

www.rivm.nl

Zinkernagel, C., Naef, M.R., Bucher, H.C., Ladewig, D., Gyr, N., Battegay, M. *Onset and pattern of substance use in intravenous drug users of an opiate maintenance program*. *Drug and Alcohol Dependence*. 2001; 64 (1): 105-109.

Bijlage 1: Interbeoordelaars betrouwbaarheid van van Gogh

M. van Gogh heeft de volgende artikelen van L.J.M. Knapen beoordeeld. In onderstaande tabellen worden deze resultaten met elkaar vergeleken.

RCT.

Eerste auteur, jaar			Criteria validiteit / betrouwbaarheid										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Strain, E.C.	1999	L	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		M	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Noot: RCT: 1 = Randomisatie, 2 = blinding van randomisatie, 3 = blinding patiënten, 4 = blinding behandelaars, 5 = blinding effect-beoordelaars, 6 = vergelijkbaarheid groepen, 7 = drop-out, 8 = intention to treat analyse, 9 = vergelijkbaarheid behandeling, 10 = oordeel, 11 = resultaten/ toepasbaarheid en conclusie (Evidence-Based RichtlijnOntwikkeling, 2002).

Cohort studies.

Eerste auteur, jaar			Criteria validiteit / betrouwbaarheid										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
El-Bassel	1993	L	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+
		M	+/-	+	+	+	?	+	-	-	+	+	+

Noot: Cohortonderzoek (formulier 3): 1 = duidelijke onderzoeksgroepen, 2 = selectiebias, 3 = duidelijke blootstelling, 4 = duidelijke uitkomst, 5 = uitkomst blind, 6 = follow-up, 7 = drop-out, 8 = confounders, 9 = tussenoordeel, 10 = resultaten, 11 = conclusie (Evidence-Based RichtlijnOntwikkeling, 2002).

Cross-sectionele studies.

Eerste auteur, jaar			Criteria validiteit / betrouwbaarheid										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Darke	1994	L	+	-	+	-	+	+	-	-	-	+	-
		M	+	?	+	-	+	+	-	-	-	+/-	-

Noot: Cross-sectionele studies: 1 = referentietest, 2 = blinde beoordeling, 3 = onafhankelijke beoordeling indekstest, 4 = work-up of verification bias, 5 = behandelingsparadox, 6 = selectiebias, 7 = spectrumbias, 8 = beschrijving test, 9 = oordeel, 10 = resultaten, 11 = toepasbaarheid en conclusie (Evidence-Based RichtlijnOntwikkeling, 2002).

Patiëntcontrole onderzoek.

Eerste auteur, jaar			Criteria validiteit / betrouwbaarheid										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Anthony	1989	L	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+
		M	+/-	+/-	?	+	?	?	+/-	+	+	+/-	+/-

Noot: Patiëntcontrole onderzoek: 1 = beschrijving patiëntengroep, 2 = beschrijving controlegroep, 3 = selectiebias, 4 = blootstelling, 5 = geblindeerde meting, 6 = confounders, 7 = oordeel, 8 = resultaten, 9 = conclusie, 10 = toepasbaarheid NL gezondheidszorg, 11 = toepasbaarheid (Evidence-Based RichtlijnOntwikkeling, 2002).

Overzicht.

Eerste auteur, jaar			Criteria validiteit / betrouwbaarheid										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Leri	2003	L	-	-	+	-	-	+	-	-	-	+	-
		M	+/-	-	+/-	+/-	-	+	-	+/-	+/-	-	-

Noot: Overzicht (formulier 5B): 1 = vraagstelling, 2 = zoekactie, 3 = selectieprocedure, 4 = kwaliteitsbeoordeling, 5 = data-extractie, 6 = kenmerken oorspronkelijk onderzoek, 7 = meta-analyse, 8 = oordeel, 9 = resultaten, 10 = toepasbaar NL gezondheidszorg, 11 = conclusie (Evidence-Based RichtlijnOntwikkeling, 2002).

Bijlage 2: Interbeoordelaars betrouwbaarheid Knapen

L. Knapen heeft de volgende artikelen van M. van Gogh beoordeeld. In onderstaande tabellen worden deze resultaten met elkaar vergeleken.

Cross-sectionele studies.

Eerste auteur, jaar			Criteria validiteit / betrouwbaarheid										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Darke	1994	M	+	?	+	-	+	+	-	-	-	+/-	-
		L	+	-	+	-	+	+	-	-	-	+	-

Noot: Cross sectionele studies (formulier 1): 1 = referentietest, 2 = blinde beoordeling, 3 = onafhankelijke beoordeling indextest, 4 = work-up of verification bias, 5 = behandelingsparadox, 6 = selectiebias, 7 = spectrumbias, 8 = beschrijving test, 9 = oordeel, 10 = resultaten, 11 = toepasbaarheid en conclusie.

RCT.

Eerste auteur, jaar			Criteria validiteit / betrouwbaarheid										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Westley Clark	2001	M	+	+	+	?	?	+	?	+	+/-	+	+
		L	+	+	-	-	?	+	-	+	+	+	+

Noot: RCT (formulier 2): 1 = Randomisatie, 2 = blinding van randomisatie, 3 = blinding patiënten, 4 = blinding behandelaars, 5 = blinding effectbeoordelaars, 6 = vergelijkbaarheid groepen, 7 = drop-out, 8 = intention to treat analyse, 9 = vergelijkbaarheid behandeling, 10 = oordeel, 11 = resultaten/ toepasbaarheid en conclusie.

Cohort studies.

Eerste auteur, jaar			Criteria validiteit / betrouwbaarheid										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Rutherford	1997	M	+	-	+	+/-	?	-	+	+	+/-	+	+
		L	+	-	+	-	-	+	+	+	-	+	+

Noot: Cohortonderzoek (formulier 3): 1 = duidelijke onderzoeksgroepen, 2 = selectiebias, 3 = duidelijke blootstelling, 4 = duidelijke uitkomst, 5 = uitkomst blind, 6 = follow-up, 7 = drop-out, 8 = confounders, 9 = tussenoordeel, 10 = resultaten, 11 = conclusie.

Patiëntcontrole onderzoek.

Eerste auteur, jaar			Criteria validiteit / betrouwbaarheid										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Brooner	1997	M	+	+	-	+	?	-	+	+	+	+	+
		L	+	+	-	-	-	-	+	+	+	+	+

Noot: Patiëntcontrole onderzoek (formulier 4): 1 = beschrijving patiëntengroep, 2 = beschrijving controlegroep, 3 = selectiebias, 4 = blootstelling, 5 = geblijnde meting, 6 = confounders, 7 = oordeel, 8 = resultaten, 9 = conclusie, 10 = toepasbaar NL gezondheidszorg, 11 = toepasbaar. (Evidence-Based RichtlijnOntwikkeling, 2002).

COLOFON

De publicatie is uitgebracht in opdracht van GGZ Nederland binnen het project Resultaten Scoren

Onder redactie van

Drs. C.A. Loth, verpleegkundige/verplegingswetenschapper, wetenschappelijk medewerker bij TACTUS
 Drs. L. (E.A.P.) Oliemeulen, medisch antropoloog, wetenschappelijk medewerker bij Novadic-Kentron
 Prof. Dr. C.A.J de Jong, wetenschappelijk directeur NISPA, 1^{ste} Geneeskundige bij Novadic-Kentron

Instellingen die de subsidie aanvroegen vanuit NISPA

Novadic-Kentron, netwerk voor Verslavingszorg
 TACTUS, Instelling voor Verslavingszorg

Samenwerkende instellingen

De Grift, Gelders Centrum voor Verslavingszorg
 GGZ Groep Noord- en Midden Limburg, divisie Verslavingszorg

Pilotprojecten in de ambulante verslavingszorg

Almelo (TACTUS)
 Deventer (TACTUS)
 Helmond (Novadic-Kentron)
 Venlo (GGZ Groep Noord- en Midden Limburg)
 Roermond (GGZ Groep Noord- en Midden Limburg)
 Tiel (De Grift)
 Nijmegen (De Grift)

Samenstelling stuurgroep

Drs. R. Rutten, lid Raad van Bestuur TACTUS
 Drs. R. Hermanides, lid Raad van Bestuur Novadic-Kentron
 Drs. G. Derks, lid Raad van Bestuur GGZ Groep Noord- en Midden Limburg
 Drs. D. Olthof, lid Raad van Bestuur De Grift

Literatuurstudies

Drs. P. Vossenbergh, arts TACTUS
 Drs. M. Nieuwenhuys, stafmedewerker afdeling Kwaliteit en Innovatie Jellinek
 L. Knapen, verpleegkundige Novadic-Kentron
 M. van Gogh, verpleegkundige Novadic-Kentron
 Referenten:
 Dr. B. van de Wetering, 1ste Geneeskundige BoumanGGZ
 Drs. P. Geerlings, psychiater

Onderzoek patiëntenperspectief

Drs. J. Lindenberg, antropoloog en onderzoeker bij Novadic-Kentron

Juridisch advies

Mr. T. Stikker, juriste bij GGZ Nederland

Inhoudelijk en tekstueel advies

T. van Dam, medewerker LSD
 Drs. P. Gottmer, psycholoog en stafmedewerker bij Novadic-Kentron

Drs. H. de Haan, psychiater en 1^{ste} Geneeskundige bij TACTUS

Hoofdstuk 2

Dr. J. den Otter, arts en stafmedewerker Pharos

Hoofdstuk 3

Drs. T. Broekman, psycholoog en directeur Bureau Bêta Nijmegen

Hoofdstuk 4

Drs. R. Kempen, gevestigd ziekenhuisapotheker bij Ziekenhuis Apotheek en Laboratorium Venray (ZALV)

Hoofdstuk 5

T. Hendriks, hoofd Economische en Administratieve Dienst Novadic-Kentron

Drs. J. van der Laan, apotheker Emma Apotheek Nijmegen

Drs. G. Sauer, apotheker Emma Apotheek Nijmegen

J. de Vries, hoofd Economische en Administratieve Dienst (EAD) TACTUS

Hoofdstuk 6

Drs. P. J. Carpentier, psychiater bij Novadic-Kentron

Drs. H. Gommers, arts en werkzaam bij Huize Padua/GGz Oost Brabant

H. Groen, projectcoördinator LCMR van de Stichting Informatievoorziening Zorg

Drs. D. Kagenaar, anesthesioloog Flevo Ziekenhuis Almere

Drs. H. Kelder, arts en hartfalen specialist Antonius Ziekenhuis Nieuwegein

A. Roskam, projectmedewerker LCMR van de Stichting Informatievoorziening Zorg

Lay-out advies

J. Ooink, hoofd PR en Communicatie bij TACTUS

Deze richtlijn is mede tot stand gekomen door inbreng van de Vereniging Verslavingsgeneeskunde (VVGZ) en het Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (WINAp).

Nadere informatie

Titel van de publicatie: Richtlijn Opiatoonderhoudsbehandeling (RIOB)

Publicatienummer: 2005-297L

Prijs: voor leden van GGZ Nederland gratis, voor niet leden: ? 22,50

Waar: GGZ Nederland, Postbus 830, 3800 AV Amersfoort

T 033 – 4608900, F 033 – 460 89 99, E info@ggz nederland.nl

© Copyright december 2005: GGZ Nederland

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van GGZ Nederland.

