



Ministerie van Justitie
Dienst Justitiële Inrichtingen

Richtlijn Medicamenteuze Zorg aan Gedetineerde Verslaafden

DJI





Ministerie van Justitie
Dienst Justitiële Inrichtingen

Richtlijn Medicamenteuze Zorg aan Gedetineerde Verslaafden

INITIATIEF:
Ministerie van Justitie
Dienst Justitiële Inrichtingen

ORGANISATIE:
Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

MANDATERENDE VERENIGINGEN/INSTANTIES:
Forensisch Medische Maatschappij Utrecht
Landelijke Vereniging van Penitentiair Geneeskundigen
Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
Vereniging Directeuren van Penitentiaire Inrichtingen
Vereniging van Verslavingsgeneeskunde Nederland
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, afdeling Justitieel Verpleegkundigen

FINANCIERING:
Deze richtlijn is tot stand gekomen met financiële steun van het Ministerie van
Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen

Colofon

Richtlijn Medicamenteuze zorg aan gedetineerde verslaafden

@ Copyright 2008	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO Postbus 20064 2502 LB Utrecht tel: 030-2843920 Fax:030-2943644 E-mail: mwr@cbo.nl Internet: http://www.cbo.nl
Vormgeving	Koninklijke De Swart, Den Haag
Opmaak	Koninklijke De Swart, Den Haag
Coverbeeld	Josje Deekens
Uitgave	Dienst Justitiële Inrichtingen Concernstaf Uitvoeringsbeleid Afdeling gezondheidszorg Afdeling beleidsontwikkeling Postbus 30132 2500 GC DEN HAAG
Telefoon	Infodesk Gezondheidszorg: 070-889 40 40
E-mail	info.gezondheidszorg@dji.minjus.nl
Websites	http://www.dji.nl http://vangnet.minjus.nl

Alle rechten voorbehouden

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven. Deze uitgave en andere richtlijnen zijn te downloaden via: www.cbo.nl.



Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, gevestigd in Utrecht, heeft tot doel individuele beroepsbeoefenaren, hun beroepsverenigingen en zorginstellingen te ondersteunen bij het verbeteren van de patiëntenzorg. Het CBO biedt via programma's en projecten ondersteuning en begeleiding bij systematisch en gestructureerd meten, verbeteren en borgen van kwaliteit van de patiëntenzorg.

Inhoudsopgave

Samenstelling van de werkgroep	7
Uitgangsvragen	9
Inleiding	11
Hoofdstuk 1: Huidige stand van zaken	17
1.1. Inleiding	17
1.2. Medische zorg in detentie	17
1.3. Regelgeving medische zorg in detentie	18
1.4. Detentietraject/fasering	18
1.5. Detentie-differentiatie	19
1.6. Verslavingszorg detentie	20
1.7. Nazorg	22
1.8. Knelpunten zorgcapaciteit	23
Hoofdstuk 2: Omvang van de verslavingsproblematiek bij justitiabelen	25
Hoofdstuk 3: State of the art van medicamenteuze behandeling	29
3.1. Inleiding	29
3.2. Onderhoudsbehandeling	29
3.2.1. Methadon en buprenorfine	30
3.2.2. Andere middelen in het kader van een opiaatonderhoudsbehandeling	32
3.3. Detoxificatie	32
3.3.1. Methadon	33
3.3.2. Buprenorfine	34
3.3.3. Andere opiaatvervangende middelen	35
Hoofdstuk 4: Indicaties voor het starten, onderhouden en afbouwen van opiaatvervangende middelen	41
4.1. Inleiding	41
4.2. Het starten van opiaatonderhoudsmedicatie	41
4.3. Het voortzetten van opiaatonderhoudsbehandeling	42
4.4. Het afbouwen van opiaatonderhoudsbehandeling	42
4.5. Vreemdelingenbewaring	43
4.6. De plaats van urineonderzoek in de behandeling van gedetineerde opiaatverslaafden	44
Hoofdstuk 5: Comorbiditeit en interacties	48
5.1. Inleiding	48
5.2. Infectieziekten	48
5.2.1. HIV/AIDS	48
5.2.2. Tuberculose	49
5.2.3. Hepatitis B	50
5.2.4. Hepatitis C	50
5.2.5. Overige infecties	50
5.3. Somatische stoornissen	50
5.3.1. Tractus circulatorius	50
5.3.2. Tractus respiratorius	51
5.3.3. Tractus digestivus	51
5.3.4. Tractus urogenitalis	52
5.3.5. CZS en neurologische stoornissen	52

5.3.6.	Overige somatische problematiek	53
5.4.	Psychiatrische comorbiditeit.	53
5.4.1.	Angst- en stemmingsstoornissen (waaronder de bipolaire stoornis)	53
5.4.2.	Psychotische stoornissen	54
5.4.3.	Persoonlijkheidsstoornissen	54
5.4.4.	ADHD	54
5.4.5.	Suïcidaliteit	54
5.4.6.	Verslaving/gebruik van (andere) middelen	54
5.5.	Graviditeit, partus en lactatie	55
5.5.1.	Inleiding	55
5.5.2.	Graviditeit	55
5.5.3.	Partus	56
5.5.4.	Lactatie	56
	Hoofdstuk 6: Benzodiazepinegebruik	65
6.1.	Epidemiologie van het benzodiazepinegebruik	61
6.2.	Nadelen verbonden aan benzodiazepinegebruik	65
6.3.	Wat gaat aan het afbouwen van benzodiazepinegebruik vooraf?	66
6.4.	Een handreiking voor veilige benzodiazepineafbouw	66
6.5.	Wanneer is afbouw van benzodiazepinen niet gewenst (uitzonderingen)?	67
	Hoofdstuk 7: Andere medicamenten: adjuvante medicatie en terugvalpreventie	71
7.1.	Inleiding	71
7.2.	Medicamenteuze terugvalpreventie	71
7.3.	Adjuvante symptoomgerichte medicamenteuze behandeling	74
7.3.1.	Anti-emetica	74
7.3.2.	Anti-diarreemiddelen	74
7.3.3.	Niet-opioïde analgetica	74
7.3.4.	Tranquillizers	74
7.3.5.	Slaapmedicamenten	75
	Hoofdstuk 8: Organisatie van methadontoediening	77
8.1.	Inleiding	77
8.2.	Verstrekkingvorm, sterkte en keuze hiervoor	77
8.3.	Dosering van methadon, frequentie en tijdstip	78
8.4.	Gemiste doseringen en braken	78
8.5.	De organisatie van de methadonverstrekking	79
8.6.	Receptuur en bewaren	79
	Hoofdstuk 9: Registratie	83
9.1.	Inleiding	83
9.2.	Huidige situatie	83
9.3.	Keten van voorschrijven tot uitdelen van de medicatie	84
9.4.	Ontwikkelingen op het gebied van registratie en gegevensoverdracht.	84
	Hoofdstuk 10: Samenwerking in de verschillende instanties / echelons	87
10.1.	Inleiding	87
10.2.	Het proces van zorg	87
10.3.	De inhoud van de zorg	88
10.4.	Aantal voorzieningen en trajecten binnen de inrichtingen	89
10.5.	Inhoud van de zorg (elektronische dossiervorming)	90
10.6.	Professioneel niveau	91
10.7.	Organisatieniveau	91

Samenstelling van de werkgroep

- Mw. M.T. Arends, verslavingsarts/politiearts Den Haag, Vereniging van Verslavings-geneeskunde Nederland
- Dhr. mr. C.M. Boeij, portefeuillehouder externe betrekkingen
- Mw. drs. T. Cucic-Malesevic, psychiater, JellinekMentrum, Amsterdam
- Dhr. dr. J.J.E. van Everdingen, dermatoloog, secretaris Medisch Wetenschappelijke Raad CBO (secretaris werkgroep)
- Dhr. C. du Fossé, locatiedirecteur Penitentiare Inrichting, Vught
- Dhr. H.A. de Haan, eerste geneeskundige/psychiater Tactus Verslavingszorg Deventer, Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie en Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Mw. drs. G. van 't Hoff, senior-beleidsmedewerker DJI, Concernstaf Uitvoeringsbeleid, afdeling beleidsontwikkeling, Den Haag
- Dhr. prof.dr. N.S. Klazinga, hoogleraar Sociale Geneeskunde Amsterdam (voorzitter werkgroep)
- Mw. N Rozenbroek, apotheker Amsterdam, Amsterdam Institute for Addiction Research
- Dhr. R. Runhert, huisarts/penitentiair geneeskundige, Amsterdam, Landelijke Vereniging van Penitentiair Geneeskundigen
- Mw. M.L.S. Swagemakers, huisarts/penitentiair geneeskundige, Veenhuizen, Landelijke Vereniging van Penitentiair Geneeskundigen
- Dhr. A.G. Tenhaeff, forensisch geneeskundige Utrecht, Forensisch Medische Maatschappij Utrecht
- Mw. G. Wegdam, penitentiair verpleegkundige Penitentiare Inrichting Almelo, Landelijke Beroepsvereniging van Justitieel Verpleegkundigen
- Dhr. M. Westra, arts-medisch adviseur DJI, Concernstaf Uitvoeringsbeleid, afdeling gezondheidszorg, Den Haag

Uitgangsvragen

1. Wat is de huidige stand van zaken rond medicamenteuze zorg aan gedetineerde opiaatverslaafden?
2. Wat is de omvang van de verslavingsproblematiek in penitentiaire inrichtingen in Nederland?
3. Wat is de 'state of the art' van de medicamenteuze behandeling van opiaatverslaafden?
4. Wie komen in aanmerking voor start, onderhoud, afbouw met methadon (indicatiestelling)?
5. Hoe om te gaan met opiaatverslaafden en comorbiditeit die interacties veroorzaakt en dosisaanpassingen vergt:
 - a. infecties zoals HIV/AIDS, tuberculose, hepatitis B/C;
 - b. somatische stoornissen (hartfalen, COPD, enz.);
 - c. psychiatrische stoornissen (persoonlijkheidsstoornis, psychotische stoornis, ADHD);
 - d. zwangerschap.
6. Zin en onzin van gebruik van benzodiazepines door opiaatverslaafde gedetineerden?
7. Wat is de positie van andere medicamenten (bijvoorbeeld naltrexon) bij gedetineerde verslaafden?
8. Hoe kan de methadontoediening het beste worden georganiseerd:
 - a. welke schema's worden hierbij aanbevolen?
 - b. waar kunnen de medicijnen het beste worden bewaard?
 - c. hoe (in vloeibare of vast vorm)?
 - d. hoe wordt het toezicht uitgeoefend?
9. Hoe vindt de registratie plaats en ziet de informatievoorziening eruit?
10. Hoe kan de samenwerking in de verschillende instanties, echelons worden bevorderd?

Inleiding

Aanleiding

Er is een grote heterogeniteit in beleid en zorg aan gedetineerde opiaatverslaafden in Nederland. Er zijn aanzienlijke verschillen in aanpak tussen zorgverleners en er is sprake van een gebrekkige overdracht van gegevens, waardoor regelmatig problemen ontstaan met de continuïteit van zorg aan de voordeur en de achterdeur van de penitentiaire instellingen.

De Directieraad DJI heeft op 27 juni 2006 ingestemd met het projectvoorstel 'ontwikkeling richtlijn medicamenteuze zorg voor gedetineerde verslaafden'. Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO te Utrecht heeft opdracht gekregen de ontwikkeling van de richtlijn te ondersteunen. Hiervoor is eind 2006 een werkgroep samengesteld. De opdracht van de werkgroep is te komen tot een evidence-based richtlijn medicamenteuze zorg voor gedetineerde verslaafden. De werkgroep heeft haar werk gedaan onder voorzitterschap van prof.dr. N.S. Klazinga, hoogleraar sociale geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam en met methodologische ondersteuning van dr. J.J.E. van Everdingen, secretaris van de Medisch Wetenschappelijke Raad van het CBO.

Het focus is in eerste instantie gelegd op de methadonverstrekking aan gedetineerde verslaafden. In tweede instantie is aandacht besteed aan medicamenteuze interventies bij verslaafde gedetineerden in ruimere zin, zoals de verstrekking van benzodiazepines, overige tranquillizers en psychiatrische medicatie die al of niet in combinatie met methadon wordt gebruikt.

Doelstelling

In eerste instantie was het de opdracht van de werkgroep te komen tot een consensus over het methadonbeleid in de justitiële inrichtingen. Het bleek dat methadon niet geïsoleerd besproken kan worden, maar dat methadonbehandeling geplaatst moet worden in een breder kader van medische interventies voor verslaafden.

De meeste verslaafde gedetineerden zijn polydruggebruikers. Meestal gaat het om gebruik van heroïne en/of cocaïne (Gezondheidsraad 2002/08). In verschillende onderzoeken onder verslaafde gedetineerden meldde een minderheid van de gedetineerden als belangrijkste middel cannabis, alcohol of amfetaminen (Gezondheidsraad 2002/08). Daarnaast vermeldt de literatuur dat de prevalentie van misbruik van benzodiazepines bij opiaatverslaafden hoog is (Oude Voshaar 2001). Daarom is besloten om ook andere psychofarmaca en opiaatvervangende behandelingen in de opdracht mee te nemen en te spreken over 'medische interventies voor gedetineerde verslaafden'. In deze richtlijn ligt de nadruk op de behandeling van opiaatverslaving. Voor behandeling van nicotine- en alcoholafhankelijkheid wordt verwezen naar de betreffende richtlijnen van het CBO.

Het doel van het rapport is de kwaliteit van opiaatvervangende behandelingen en overige medische interventies voor gedetineerde verslaafden in de justitiële inrichtingen binnen de inrichtingen gelijksoortig te laten zijn en gelijkwaardig aan die in de vrije maatschappij. Tot nu toe ontbreekt eenheid in beleid en eenduidigheid in het verstrekkingbeleid omdat inrichtingsartsen zich ook laten leiden door hun individuele opvattingen waardoor de behandeling voor gedetineerden soms onvoorspelbaar en willekeurig is.

Gedetineerden verlaten ooit de penitentiaire inrichting of omdat hun straftijd

voorbij is of omdat zij extern behandeld worden. Het is van belang dat het medisch beleid van de inrichtingsartsen aansluiting vindt en samenhang heeft met het medische beleid van externe verslavingszorginstellingen om op die manier de continuïteit van de zorg te bevorderen.

Een goede medische zorg betekent ook dat er een realistische doelstelling moet zijn die voor de verslaafde kan variëren van onthouding tot 'harm reduction'. Wanneer het verslavingsgedrag hanteerbaar is, kan dat een gunstige invloed op het crimineel gedrag hebben, althans voor zover dat verband houdt met de verslaving.

Doelgroep

Een consensus onder medische beroepsbeoefenaars werkzaam in de justitiële inrichtingen heeft pas een professionele status als deze tevens gedragen wordt door de medische beroepsverenigingen, zijnde justitieel geneeskundigen, justitieel verpleegkundigen en forensisch psychiaters werkzaam in het Gevangeniswezen. Om die reden is er bij de samenstelling van de werkgroep rekening gehouden met een evenwichtige vertegenwoordiging van de relevante beroepsgroepen. Twee directieleden van een penitentiaire inrichting, en een senior beleidsmedewerker en een medisch adviseur van het hoofdkantoor Dienst Justitiële Inrichtingen zijn als observatoren tot de werkgroep toegetroten. De werkgroep bestond zodoende uit vertegenwoordigers van de volgende organisaties:

- Forensisch Medische Maatschappij Utrecht
- Landelijke Beroepsvereniging van Justitieel Verpleegkundigen
- Landelijke Vereniging van Penitentiair Geneeskundigen
- Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Vereniging Directeuren van Penitentiaire Inrichtingen van directieleden in penitentiaire en aanverwante Inrichtingen
- Vereniging van Verslavingsgeneeskunde Nederland

Het doel van gezondheidszorg in justitiële inrichtingen is de gedetineerden een verantwoorde gezondheidszorg te bieden die kwalitatief vergelijkbaar is met de zorg die de burger in de vrije maatschappij ontvangt. Delict, lengte van de straf, status, landsaard of het feit dat men al voor de zoveelste keer is veroordeeld, mag in de hulpverlening geen rol spelen. Verslaving en de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis spelen uiteraard wel een rol van betekenis bij de vraag of en welke hulp moet worden geboden.

Uitgangsvragen

De uitgangsvragen vormen de basis voor de verschillende hoofdstukken van deze richtlijn. Deze staan genoemd aan het begin van ieder hoofdstuk. De richtlijn beoogt dus niet volledig te zijn.

Uitgangspunten

De Dienst Justitiële Inrichtingen heeft met betrekking tot de zorgverlening de volgende uitgangspunten:

Equivalentiebeginsel

De Gezondheidszorgvisie van Dienst Justitiële Inrichtingen is: DJI draagt in haar

inrichtingen zorg voor een doeltreffende, doelmatige en op de patiënt gerichte gezondheidszorg, waarvan de kwaliteit gelijkwaardig is aan de gezondheidszorg in de vrije maatschappij, rekening houdend met de bijzondere situatie van de vrijheidsbeneming.

Professionele onafhankelijkheid van de arts

Gedetineerden worden behandeld op basis van medisch wetenschappelijk gefundeerde inzichten. Medische zorg voor gedetineerden is onafhankelijk van het gepleegde delict, soort straf, maatregel of type inrichting, maar soms kan de lengte van het verblijf in detentie wel een rol spelen.

Juridisch Kader

De Dienst Justitiële Inrichtingen heeft de verplichting om aan personen die zich in detentie bevinden gezondheidszorg van goede kwaliteit te bieden. In de beginse-lenwetten voor de penitentiaire inrichtingen, jeugdinrichtingen en tbs-klinieken zijn artikelen opgenomen, waarin het recht op gezondheidszorg van de justitiabele en de verplichting van de directeur om hierin te voorzien, is geformuleerd.

Zorg op maat

Het aanbod van gezondheidszorg is zodanig dat rekening wordt gehouden met de mogelijkheden en de zorgbehoefte van de ingesloten en de specifieke omstan-digheden van de vrijheidsbeneming. Speciale aandacht gaat uit naar ingesloten en met psychische stoornissen en/of een verslaving. Bij voorkeur ondersteunt het medicatiebeleid andere vormen van hulpverlening en behandeling.

Continuïteit van (na)zorg

Ondanks sancties die door de inrichting aan de gedetineerde zijn opgelegd, moet de continuïteit van de medische behandeling gewaarborgd zijn. Ten behoeve van de gezondheidszorg in de inrichtingen wordt gestreefd naar continuïteit van zorg door goede afstemming met samenwerkingspartners in de gezondheidszorg.

Samenstelling van de werkgroep

Voor het ontwikkelen van de richtlijn werd een multidisciplinaire werkgroep inge-steld, bestaande uit vertegenwoordiging van justitieel geneeskundigen, justitieel verpleegkundigen en forensisch psychiaters. De Directieraad DJI heeft als toehoorder in de werkgroep geparticipeerd. Bij het samenstellen van de werkgroep werd rekening gehouden met de geografische spreiding van de werkgroepleden, met een evenredige vertegenwoordiging van de diverse betrokken verenigingen en instan-ties. De werkgroepleden hebben onafhankelijk gehandeld en waren gemandateerd door hun vereniging.

Werkwijze van de werkgroep

De werkgroep werkte gedurende een jaar (acht vergaderingen) aan een concept-richtlijntekst. In de voorbereidingsfase werd een knelpuntanalyse uitgevoerd. Aan een geselecteerde lijst van betrokkenen werd een enquête voorgelegd, waarbij res-pondenten uitgebreid in de gelegenheid werden gesteld knelpunten te benoemen en onderwerpen aan te dragen. De werkgroep destilleerde uit de resultaten van de enquête de in de richtlijn vermelde uitgangsvragen. De werkgroepleden hebben de literatuur beoordeeld op inhoud en kwaliteit. Vervolgens schreven de werk-

groepleden teksten, waarin de beoordeelde literatuur werd verwerkt, die tijdens vergaderingen werden besproken en na verwerking van de commentaren werden geaccordeerd.

De uiteindelijke teksten vormden samen de conceptrichtlijn, die in december 2007 op een landelijke richtlijnbijeenkomst aan bij het onderwerp betrokken zorgverleners werd gepresenteerd. De commentaren, die tijdens deze bijeenkomst op de conclusies en aanbevelingen zijn gemaakt, zijn in de definitieve versie van de richtlijn verwerkt.

Wetenschappelijke bewijsvoering

De aanbevelingen uit deze richtlijn zijn voor zover mogelijk gebaseerd op bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Relevante artikelen werden gezocht door het verrichten van systematische zoekacties in de Cochrane Library, Medline, Embase, PsychInfo. De geraadpleegde periode beslaat voor de meeste hoofdstukken de afgelopen 15 jaar; in sommige gevallen werd verder in de tijd teruggegaan. De artikelen werden geselecteerd op grond van de volgende criteria: (a) overwegend Engelstalige, Duitstalige, of Nederlandstalige publicaties, (b) gepubliceerd als 'full paper', (c) studietype. Met behulp van PICO systematiek is de zoekactie opgebouwd. Dit houdt in dat voor elke uitgangsvraag een zoekvraag is geformuleerd waarbij zoveel mogelijk deze structuur is gehanteerd, te weten Patiënt – Interventie – Controle – Outcome. De zoekvragen hebben de P als gemeenschappelijke onderdeel, de overige onderdelen van de PICO werd geformuleerd op basis van de uitgangsvraag. Omdat bij sommige vrij grote hoeveelheden artikelen werden verkregen, is het resultaat beperkt tot de systematische reviews of RCT's over de desbetreffende onderwerpen. Vervolgens werden de belangrijke artikelen geselecteerd. Na deze selectie bleven de artikelen over die als onderbouwing bij de verschillende conclusies in de richtlijn staan vermeld. De geselecteerde artikelen zijn vervolgens gegradeerd naar de mate van bewijs, waarbij de indeling is gebruikt zoals te zien is in tabel 1.

Tabel 1: Indeling van de literatuur naar de mate van bewijskracht met betrekking tot preventie of therapie

A1	systematische reviews, die tenminste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn;
A2	gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde trials) van voldoende omvang en consistentie;
B	gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, patiënt-controle-onderzoek);
C	niet-vergelijkend onderzoek;
D	mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Niveau van bewijs van de conclusies

1	systematische review (A1) of tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde on-derzoeken van niveau A1 of A2;
2	tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B;
3	onderzoek van niveau A2 of B of onderzoek van niveau C;
4	mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Totstandkoming van de aanbevelingen

Voor het komen tot een aanbeveling zijn er naast het wetenschappelijke bewijs vaak andere aspecten van belang, bijvoorbeeld: beschikbaarheid van speciale technieken of expertise, organisatorische aspecten, maatschappelijke consequenties of kosten. Deze overige overwegingen worden besproken na de 'Conclusie(s)'. Hierin wordt de conclusie op basis van de literatuur geplaatst in de context van de dagelijkse praktijk en vindt een afweging plaats van de voor- en nadelen van de verschillende beleidsopties. De uiteindelijk geformuleerde aanbeveling is het resultaat van het beschikbare bewijs in combinatie met deze overwegingen.

Het volgen van deze procedure en het opstellen van de richtlijn in dit 'format' heeft als doel de transparantie van de richtlijn te verhogen. Het biedt ruimte voor een efficiënte discussie tijdens de werkgroepvergaderingen en vergroot bovendien de helderheid voor de gebruiker van de richtlijn.

Implementatie en evaluatie

In de verschillende fasen van de ontwikkeling van het concept van de richtlijn is zoveel mogelijk rekening gehouden met de implementatie van de richtlijn en de daadwerkelijke uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. De richtlijn wordt verspreid naar alle relevante beroepsgroepen en penitentiaire inrichtingen. Ook wordt een samenvatting van de richtlijn ter publicatie aangeboden aan het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, evenals andere specifieke vaktijdschriften. Om de implementatie en evaluatie van deze richtlijn te stimuleren, zijn ook aanbevelingen geformuleerd ten aanzien van de implementatie.

Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar wetenschappelijk onderbouwde en breed gedragen inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners zouden moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Aangezien richtlijnen uitgaan van 'gemiddelde patiënten', kunnen zorgverleners in individuele gevallen zo nodig afwijken van de aanbevelingen in de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, soms zelfs noodzakelijk. Wanneer bewust van de richtlijn wordt afgeweken, moet dit echter beargumenteerd, gedocumenteerd en, waar nodig, in overleg met de patiënt worden gedaan.

Autorisatie

De richtlijn is geautoriseerd door de volgende verenigingen:

- Forensisch Medische Maatschappij Utrecht
- Landelijke Beroepsvereniging van Justitieel Verpleegkundigen
- Landelijke Vereniging van Penitentiair Geneeskundigen
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Vereniging van Verslavingsgeneeskunde Nederland

Daarnaast heeft de Directieraad DJI instemming verleend aan de richtlijn.

Hoofdstuk 1: Huidige stand van zaken

Uitgangsvraag:

Wat is de huidige stand van zaken rond medicamenteuze zorg aan gedetineerde opiaatverslaafden?

Gerda van 't Hoff, Cees Boeij, Constant du Fossé

1.1. Inleiding

Veel justitiabelen kampen met matige tot ernstige verslavingsproblematiek, vaak gecombineerd met andere stoornissen en problemen op tal van andere leefgebieden. De ervaring heeft geleerd dat drugsgebruik en drugsafhankelijkheid bij diverse gedetineerdencategorieën voorkomt, zowel in standaardregimes als in de bijzondere regimes. Van de verslaafden zit 40% in een regulier regime, de overige in een bijzonder regime. Alle inrichtingen voeren een drugsbeheersingsbeleid, in de wetenschap dat echt drugsvrije detentie nauwelijks bestaat. Middelen daarbij zijn controle op de invoer van goederen, onderzoek aan of in het lichaam, celinspecties, sancties bij gebruik, frequente urinecontroles, onthouding van verloffaciliteiten of van doorplaatsing naar (half)open inrichtingen. Opiaatverslaafde gedetineerden komen in aanmerking voor substitutietherapie met het doel de vraag naar drugs te verminderen.

De wijze waarop in de justitiële inrichtingen inhoud en vorm wordt gegeven aan medische zorg voor gedetineerde verslaafden en verslavingszorg, moet aansluiten bij de missie van DJI:

De missie van DJI luidt: DJI levert een bijdrage aan de veiligheid van de samenleving door tenuitvoerlegging van vrijheidsstraffen en vrijheidsbenemende maatregelen en door de aan onze zorg toevertrouwde personen de kans te bieden een maatschappelijk aanvaardbaar bestaan op te bouwen.

De gezondheidszorg en verslavingszorg DJI leveren hieraan een belangrijke bijdrage. De Gezondheidszorgvisie DJI luidt:

DJI draagt in haar inrichtingen zorg voor een doeltreffende, doelmatige en op de patiënt gerichte gezondheidszorg, waarvan de kwaliteit gelijkwaardig is aan de gezondheidszorg in de vrije maatschappij, rekening houdend met de bijzondere situatie van de vrijheidsbeneming.

DJI heeft de verplichting om aan personen die zich in detentie bevinden gezondheidszorg van goede kwaliteit te bieden. In de beginselenwetten voor de penitentiaire inrichtingen, jeugdinstellingen en Tbs-klinieken zijn artikelen opgenomen, waarin het recht op gezondheidszorg van de justitiabele en de verplichting van de directeur om hierin te voorzien, is geformuleerd.

1.2. Medische zorg in detentie

Het hulpaanbod in de justitiële inrichtingen is enerzijds gericht op onthouding van drugs en anderzijds op het beperken van schade aan de gezondheid van de individuele gebruiker. In alle inrichtingen heeft de gedetineerde krachtens artikel 42 PBW recht op medische verzorging en wel bij voorkeur door een aan de inrichting verbonden huisarts. Indien gewenst kan een gedetineerde, onder voorwaarden,

een arts van zijn keuze raadplegen. De inrichtingsarts heeft enkele malen per week spreekuur en een gedetineerde heeft het recht met de arts te spreken. De hulpverlening wordt geboden op basis van dezelfde principes als in de vrije maatschappij gebruikelijk is. Dat betekent ook dat aansluiting gezocht zal worden bij de behandeling die voor detentie werd ondergaan. Een behandeling met medicijnen wordt in beginsel in de inrichting voorgezet. Dat geldt ook voor de verstrekking van methadon. Dit equivalentiebeginsel strekt zich uit over de hele detentieduur. In elke inrichting werken verpleegkundigen die gedurende kantooruren aanwezig zijn. Er kan een beroep worden gedaan op gespecialiseerde hulpverleners als de psychiater, de psycholoog of, indien aanwezig, een medewerker van een externe verslavingszorginstelling.

1.3. Regelgeving medische zorg in detentie

Normen voor de kwaliteit van de gezondheidszorg in justitiële inrichtingen liggen ook verankerd in nationale en internationale wet- en regelgeving, zoals het Europese Verdrag voor de Rechten van de Mens (art. 2, 5 en 15) en internationale rechtsregels en verdragen voor de behandeling van gedetineerden zoals Standard Rules for the Treatment of Prisoners (United Nations, 1984) en de European Prison Rules (Council of Europe, 2006). Op nationaal niveau is er de Grondwet (art. 5, 10, 11 en 22 lid 1) en de nationale gezondheidszorgwetgeving, waaronder de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZ), Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) en de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet Big).

1.4. Detentietraject/fasering

Penitentiaire inrichtingen worden volgens artikel 9 van de Penitentiaire Beginselwet onderscheiden in huizen van bewaring, gevangnissen en inrichtingen voor stelselmatige daders. Degenen die nog niet veroordeeld zijn, zitten in beginsel in een huis van bewaring; afgestraften verblijven in een gevangenis. Volgens artikel 13 van de PBW worden inrichtingen en afdelingen onderscheiden naar de mate van beveiliging in: zeer beperkt beveiligd, beperkt, normaal, uitgebreid en extra beveiligd. Zodra het mogelijk is, wordt een gedetineerde uit het huis van bewaring geplaatst om te worden ondergebracht in een inrichting voor afgestraften. In beginsel gaat een afgestrafte naar een halfopen inrichting, tenzij lengte van de straf, een vervolgstaf, verblijfstatus, gedrag of delict zich daartegen verzetten. Detentiefasering is erop gericht de mate van vrijheidsbeperking te verbinden met de fase waarin de gedetineerde verkeert en de vrijheid die verantwoord en passend is. Het principe is gebouwd op toenemende vrijheden naarmate het einde van de straf meer in zicht komt.

De maatregel TBS (terbeschikkingstelling) met dwangverpleging kan worden opgelegd door de rechtbank. De plaatsing in het Forensisch Psychiatrisch Centrum (voorheen Tbs-kliniek) volgt op het huis van bewaring en wordt al of niet voorafgegaan door een gevangenisstraf. Het betreft dan ernstige gewelds- en/of zedendelicten, waarbij er sterke aanwijzingen zijn voor een causale relatie tussen de stoornis(sen) en het/de delict(en) op grond waarvan er zowel een verminderde vorm van toerekeningsvatbaarheid als een gevaar voor recidive bestaat. Als het gaat om verslaafden is er sprake van ernstige psychiatrische comorbide stoornissen op As 1 en/of 2.

Matrix inkomst – uitvoering detentie – vervolgtrajecten

Inkomst uit:	Uitvoering		Vervolgtrajecten
	Huis van bewaring (HvB)	Gevangenis	
Politiebureau	HvB/ inkomstenafdeling HvB/ basisregime	Gevangenis/ basisregime	Andere inrichting (PI) Tbs-kliniek
Andere Justitiële inrichting	Hvb/pré-ISD Doorgeleidingsprogramma Zorgintensieve regimes Regimes beheersrisico/ beperkt gemeenschap geschikten	Doorgeleidings- programma Zorgintensieve regimes Regimes beheersri- sico/beperkte gemeenschap geschikten	Doorgeleidingsprogramma (Forensische)(verslavings) zorg-instantie ambulante hulpverlening residentiële hulpverlening. Huisarts
Politiebureau / Vreemdelingen - politie	Civielrechtelijke vreem- delingenbewaring (Detentiecentrum en/of Uitzetcentrum) Strafrechtelijke vreemdelin- genbewaring (Detentiecentrum en/of Uitzetcentrum)		Land van herkomst Onbekende bestemming

1.5. Detentiedifferentiatie

In geen land is het penitentiaire stelsel zo gedifferentieerd als in Nederland. De 'Detentie op Maat'-gedachte dateert uit de begin tachtiger jaren en heeft er toe geleid dat we naast de standaardregimes van het huis van bewaring en de gevangenis nu om en nabij de 20 detentievarianten kennen. Deze laten zich indelen als variaties in zorgintensiteit en beheersrisico. De zorgintensieve(re) regimes zijn de begeleidings- of behandelings-afdelingen zoals BZA (Bijzondere Zorg Afdeling), IBA, BIBA, FOBA, FSU, VBA, SOV/ISD en het Penitentiair Ziekenhuis. De variaties in beheersrisico zijn te vinden in de afzonderingsafdelingen LAA, LABG en daarnaast in de gevangenisafdelingen met het regime van beperkte gemeenschap (BGG), de extra beveiligde inrichting (EBI) en de z.g. terroristenafdeling (TA).

In nagenoeg alle regimes geldt zowel een sterke zorgbehoefte als beheersproblematiek bij de gedetineerden. Zo is bij 60% van de gedetineerden op de (2) Landelijke Afzonderingsafdelingen sprake van een geestelijke stoornis, voor de (2) Landelijke Afdelingen voor Beheersgevaarlijken (LABG) geldt dat voor 90% van de populatie. De primair op zorg ingestelde afdelingen zijn tevens toegesneden op hantering van crises met een veiligheidsrisico voor medebewoners en personeel. Lang niet alle inrichtingen zijn voorzien van deze bijzondere afdelingen. Het merendeel van de inrichtingen kent echter wel een bijzondere zorg afdeling (BZA), een eerste en onderste trede in extra zorg na de standaardzorg van het huis van bewaring- of gevangenisregime.

De totale celcapaciteit telt in 2007 ruim 15000 plaatsen, waarvan nagenoeg 2300 meer-persoonscellen (voornamelijk duocellen). De omvang van de bijzondere afdelingen meet ongeveer 700 plaatsen, en is daarmee iets geringer in omvang dan het totaal aan varianten van regimes voor vrouwen. Recente schattingen stellen dat er in de reguliere regimes nog eens 700 gedetineerden schuil gaan met een ernstige psychische stoornis.

Wat betreft de verbetering van de behandelingsmogelijkheden voor gedetineerden

met psychiatrische en/of verslavingsproblematiek in het gevangeniswezen, wijzen wij op de ontwikkelingen binnen het veranderingstraject 'modernisering gevangeniswezen'. Om een hoger zorgniveau te realiseren, zullen binnen de bestaande capaciteit van het gevangeniswezen 700 bijzondere zorgplaatsen worden gerealiseerd. Hiervoor zijn middelen beschikbaar die oplopen tot 55,7 miljoen euro structureel in 2011. Een deel van deze plaatsen wordt in de reguliere GGZ ingekocht. De overige plaatsen worden, samen met de huidige voorzieningen (ongeveer 600 plaatsen) geconcentreerd in (naar verwachting) vijf zorgcentra. In deze zorgcentra zal, gegeven de beperkingen van de detentiesituatie, zorg aan gedetineerden met een psychiatrische aandoening en/of verslavingsproblematiek worden geleverd volgens het equivalentieprincipe. Dit wil zeggen dat een behandeling wordt aangeboden van een niveau dat vergelijkbaar is met een behandeling die in de gewone maatschappij wordt geleverd. Het doel van de behandeling is stabilisatie en vervolgbehandeling gericht op het verbeteren van de psychische toestand en het geheel functioneren van betrokkene. Continuïteit van de zorg staat daarbij voorop.

1.6. Verslavingszorg detentie

Waar verslaving mede aan de basis ligt van het delictgedrag, is het zaak de verslavingsproblematiek aan te pakken. Er bestaan gedurende het hele justitiële traject mogelijkheden om verslaafden naar zorg toe te leiden. Dat kan op vrijwillige basis, onder drang of met dwang.

Behandeling van de verslaving onder justitiële drang blijkt effectief, zo toont zowel nationaal als internationaal onderzoek aan. (ZonMW 2006) Het onder drang toeleiden naar zorg gebeurt echter maar zeer beperkt. Enerzijds zijn sommige sancties 'per definitie' niet zo geschikt om de verslavingsproblematiek aan te pakken (bijv. taakstraffen en (zeer) korte gevangenisstraffen), anderzijds worden de mogelijkheden die er wel zijn onvoldoende benut. (bijv. penitentiaire programma's (PP), artikel 43.3 plaatsingen of toepassing van bijzondere voorwaarden). De aanpak in de komende vier jaar zal leiden tot een verdubbeling van het aantal verslaafden dat onder justitiële drang naar zorg wordt toegeleid (van 3.000 naar 6.000 verslaafden in een zorgtraject in 2011).

De behandeling van drugsverslaafden in Nederlandse penitentiaire inrichtingen was tot voor enkele jaren beperkt tot de Verslavingsbegeleiding Afdeling (VBA). Hier zijn er nog maar enkele van. De aanpak op die afdelingen was gericht op het bevorderen van de motivatie af te willen kicken en aan persoonlijk herstel te werken. Dikwijls werden methoden toegepast die gebaseerd waren op die van de therapeutische gemeenschap. De gedetineerde moest dan voldoen aan het vereiste van 'groepsgechikt zijn'. De resultaten waren matig, ondanks het feit dat die afdelingen de bemoeienis kenden van externe verslavingszorginstellingen. Dat kwam onder andere door een relatief kort verblijf van de gedetineerden, een matige motivatie van de gedetineerden en een gebrek aan vervolgvoorzieningen.

Meer en meer is de sfeer van de vrijblijvendheid uit de detentie verdwenen. Met het verschijnen van de nota "Werkzame detentie" in 1994 (TK 1993-1994 22.999) is de trend gezet dat tegenover de inspanningen van justitie en hulpverleners ook van de gedetineerde mag worden verwacht dat deze zich inspannt om de eigen situatie en vooruitzichten te verbeteren. Naast de bestaande hulpverlening op basis van vrijwilligheid (vrijwillige plaatsing op de VBA) zijn er trajecten op basis van drang (sancties bij afbreken van de behandeling) en dwang (Inrichting voor Stelselmatige Daders) bij gekomen.

Vrijwillig

Het al dan niet starten van een hulpverleningstraject heeft geen consequenties voor de persoon.

Drang

Onder drang wordt verstaan het bij de verslaafde justitiabele aandringen om iets aan de verslavingsproblematiek te doen, bijvoorbeeld door het deelnemen aan een programma tijdens detentie en/of het zich laten doorgeleiden naar zorg als alternatief voor detentie.

Dwang

Onder dwang wordt verstaan dat de justitiabele geen alternatief wordt geboden, dat er geen keus is tussen zorg of detentie. Bij het opleggen van de ISD-maatregel wordt de justitiabele geen keus gelaten en wordt er geen alternatief geboden voor opname in de ISD-inrichting. Het gaat om een gedwongen opname, niet om een dwangbehandeling. Momenteel is er geen sprake van een 'dwangbehandeling voor verslaafden'.

Sinds 2001 kenden we de SOV, de strafrechtelijke opvang verslaafden. Deze bestond uit een traject vanuit een drietal penitentiaire bovenregionale voorzieningen (gesloten en open) voor gedetineerden met een alles dominerende verslavingsachtergrond. De rechter kan echter insluiting in een dergelijke instelling niet meer opleggen. Daarvoor is in 2004 de aanpak van veelplegers door plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD) in de plaats gekomen. De rechter legt dan een maatregel op (in plaats van een straf) voor de duur van vierentwintig maanden, waarvan de helft doorgebracht moet worden in een gesloten inrichting, en de rest van de duur van de maatregel in een extramurale opvangvoorziening, met de zorgregie voor de gemeente van herkomst. De begeleiding van de ISD'ers verloopt via een trajectplan, gezamenlijk opgesteld door de inrichting en een reclasseringsinstelling, op basis van een inventarisatie van de persoonlijke recidivisicofactoren (RISc). De rechter ziet tussentijds toe op de vorderingen.

De groep veelplegers/ISD'ers blijkt zeer intensieve zorg te vragen. Er is sprake van veel samenhang met geestelijke problematiek, langere hulpverleningsgeschiedenissen en grote zelfhandhavingtekorten. De ISD kent ook een huis van bewaring-fase (pre-ISD). Zo de populatie van het huis van bewaring al niet opvalt in termen van robuuste verslavingsproblemen en stoornissen, dan is het daarbinnen wel de groep van de veelplegers. De vroege zorg- en hulpverlening concentreren zich in toenemende mate op de overvloed aan problematiek in de huizen van bewaring. Landelijk omvatten die 5000 plaatsen. Het merendeel van de zogenaamde preventief ingesloten verblijft er slechts enkele maanden.

ISD: Inrichting voor stelselmatige dader

Maatregel van twee jaar die in het bijzonder is gericht op de aanpak van zeer actieve veelplegers. Dit zijn: personen van 18 jaar of ouder tegen wie meer dan tien keer een proces-verbaal is opgemaakt. Als voorwaarde geldt dat de verdachte in de afgelopen vijf jaar tenminste drie maal veroordeeld is tot een vrijheidsbenemende straf. In de praktijk wordt de maatregel voornamelijk aan harddruggebruikers opgelegd. Schets van de populatie: 80% verslaafd; 50% psychiatrische problematiek; 10% zwak begaafd; 10% agressieregulatieproblematiek (persoonlijke mededeling E. Blaauw, Bouman GGZ, 2007)

In 2004 en 2005 zijn er 5 pilots 'doorgeleiding' gestart in het kader van het Terugdringen Recidive programma. Deze pilots gaan gepaard met een intensievere samenwerking van inrichting en de drie reclasseringsinstellingen.

Doorgeleiding/DGP

Het doorgeleiden van verslaafden via de DGP's (doorgeleidings-programma's) naar de zorg. Wetenschappelijk onderzoek is gedaan in de PI Grave, PI Haaglanden en PI Arnhem. (Rapport: De justitiabele op zijn plaats, ITS, Nijmegen, januari 2005). Op basis van positieve resultaten (52% van de doorgeleide verslaafden blijft langer dan 2 maanden in externe zorg) is implementatie van doorgeleidingprogramma's gestart in PI Vught, PI Arnhem en wordt de werkwijze in 2007 landelijk uitgerold naar alle huizen van bewaring met een VBA. Samenwerking tussen de GGZ en DJI is een voorwaarde voor succes.

Doorgeleiding vrouwelijke gedetineerden

Vanuit het categorale overleg vrouweninrichtingen is in PI Nieuwegein het landelijke project 'doorgeleiding vrouwelijke gedetineerden' ontstaan. Dit project is in samenwerking met Centrum Maliebaan te Utrecht georganiseerd. Vrouwelijke (verslaafde) gedetineerden hebben andere hulpvragen en andere behoeften aan zorg en begeleiding dan mannelijke gedetineerden. De doorgeleiding van de vrouwen vindt plaats na afloop van de detentie.

Gedurende deze kabinetsperiode wordt de capaciteit voor verslaafden die binnen en vanuit justitieel kader naar zorg wordt toegeleid verdubbeld van 3.000 naar 6.000. Wat al gold voor de inhouding van verloffaciliteiten bij gebruik van drugs, geldt tevens binnen de TR-programma's.

1.7. Nazorg

Een behandeling die abrupt stopt, heeft waarschijnlijk geen goed resultaat. Een voortgezette behandeling onder de vlag van een penitentiair programma of in het kader van bijzondere voorwaarden die bij de nieuwe wet op de voorwaardelijke invrijheidstelling kunnen worden opgelegd wel. Daardoor kunnen gedragsveranderingen worden bewerkstelligd die kunnen bijdragen aan een leven waarin de ex-gedetineerde de wet respecteert er en daarnaar leeft en handelt.

Voor een blijvend positief effect op de vermindering van de verslavingsproblematiek en criminaliteit moet de continuïteit van zorg na afloop van de detentie worden geborgd.

Ook moet worden voorzien in basale randvoorwaarden als huisvesting en inkomen.

DJI spant zich in om de aansluiting op nazorgvoorzieningen te optimaliseren.

Artikel 15 PBW bepaalt dat de selectiefunctionaris verantwoordelijk is voor de plaatsing en overplaatsing. Dat kan ook gaan om plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis of in een andere behandelinrichting.

De medewerker maatschappelijke dienstverlening (MMD'er) screent alle gedetineerden systematisch op de leefgebieden zorg, identiteit, huisvesting en dagbesteding/inkomen. Een individueel nazorgplan wordt opgesteld op basis van inventarisatie van de problematiek op de leefgebieden.

Niet Justitie maar de gemeente is verantwoordelijk voor de aansluiting bij de nazorg. De resultaten van de screening worden tijdig aan de gemeente beschikbaar gesteld.

Voor langgestrafte verslaafde gedetineerden stelt de verslavingsreclassering een individueel integratieplan op, op basis waarvan de gewenste aanpak kan worden uitgevoerd. Onderdeel kan zijn het deelnemen aan gedragsinterventies die zijn gericht op het terugdringen van de verslavingsproblematiek. Vanuit het programma Terugdringen Recidive is in 2005 door de minister een onafhankelijke erkenningscommissie ingesteld. Deze commissie toetst gedragsinterventies op basis van wetenschappelijke kwaliteitscriteria.

Ook toeleiding naar ambulante verslavingszorg in het kader van PP (penitentiair programma) of opname in een verslavingskliniek in het kader van een artikel 43.3-plaatsing past in deze gerichte aanpak.

1.8. Knelpunten zorgcapaciteit

Naar schatting 50% van de gedetineerde verslaafden heeft naast de verslavingsproblematiek ook te kampen met de comorbiditeit van andere psychiatrische problemen (zie hoofdstuk 2). Ondanks het gedifferentieerde zorgaanbod in Nederland is voor deze comorbide groep weinig specifieke zorg beschikbaar. Deze gedetineerden zijn moeilijk te plaatsen of krijgen zorg die zich ofwel toespitst op de verslaving of op de psychische problematiek. Een aanzienlijke groep heeft dusdanig chronische verslavings- en psychische problematiek, dat volledig afkicken en genezing niet haalbaar is. Niet 'cure' maar 'care' is voor deze groep nodig. Echter, vooralsnog is adequate, langdurige opvang in onvoldoende mate voorhanden. Het wetenschappelijk onderzoek- en documentatiecentrum (WODC) van Justitie is gestart met een onderzoek naar de zorgbehoeften van (verslaafde) justitiabelen dat ook de behoefte voor deze comorbide groep verslaafden inzichtelijk moet maken.

Hoofdstuk 2: Omvang van de verslavingsproblematiek bij justitiabelen

Uitgangsvraag:

Wat is de omvang van de verslavingsproblematiek bij justitiabelen en in het bijzonder bij gedetineerden?

Hein de Haan

Onder justitiabele drugsverslaafden worden druggebruikers verstaan, die voldoen aan de criteria voor afhankelijkheid, misbruik en pathologisch gebruik van de DSM-IV / ICD-10 en daarnaast in aanraking zijn geweest met politie en/of justitie. In het herkenningssysteem van de politie (HKS) worden verdachten echter op andere gronden als “druggebruiker” geregistreerd dan op basis van bovenstaande officiële classificatiecriteria voor verslaving.

Dit betekent dat het om verschillende populaties kan gaan. Volgens de Nationale Drug Monitor (NDM 2005) levert het HKS een onderschatting op van het aantal verdachten met problematisch druggebruik. In 2001 werden met HKS 8730 verdachten als druggebruiker geregistreerd, van wie 91% een man was. Andere kenmerken van deze groep zijn dat bijna de helft uit één van de vier grote steden komt en van niet-Nederlandse afkomst is.

De gemiddelde leeftijd is 37 jaar en 46% was jonger dan 18 toen ze voor het eerst met de politie in aanraking kwamen. Bekijkt men het type delict waarvan de druggebruikers verdacht worden dan pleegde in het jaar 2004 56% vermogensmisdrijven zonder geweld, 9% vermogensdelicten met geweld, 23% vernieling en delicten tegen de openbare orde en 22% een Opiumwetdelict. In 1998 was 19% van de daders van een opgehelderde moord en/of doodslag een druggebruiker. Ten tijde van de moord was 6% onder invloed van drugs en 19% onder invloed van alcohol. Van de slachtoffers bleek 7% verslaafd aan drugs en 5% verslaafd aan alcohol te zijn. Gekeken in 1993/1995 naar het aandeel van verslaafde verdachten in misdrijfzaken (m.u.v. Wegenverkeerswet, Wet Economische delicten en een restcategorie) blijkt dat het in 15% om harddrugverslaafden en in 2% om softdrugverslaafden gaat. Er bestaat nu een groep van ongeveer 6000 “zeer actieve veelplegers”, dat wil zeggen daders, die in de achterliggende periode van vijf jaar meer dan tien maal met Justitie in aanraking zijn gekomen. Van deze groep wordt 70% als regelmatige harddruggebruiker geschat. Bovenstaande gegevens komen uit de NDM 2005 en de uitgave Geregistreerde drugcriminaliteit in cijfers van het WODC (2003).

De volgende gegevens komen deels uit “Verslaving: de effectiviteit van verslavingszorg in een justitieel kader” (ZonMW 2006). De groep verdachten van bijna 20.000 draaideurcriminelen tussen 1997 en 2001 vormde 3% van het totale aantal verdachten, maar was verantwoordelijk voor 60% van alle onvoorwaardelijke gevangenisstraffen tot drie maanden. Gezien hun profiel is het waarschijnlijk dat dit groten-deels drugsverslaafden zijn. Uit onderzoek naar de prevalentie van verslaving in verschillende steekproeven van Nederlandse gedetineerden (in 2004: 37.500) blijkt dat 51% regelmatig middelen gebruikt, 44% verslavingsproblematiek heeft en 30% ernstig drugafhankelijk is. Ongeveer de helft van de gedetineerden met afhankelijkheid of misbruik van middelen volgens het psychiatrische classificatiesysteem DSM-III-R voldoet tevens aan de DSM-criteria voor minstens één andere stoornis. Uit een systematische review van Fazel e.a. (2006) naar “substance abuse and

dependence in prisoners”, bleek uit 13 studies onder 7.563 gedetineerden dat de prevalentie van alcoholmisbruik en –afhankelijkheid onder mannelijke gedetineerden lag tussen de 18% en de 30% en voor de vrouwelijke populatie tussen de 10% en 24%. De prevalentie van drugmisbruik en –afhankelijkheid varieerde bij mannelijke gedetineerden tussen 10% en 48% en bij vrouwelijke tussen 30% en 60%. Alleen studies werden geïncludeerd, waarbij de diagnostiek door goed gevalideerde semi-gestructureerde instrumenten of door psychiaters was verricht binnen drie maanden na binnenkomst in de penitentiaire inrichting (PI). Er was een substantiele heterogeniteit tussen de studies, die vooral in de VS (88%) en voor een klein deel in Groot-Brittannië, Ierland en Nieuw-Zeeland werden verricht. Deze prevalenties bleken hoger uit te komen dan in grote cross-sectionele studies in PI-populaties werden gevonden.

In een zeer recent uitgevoerde Nederlandse studie (IVO 2007) met als titel “Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen” werden 637 gedetineerden in 8 Huizen van Bewaring (voornamelijk preventief gehechten) gescreend op problematisch gebruik van alcohol en drugs en problematisch gokken.

De resultaten komen sterk overeen met eerder genoemde prevalentiegegevens. Bij 30% van de gedetineerden is sprake van problematisch alcoholgebruik, bij 38% van problematisch druggebruik (problematisch harddruggebruik en/ of een hoog risico op problematisch cannabisgebruik), en bij 6% van problematisch gokken. Bij 24% is er een probleem met het gebruik van harddrugs, waarbij het gebruik van cocaïne (19%), sedativa (15%) en opiaten (12%) het meest voorkomt en het gebruik van stimulantia (4%) minder vaak aan de orde is. Bij 22% is er een hoog risico op problematisch cannabisgebruik en bij 11% een matig risico. Wanneer al het problematisch gebruik en gedrag wordt samengevat, dan blijkt 60% van de gedetineerden in reguliere detentie één of andere vorm van problematisch middelengebruik dan wel problematisch gokken te hebben.

Psychische problemen komen ook vaak voor bij problematisch gebruikende of gokkende gedetineerden. Van de gehele groep bestaat bij 75% een indicatie voor problematiek van de persoonlijkheid, bij meer dan de helft een indicatie voor een mogelijke angststoornis, bij ongeveer een derde een indicatie voor een mogelijke depressieve stoornis, en bij ongeveer 40% een indicatie voor de aanwezigheid van psychotische klachten. Voor de screening van deze stoornissen zijn echter wel zelfbeoordelinginstrumenten gebruikt, zoals de SAPAS en de HADS die, voor zover bekend, niet of slechts gedeeltelijk voor deze populatie zijn gevalideerd. Daarnaast kan er bij ongeveer 40% van de problematische gebruikers en gokkers gesproken worden van slecht lichamelijk functioneren. Van de 381 problematische gebruikers/gokkers uit de screening heeft 47% een probleem met één middel, 27% een probleem met twee middelen en 26% met drie of meer middelen (waaronder gokken). Van hen die met twee middelen problemen ervaren, gaat het meestal om problemen met cannabis en harddrugs, met cannabis en alcohol of met alcohol en harddrugs. Zij die problemen ervaren met drie middelen hebben meestal problemen met de combinatie harddrugs, cannabis en alcohol.

Wat betreft de delictkenmerken worden de langste criminele carrière en het hoogste aantal geregistreerde delicten gevonden bij problematische harddruggebruikers, vooral bij probleemgebruikers van opiaten, cocaïne en sedativa. Bij problematische alcoholgebruikers lijken de meest ernstige delicten zoals moord en doodslag

en diefstal met geweld vaker voor te komen. Het aantal geregistreerde delicten is groter voor de probleemgebruikers van meerdere middelen.

Conclusies

Niveau nvt	De prevalentie van problematisch middelengebruik bij gedetineerden is circa 50%. Van deze groep vertoont weer de helft psychiatrische comorbiditeit in de vorm van angst-, stemmings-, psychotische en persoonlijkheidstoornissen. Verwervingscriminaliteit wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt door een kleine groep veelplegers, die vooral uit harddruggebruikers bestaat. Ernstige (geweld)delicten worden vaker gezien bij problematische alcoholgebruikers.
-------------------	--

Niveau nvt	Prevalentiegegevens met betrekking tot verslaving van niet-gedetineerde justitiabelen zijn niet of nauwelijks bekend.
-------------------	---

Hoofdstuk 3: State of the art van medicamenteuze behandeling

Uitgangsvraag:

Wat is de state of the art van de medicamenteuze behandeling van opiaatverslaving?

Hein de Haan, Marleen Arends

3.1. Inleiding

Er worden in de Richtlijn Opiatonderhoudsbehandeling (RIOB, 2005) in navolging van de Gezondheidsraad (2002) vier verschillende aspecten aan de medicamenteuze behandeling van opiaatverslaving onderscheiden, te weten: detoxificatie (ontwenning), stabilisatie (schadebeperking), palliatie (verlichten van het lijden door chronisch gebruik van heroïne) en overlastbestrijding, al wordt dit laatste niet echt als doel gezien.

In navolging van de internationale literatuur en specifiek gericht op de functie van de medicamenteuze interventie, lijkt een tweedeling in detoxificatie versus onderhoudsbehandeling op zijn plaats. Aan opiaten verslaafde patiënten vertonen vaak een hoge mate van comorbiditeit met andere vormen van misbruik of afhankelijkheid van andere middelen (zie tabel 3.2 voor een overzicht van intoxicatie- en onthoudingsbeelden van verschillende middelen) en/of met andere psychiatrische stoornissen.

Het gaat dan vaak om angst-, stemming en/of persoonlijkheidsstoornissen bij polydruggebruikers, die naast de heroïne andere middelen als cocaïne, alcohol, cannabis, benzodiazepines etc. gebruiken. Tevens is er een hoge mate van comorbiditeit met somatische stoornissen als HIV/AIDS, hepatitis B/C etc.

In dit hoofdstuk wordt uitgegaan van aan opiaten verslaafde (gedetineerde) patiënten. Er zal echter voortdurend rekening moeten worden gehouden met deze vormen van comorbiditeit, die van invloed zijn op de keuze van het/de behandelgoal(en) en de kans op complicaties en/of bijwerkingen van zowel detoxificatie van of een onderhoudsbehandeling met opiaten. Er is voor gekozen om middelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, zoals lofexidine, en/of vanwege ernstige bijwerkingen uit de (Nederlandse) handel zijn genomen, zoals LAAM, niet te bespreken. In dit hoofdstuk komen vooral opiaatvervangende middelen aan de orde. Medicamenteuze terugvalpreventie na opiaatdetoxificatie in de vorm van naltrexon en de symptomatische behandeling van detoxificatieverschijnselen is in hoofdstuk 7 opgenomen.

Het continueren van de door de verslavingszorg geïndiceerde behandeling geniet de voorkeur. Aangezien dat voor de populatie gedetineerde opiaatverslaafden meestal een opiaatonderhoudsbehandeling betreft, zal dit onderwerp eerst aan de orde komen. De uitgebreide aandacht, die daarna aan het onderwerp detoxificatie wordt besteed moet dan ook niet als een pleidooi voor detoxificatie bij deze populatie opgevat worden. Het heeft te maken met de complexiteit van het onderwerp.

3.2. Onderhoudsbehandeling

Een onderhoudsbehandeling kan in het teken staan van het stoppen met het bijgebruik van andere (illegale) opiaten dan het voorgeschreven middel c.q. een (partiële) opiaatagonist. In de RIOB (2005) wordt dan gesproken van stabilisatie.

Om terugval in illegaal opiaatgebruik te voorkomen, wordt er vanuit gegaan dat het voor-

geschreven middel zo (hoog) gedoseerd moet worden dat er geen craving en/of onthoudingsverschijnselen optreden. In het geval van craving is er in de literatuur discussie of dit alleen farmacologisch, dus door het ophogen van de (partiële) agonist, voorkomen kan worden. Ook niet farmacologische aspecten, zoals (klassieke) conditionering lijken hierin een rol te kunnen spelen. Wel heeft ophoging (tot een bepaald maximum) van de (partiele) agonist een vermindering van de craving tot gevolg (RIOB 2005).

Een onderhoudsbehandeling kan ook beperking van het risico of de schade (harm reduction) als behandeldoel hebben. Het verminderen van het bijgebruik van andere opiaten dan het voorgeschreven middel wordt dan niet direct nagestreefd en/of haalbaar geacht. Toch is ook hierbij vaak een achterliggend doel van de hulpverlening om het bijgebruik van de illegaal verkregen opiaten te reduceren, om daardoor het leven van de verslaafde patiënt wat meer te stabiliseren. In de RIOB wordt in dit geval gesproken van palliatie, al wordt dat in eerdere instantie gekoppeld aan het onder medisch toezicht voorschrijven van heroïne. De Gezondheidsraad (2002) stelt dat bij palliatie het verlichten van lijden primair is. In deze behandeling kunnen volgens dit orgaan zowel heroïne als heroïne-equivalente roesopiaten een rol spelen.

In de RIOB wordt gerefereerd aan ander onderzoek waarbij patiënten qua methadononderhoudsbehandeling werden onderverdeeld in:

- goed geïntegreerd (4.500);
- niet geïntegreerd (5.000);
- extreem problematisch (3.000).

Deels in navolging hiervan, maar vooral gebaseerd op de richtlijn patiëntprofielen (Resultaten Scoren 2003) is de RIOB gekomen tot drie hoofdprofielen in de methadongebruikende populatie:

- scènemijders;
- scènebezoekers;
- scènebewoners.

Deze indeling is in de RIOB verder gedifferentieerd en op grond van deze profielen zijn de indicaties voor de verschillende vormen van behandeling en begeleiding, waaronder de voor te schrijven (hoeveelheid) aan medicatie (methadon of buprenorfine) tot stand gekomen.

3.2.1. Methadon en buprenorfine

De NDM-achtergrondstudie stelt in 2004 dat in Nederland methadon als eerste keus wordt beschouwd, hoewel in het buitenland met buprenorfine bijna even goede resultaten worden geboekt. Beide middelen werken in tal van opzichten gunstig, waarbij de patiënten langer onder behandeling blijven en minder heroïne en andere opiaten (bij) gebruiken (A1-niveau). Er is volgens de NDM bewijs dat patiënten door deze interventie minder crimineel gedrag gaan vertonen, minder risico lopen op een overdosering van opiaten en op infectieziekten (A1-niveau). In 2006 zijn deze conclusies met nieuw onderzoek verder bevestigd. Aanbevolen wordt om de (gunstige) uitkomsten van behandeling met buprenorfine in het buitenland in Nederland te testen. Onderzoek naar de verschillen in effectiviteit tussen methadon en buprenorfine laten een licht voordeel ten gunste van methadon zien, al is het vanwege de verschillende doseringen niet gemakkelijk te vergelijken (Mattick 2003: A1-niveau).

Uit de literatuurstudie van de RIOB naar methadon (P.Vossenbergh, 2005) komt naar voren dat een dosering van methadon van 60 mg tot 120 mg methadon per dag voor de meeste patiënten voldoende is.

Hogere doseringen kunnen echter aangewezen zijn bij tekenen van ontwenning, voortdurende craving of (frequent) bijgebruik van illegale opiaten. In de conclusie wordt gesteld dat er voldoende bewijs is dat een onderhoudsbehandeling met methadon in hogere doseringen, die meestal tussen de 60 mg en 160 mg liggen, effectiever is in het in behandeling houden van opiaatafhankelijke patiënten (Vossenbergh 2005, Faggiano e.a. 2003; A1-niveau). In adequate (hogere) dosering voorgeschreven neemt tijdens de behandeling het gebruik van niet voorgeschreven opiaten (A1-niveau) af. Gerapporteerd wordt dat onvoldoende onderzocht is of tijdens de onderhoudsbehandeling de psychische en fysieke gezondheid van patiënten verbeteren. In de periode dat een patiënt wordt ingesteld op methadon bevindt zich het grootste risico op overlijden. Startdoseringen rond de 20 mg – 30 mg worden in het algemeen goed verdragen en lijken veilig te zijn. Verhogingen van 10 mg om de 4-5 dagen worden op farmacologische gronden redelijk geacht. Volgens de RIOB is er geen onderzoek verricht waaruit blijkt dat een bepaalde orale vorm van methadon (tabletten of vloeibaar) de voorkeur verdient.

In de RIOB is ook een uitgebreide literatuurstudie naar buprenorfine gepubliceerd (Van Nieuwenhuis e.a., 2005). Hieruit komt de effectiviteit naar voren van buprenorfine ten opzichte van een placebobehandeling (zie ook Mattick e.a. 2003/2005: A1-niveau).

Enkele studies geven gelijkwaardigheid van methadon en buprenorfine m.b.t. onderhoudsbehandeling aan, maar sommige studies, waaronder meta-analyses, rapporteren in hogere doseringen een hogere effectiviteit van methadon t.o.v. buprenorfine, vooral wat betreft de retentie in het programma (Mattick e.a. 2003 /2005: A1-niveau). In de literatuur komt naar voren dat een hogere dosering buprenorfine (8 mg – 32 mg) effectiever is. Mogelijk is een dosering van 8 mg – 16 mg te laag en moet er > 16 mg gedoseerd worden om met hogere doseringen methadon (> 60 mg) te kunnen concurreren (Nieuwenhuis e.a. 2005; Mattick e.a. 2003/2005: A1-niveau).

Er zijn aanwijzingen in de literatuur dat buprenorfine een gunstiger bijwerkingenprofiel heeft dan methadon, al lijken er meer bijwerkingen op te treden wanneer naloxon aan de buprenorfine wordt toegevoegd. Door de langere halfwaardetijd van buprenorfine kan dit middel, in tegenstelling tot methadon, eens in de twee of drie dagen ingenomen worden. Door de partiële agonistische werking van buprenorfine lijkt de kans op overdosering en verslaving kleiner te zijn. Echter intraveneus gebruik van buprenorfine in combinatie met benzodiazepines zou zeer gevaarlijk zijn. Ook het behandelen van een overdosering buprenorfine m.b.v. naloxon is lastiger. Van de antagonistische werking van buprenorfine op de κ -opioïde receptor lijkt een antidepressief effect uit te gaan, waardoor de effectiviteit van buprenorfine groter lijkt te zijn dan methadon wanneer de afhankelijkheid gepaard gaat met een depressie (Nieuwenhuis e.a. 2005: B-niveau).

Wanneer buprenorfine wordt ingesteld, dient men te wachten totdat er ontwenning wordt waargenomen. Dat betekent dat men tenminste zes uur abstinente van heroïne en 24 – 36 uur abstinente van methadon dient te zijn. Daarbij kan de methadon het beste afgebouwd worden tot 30 of 40 mg voordat er met buprenorfine wordt gestart.

Wanneer te snel gestart wordt met buprenorfine ontstaat een onthoudingssyndroom door de partiële antagonistische werking van buprenorfine. In de RIOB-literatuurstudies wordt beschreven dat de combinatie van zowel methadon als buprenorfine met een psychosociale interventie de effectiviteit t.a.v. het gebruik

van illegale, niet-voorgeschreven opiaten lijkt te kunnen verbeteren (Amato e.a. 2004: A1-niveau). De RIOB stelt dat de keuze voor methadon of buprenorfine, naast de beschikbaarheid, bepaald wordt door de ernst van de verslavingsproblematiek, door het gebruik van andere psychoactieve stoffen en door de somatische en psychiatrische comorbiditeit. Het eerder genoemde patiëntprofiel kan daarbij helpen een keuze te maken. Op basis van de huidige stand van zaken komen alleen de scenemijders, waarbij gestelde doelen detoxificatie en stabilisatie zijn, in aanmerking voor buprenorfine. Scenebezoekers en -bewoners hebben als doelen stabilisatie en palliatie, waarvoor methadon geadviseerd wordt.

Ook de recente NICE-richtlijn (2007) geeft aan dat methadon en buprenorfine aanbevolen worden als opties voor onderhoudsbehandeling van opiaatafhankelijkheid. De keuze van het middel moet volgens deze richtlijn op patiëntniveau op basis van een individuele afweging gemaakt worden. Beide middelen kunnen in aanmerking komen. De verantwoordelijke arts moet samen met de patiënt de verschillende voor- en nadelen op een rij zetten en op grond daarvan een keuze maken. Als beide middelen even geschikt zijn verdient methadon de voorkeur. Dit sluit aan bij de eerder genoemde systematische reviews van de NDM (2004 /2006), Vossenbergh (2005) en Mattick e.a. (2003/2005). Beide middelen zouden gedurende drie maanden dagelijks onder supervisie moeten worden ingenomen. Pas wanneer er zekerheid is over de therapietrouw van de patiënt zou deze supervisie gereduceerd mogen worden. Sociale factoren als de zorg voor kinderen of het hebben van werk kunnen hierin een rol spelen. De overige bevindingen in de NICE-richtlijn verschillen niet wezenlijk van de uitkomsten van de NDM-studie en de RIOB-studies c.q. -aanbevelingen.

Verskillende leden van de werkgroep hebben de ervaring dat wanneer een op methadon ingestelde patiënt vanuit de scene in detentie of in de kliniek opgenomen wordt, de dosis methadon soms te hoog kan blijken te zijn en de patiënt te suf/gesedeerd is. Een verklaring hiervoor kan liggen in het feit dat vooraf aan detentie cocaïne of andere stimulantia naast methadon werden genomen. Bij het wegvallen van dit gebruik komt het sedatieve effect van methadon sterker naar voren. Mogelijk stimuleert de cocaïne het metabolisme zodanig dat bij het wegval- len hiervan methadon toch minder snel wordt omgezet of betreft het een farmacodynamisch effect.

3.2.2. Andere middelen in het kader van een opiaatonderhoudsbehandeling

Voor de onderhoudsbehandeling komen in Nederland drie middelen in aanmerking, namelijk methadon, buprenorfine (al dan niet met naloxon) en heroïne. Aangezien dit laatste middel alleen in een experimentele conditie voorgeschreven kan worden (al zal dat niet lang meer duren), komt dit niet in deze richtlijn aan de orde en wordt voor nadere informatie over de juiste wijze van medisch voorschrijven van heroïne verwezen naar het protocol van de CCBH (2003). Palfium (dextromoramide) is in één Nederlandse studie bij 6 patiënten gebruikt (de Vos e.a. 1999) naast methadon, waaruit geringe aanwijzingen kwamen dat de methadon lager gedoseerd kon worden en mogelijk de craving iets afnam (niveau C). Sindsdien is er geen onderzoek meer naar gedaan. Op dit middel wordt daarom verder niet ingegaan.

3.3. Detoxificatie

De detoxificatie staat in principe in het teken van een behandeling gericht op abstinentie van opiaten, al kan een middelenvrije periode ook in het teken staan van

diagnostiek. Vanwege de hoge terugval in gebruik van opiaten na alleen een detoxificatie (90-95%, Gezondheidsraad 2002) is de algemene mening dat deze interventie altijd gekoppeld dient te worden aan een psychosociale interventie gericht op terugvalpreventie. Detoxificatie zonder terugvalpreventie wordt als een inadequate vorm van behandelen gezien. Psychosociale interventies gericht op terugvalpreventie bestaan uit cognitief-gedragstherapeutische technieken. Hiermee wordt de verslaafde patiënt geleerd om situaties te herkennen waarin de kans groot is dat hij opnieuw middelen gaat gebruiken alsook hoe dit gebruik te voorkomen en/of hoe de mate van dit gebruik te beperken.

Voor de detoxificatie van opiaten wordt verwezen naar de richtlijn Detox van Resultaten Scoren (de Jong e.a. 2004). In principe komen er 4 verschillende medicamenteuze methodes voor het afbouwen van opiaten in aanmerking.

Uit o.a. de EDOCRA-studie (de Jong e.a. 2004/2005), Gezondheidsraad (2002) en een Cochrane-review (2006) blijkt dat detoxificatie van opiaten onder anesthesie (de ultrasnelle methode) geen meerwaarde t.o.v. andere methoden oplevert (A1-niveau) en vanwege de kans op ernstige bijwerkingen en hoge kosten wordt afgeraden. Ook de NDM achtergrondstudie (van Gageldonk e.a. 2004 / 2006) benoemt deze methode als twijfelachtig. Gowing e.a. (2006) raden op basis van 6 studies (waarvan 5 RCT's) narcose bij detoxificatie af (A1-niveau). De eerder hierboven genoemde 4 methodes betreffen:

1. De gemiddelde dagelijks gebruikte dosis opiaten (meestal gaat het om heroïne en/of methadon) omzetten in een equivalente aanvangsdosis methadon en deze dosis binnen een bepaalde tijd afbouwen (zie tabel 1).
2. Heroïne en/of lage doses methadon (< 30 mg) binnen een week afbouwen met behulp van buprenorfine (zie tabel 1).
3. Ontwenning m. b. v. $\alpha 2$ -adrenerge agonist clonidine.
4. De zogenaamde snelle detoxificatiemethode, waarbij de patiënt ingesteld wordt op de opiaatantagonist naltrexon in combinatie met symptoomgerichte medicatie.

In de NDM-achtergrondstudie wordt in 2004 de conclusie getrokken dat methadon eerste keuze is voor detoxificatie bij opiaten en buprenorfine tweede keus, zij het dat dit middel overigens nog onvoldoende is geëvalueerd in de Nederlandse situatie. Dit laatste geldt zeker voor detentie. Voor beide medicijnen is het effect op A1-niveau aangetoond. Volgens de auteurs zou men de keuze tussen beide middelen moeten laten afhangen van de wensen van de gebruiker. In 2006 is deze conclusie met nieuwe onderzoeksresultaten herbevestigd. Dit zou vooral gelden voor de hogere doseringen methadon of buprenorfine, al wordt niet omschreven wat dit inhoudt voor de wijze of snelheid van afbouw van deze middelen.

3.3.1. Methadon

Bij het afbouwen met behulp van methadon in geval van alleen heroïnegebruik wordt gewoonlijk gestart met een dosering van 30 – 40 mg methadon (10 mg methadon per 0,1 gram heroïne per dag met een maximum van 40 mg) (de Jong e.a. Richtlijn detox 2004). Blijkt dit te weinig dan kan eventueel in latere instantie worden opgehoogd, zie hiervoor ook hoofdstuk 4.

Bij twijfel aan opiatengebruik c.q. veiligheidsoverwegingen kan met een halve dosering gestart worden. In dat geval is het zinvol om een urineonderzoek naar opiaten te laten plaatsvinden (zie hoofdstuk 4). Met name ook omdat sommige drugs-

gebruikers bewust hogere doseringen heroïne aangeven om voldoende methadon te krijgen. Bij intraveneus gebruik kan eventueel wat hoger gedoseerd worden dan bij het chinezen van de heroïne.

Wanneer methadon al wordt voorgeschreven dan wordt uitgegaan van de bestaande dosering methadon (altijd controleren bij voorschrijvende instantie) en kan er voor de gebruikte heroïne nog 20 mg methadon per gram heroïne worden bij gerekend. Dit is echter een gemiddelde gebaseerd op straatheroïne, die wisselt qua sterkte (dus percentage aanwezige heroïne per gram). Wanneer heroïne op medisch recept wordt voorgeschreven, gaat het om zuivere en dus veel sterkere heroïne en zal een andere omrekeningsfactor nodig zijn. Hiervoor kan men de betreffende medische heroïneverstrekkingseenheid (voor adressen zie website CCBH) raadplegen. In onderstaande tabel (tabel 3.1) worden twee mogelijke afbouwschema's gegeven uitgaande van een startdosis van 60 mg methadon. Bij een hogere startdosis kan per dag 10 – 20 mg worden afgebouwd of zo veel minder als gewenst c.q. met de patiënt overeengekomen. Bij een lagere startdosis kan van een latere dag in het schema worden uitgegaan. Onderzoek naar ontwenning van opiaten in detentie is niet bekend. Uit klinische studies komen aanwijzingen dat afbouwschema's van 21 dagen of korter betere resultaten hebben dan langere afbouwschema's (C-niveau). Tevens wordt gesuggereerd dat een vast afbouwschema effectiever is dan een flexibel afbouwschema (B-niveau) (Richtlijn Detox 2004). Of de detentiesituatie beter met een klinische of ambulante situatie vergeleken kan worden, staat natuurlijk ter discussie en is afhankelijk van het zorgniveau en de mogelijkheden tot gebruik van de detentieafdeling. Wanneer de detentiesituatie beter te vergelijken is met een ambulante situatie, dan kan men voor een langzamer afbouwschema dan hier genoemd kiezen, bijvoorbeeld 2 mg om de 2 tot 4 dagen. Er is geen onderzoek naar de effectiviteit hiervan bekend. Uiteindelijk zal de arts in goed overleg met de opiaatafhankelijke patiënt een afbouwschema afspreken dat zo goed mogelijk door verpleegkundige en arts wordt bewaakt en indien nodig bijgesteld.

3.3.2. Buprenorfine

Buprenorfine (met of zonder naloxon) kan pas gegeven worden als er opiaatont-houdingssymptomen verschijnen, anders kan er door de partiële antagonistische werking een onthoudingsbeeld ontstaan. Dat betekent dat men na heroïnegebruik minimaal 6 uur moet wachten en 24 -36 uur na methadongebruik. Het verdient de voorkeur om methadon eerst naar 30 mg af te bouwen. Dit middel moet men circa 4 minuten onder de tong laten smelten (sublinguaal). Bij lage tolerantie voor opioïden is de startdosis 2-4 mg, bij hoge tolerantie 6-8 mg.

Uit een aantal onderzoeken blijkt een meerwaarde van het toevoegen van naloxon (opiaatantagonist) aan buprenorfine. In Nederland en andere landen is deze combinatie geregistreerd onder de naam Subuxone en zoals het er nu naar uitziet, zal het in de nabije toekomst in ons land de enige verkrijgbare vorm van buprenorfine zijn. Deze combinatie voorkomt dat buprenorfine intraveneus werkzaam is. Als deze combinatie intraveneus gebruikt wordt, werkt de naloxon wel en dus de buprenorfine niet, maar bij oraal gebruik wordt de naloxon afgebroken en werkt de buprenorfine wel. Het heeft geen invloed op de orale toediening doordat alle naloxon dan in de lever onwerkzaam wordt gemaakt. De achterliggende gedachte is dat intraveneus gebruik voorkomen moet worden, omdat deze vorm van gebruik, naast de risico's van intraveneus gebruik, meer kans op het ontstaan van verslaving geeft.

Tabel 3.1: Voorbeelden van “klinische” afbouwschema’s (uitgaande van methadon-drink van 2mg/ml). Pas op: bij twijfel aan opiatengebruik en/of afhankelijkheid nooit hoger starten dan met 20 mg methadon (zie tekst). Een met de ambulante situatie vergelijkbare langzame vorm van methadonafbouw is bijvoorbeeld 2 mg om de 2 tot 4 dagen (zie tekst).

Middel	Methadon (snelle “klinische” afbouw)	Methadon (langzame “klinische” afbouw)	Buprenorfine
Dag 1	60 mg	60 mg	6 mg (4 – 8 mg)
Dag 2	50 mg	50 mg	10 mg (4 -14 mg)
Dag 3	40 mg	45 mg	8 mg (2 -12 mg)
Dag 4	35 mg	40 m g	6 mg (2 – 8 mg)
Dag 5	30 mg	35 mg	4 mg (0 – 8 mg)
Dag 6	25 mg	30 mg	(0 – 4 mg)
Dag 7	20 mg	26 mg	(0 – 2 mg)
Dag 8	16 mg	24 mg	
Dag 9	12 mg	22 mg	
Dag 10	8 mg	20 mg	
Dag 11	6 mg	18 mg	
Dag 12	4 mg	16 mg	
Dag 13	2 mg	14 mg	
Dag 14	-	12 mg	
Dag 15		10 mg	
Dag 16		8 mg	
Dag 17		6 mg	
Dag 18		4 mg	
Dag 19		4 mg	
Dag 20		2 mg	
Dag 21		2 mg	
Dag 22		-	

3.3.3. Andere opiaatvervangende middelen

Uit verschillende studies is gebleken dat methadon en buprenorfine te prefereren zijn boven clonidine (NDM 2004 /2006: A1-niveau). Volgens de Gezondheidsraad (2002) is er bij clonidine naast een (ernstige) daling van de bloeddruk, melding gemaakt van psychotrope effecten, van verslaving aan clonidine en van sterke reboundverschijnselen bij abrupt staken van gebruik. Dextropropoxyfeen (Depronal) is een synthetische opiaatagonist. Dit middel is in de tachtiger en negentiger jaren zowel in de verslavingszorg als in detentie gebruikt voor de detoxificatie van opiaatgebruikers (Hardman 1996). Gebruikelijke doses dextropropoxyfeen hebben acute intoxicatieverschijnselen veroorzaakt bij gelijktijdig (overmatig) alcoholgebruik (Farmacotherapeutisch Kompas 2007). Wegens de hoge prevalentiecijfers van een fatale afloop door de hepatotoxische interactie van dextropropoxyfeen met paracetamol in verschillende Europese landen, wordt het voorschrijven van dextropropoxyfeen ontraden (Prescrire Int. 2006; niveau C).

Tabel 3.2: Intoxicatie- en onthoudingsbeelden (toegevoegd Eerste hulp bij opiaten-overdosis)

Middel	Intoxicatie	Onthouding
Alcohol	Dubbele tong, onaangepast gedrag, aandachtsstoornissen, bewustzijnsdaling, adem-halingsdepressie.	Angst, opwinding, slapeloosheid, transpireren, misselijkheid, braken, trillen, sympathische hyperactiviteit: snelle pols, hypertensie. Eventueel: insulten of delier.
Opiaten	Vernauwde pupillen, bewustzijnsdaling, ademhalingsdepressie, onduidelijke spraak, hypotensie, daling hartfrequentie. Eerste hulp bij een overdosis: Toediening van de opiatenantagonist naloxon (Narcan: 0,4 mg/ml in een ampul van 1 ml). Startdosis is 0,4 mg; bij uitblijven van verbetering na 2 tot 3 minuten herhalen tot maximaal 3 doses. Pas op voor een ernstig ontwenningbeeld met eventueel cardiale complicaties bij te snelle toediening. Bij langwerkende opiaten observatie van 24 uur.	Tranende ogen, loopneus, geeuwen, zweten, ver-grote pupillen, kippenvol, koude rillingen, angst, dysforie, craving, sympathische hyperactiviteit, slaapproblemen, maagdarm-problemen, spierkram-pen, botpijn en soms ongewenste ejaculatie. Na de acute fase volgt de chronische onthoudingsfase waarbij patiënten een verminderd algemeen welbe-vinden ervaren.
Cocaïne	Euforie, maar ook onaangepaste gedrags-verande-ringen, zoals gevoelens en uitingen van grootheid, overmatige waakzaamheid, agressie, angst, psy-chomotore opwinding (tandenknarsen), verminderd oordeelsvermogen, verwardheid, visuele of tactiele hallucinaties (psychosen). Somatisch: hartkloppingen (tachycardie) met soms pijn op de borst, dyspneu, hyperthermie, mydriasis (vergrote pupillen), hypertensie, transpireren of ril-lingen, misselijkheid of braken tot (vaak bij overdo-sering) ernstige verschijnselen als convulsies, CVA's of andere cardiovasculaire complicaties, extreme buikpijn (bolletjesslikkers), inwendige bloeding.	De acute onthoudingsperiode ("crash") kan binnen minuten na de korte roes ("flash") dikwijls na het "basen" van cocaïne ontstaan. Het daaropvolgende onthoudingsbeeld verschilt sterk per persoon en verloopt ook meestal zonder complicaties. Kenmerken kunnen zijn: prikkelbaarheid, ruste-loosheid, slaapproblemen, angst, depressiviteit, vermoeidheid, toe- of afgenomen eetlust, aspec-ifieke pijn, rillingen, tremoren of onwille-keurige bewegingen.
Benzo-diazepi-nes	Dubbele tong, aandachtsstoornissen, coördina-tie-stoornissen, hypotensie, coma, ademhalings-depressie.	Angst, slaapproblemen, sympathische hyperacti-veit, maagdarmklachten, insulten, delier.
Cannabis	Ontspanning, euforie, slaperigheid tot lethargie, gie-chelen/lachen, versterkte of veranderde sensorische belevingen en soms veranderingen in perceptie, analytisch vermogen en/of psychomotorische func-ties. Vooral bij hoge doses kunnen onrust en angst overgaan in paniek met soms achterdocht, verward-heid, hallucinaties en kan een psychose optreden. Fysieke kenmerken kunnen zijn: een verhoogde polsslag, tremoren, spierzwakte, versterkte conjunc-tivale injectie (rode ogen), verminderde intra-ocu-laire druk, misselijkheid, hongergevoel, verhoogde eetlust, hoofdpijn en urineretentie. Diep inhaleren kan (zelden) resulteren in een pneumothorax.	Het onthoudingsbeeld is niet erg specifiek en wordt vrijwel alleen gezien na dagelijks langdurig en intensief gebruik. Er zijn meestal geringe klachten bij ontwenning. Bij acuut staken: angst, onrust, verminderde eetlust, depressie, geïrriteerdheid, sla-peloosheid, tremoren en koude rillingen.

Conclusies

Niveau 1	<p>Methadon en buprenorfine (al dan niet in combinatie met naloxon) zijn beide effectieve middelen in de onderhoudsbehandeling bij opiaatafhankelijkheid.</p> <p><i>A1 NDM-achtergrondstudie 2004/2006, RIOB-2005, NICE-2007</i></p>
Niveau 1	<p>Methadon is in hoge doseringen (> 60 mg) effectiever dan buprenorfine in de retentie van patiënten in het programma.</p> <p><i>A1 Mattick e.a. 2003/2005, RIOB 2005</i></p>
Niveau 1	<p>Buprenorfine is in hogere doseringen (> 16 mg) effectiever dan lagere doseringen (< 16 mg).</p> <p><i>A1 Mattick e.a. 2003/2005, RIOB 2005</i></p>
Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat buprenorfine effectiever is dan methadon bij een co-morbide depressieve stoornis.</p> <p><i>B Nieuwenhuis e.a. 2005, RIOB 2005</i></p>
Niveau 4	<p>De keuze voor methadon of buprenorfine kan op patiëntniveau op basis van een individuele afweging gemaakt worden. Beide middelen kunnen in aanmerking komen. De verantwoordelijke arts zet samen met de patiënt de verschillende voor- en nadelen op een rij en maakt op grond daarvan een keuze.</p> <p><i>D NICE 2007, RIOB 2005</i></p>
Niveau 1	<p>Methadon en buprenorfine (al dan niet in combinatie met naloxon) zijn effectieve middelen bij de detoxificatie van opiaten.</p> <p><i>A1 NDM achtergrondstudie, 2004/2006</i></p>
Niveau 1	<p>Ultrasnelle methode (narcose) van ontwennen van opiaten heeft geen meerwaarde boven de andere (snelle) methoden van afbouw.</p> <p><i>A1 NDM achtergrondstudie, 2004/06, Cochrane 2003, De Jong e.a. 2004</i></p>
Niveau 1	<p>Bij het ontwennen van opiaten met het α-2 adrenerge middel clonidine zijn er meer bijwerkingen dan met methadon of buprenorfine.</p> <p><i>A1 NDM achtergrondstudie, 2004/2006</i></p>
Niveau 3	<p>Wegens de fatale hepatotoxische interactie van dextropropoxyfeen (Depronal) met paracetamol wordt het voorschrijven van dit middel ontraden.</p> <p><i>C Prescrire Int. 2006</i></p>

Overige overwegingen

Gezien de beperkte ervaring met en onduidelijkheid over de vergoeding van buprenorfine, al dan niet met naloxon, in de Nederlandse gezondheidszorg verdient de onderhoudsdosering met methadon momenteel nog de voorkeur boven de onderhoudsdosering met buprenorfine, al dan niet met naloxon. Ook op basis van een kosteneffectiviteitsstudie heeft methadon, daar het als medicijn veel goedkoper is, de voorkeur. Dit betekent echter niet dat patiënten die ingesteld staan op buprenorfine overgezet worden op methadon. Gezien de uitstekende resultaten met buprenorfine in het buitenland en de beperkte therapeutische mogelijkheden met één middel (methadon) bij de opiaatonderhoudsbehandeling in Nederland, is de werkgroep van mening dat het toevoegen van buprenorfine in de vorm van suboxone een gewenste uitbreiding is van het medicamenteuze arsenaal voor gedetineerde opiaatafhankelijke patiënten.

Wanneer een opiaatafhankelijke patiënt in detentie wordt ingesteld op een opiaatonderhoudsbehandeling dan wordt hierover van te voren met de verslavingszorg van de regio van herkomst van patiënt contact opgenomen en de indicatie hiervoor doorgesproken. Indien een patiënt met een opiaatonderhoudsbehandeling bij binnenkomst in detentie te gesedeerd blijkt te zijn en buiten detentie cocaïne en/of andere stimulantia gebruikt, dan kan dit een overweging zijn om de onderhoudsmedicatie te verlagen. Bij ontslag uit detentie wordt dan met de verslavingszorg beleid afgesproken over het al dan niet instellen op de oorspronkelijke dosering.

Gezien de beperkte ervaring met en onduidelijkheid over de vergoeding van buprenorfine (met of zonder naloxon) in de Nederlandse gezondheidszorg verdient de ontwenning met methadon momenteel nog de voorkeur boven de ontwenning met buprenorfine. Dit standpunt dient echter regelmatig opnieuw geëvalueerd te worden, daar het op basis van het farmacologische profiel en de ervaring tot nu toe goed voorstelbaar is dat een ontwenning met behulp van buprenorfine in vergelijking met methadon minder bijwerkingen vertoont. Voor de snelle detoxificatiemethode is gezien de beperkte ervaringen in de Nederlandse verslavingszorg en de eisen die aan de setting gesteld worden, volgens de werkgroep, voorlopig nog geen plaats in detentie. Mogelijk dat dit in de toekomst kan wijzigen, wanneer er gespecialiseerde zorgcentra in detentie voorhanden zijn en er daarnaast meer ervaring met deze methode in de reguliere verslavingszorg is opgedaan.

Aanbevelingen

In de opiaatonderhoudsbehandeling van opiaatafhankelijke justitiabelen adviseert de werkgroep methadon of buprenorfine in hogere doseringen te gebruiken. In geval van blijvende ontwenningverschijnselen of craving zal een verhoging van de bestaande dosis overwogen dienen te worden. De keuze voor een van beide middelen kan gemaakt worden op basis van individuele patiëntvariabelen. Wanneer er op basis van deze patiëntvariabelen geen overtuigende voorkeur bestaat dan adviseert de werkgroep om methadon voor te schrijven.

In het kader van een opiaatonderhoudsbehandeling raadt de werkgroep gezien de geringe evidentie het gebruik van dextromoramide (Palfium) af.

Het ontwennen van opiaten (heroïne en methadon) met behulp van methadon of buprenorfine (al dan niet met naloxon) komt, gezien de uitgebreide evidentie, als standaardbehandeling voor opiaatafhankelijke gedetineerden in aanmerking. Deze methoden genieten in de detentiesituatie de voorkeur boven andere vormen van ontwenning van opiaten.

Voor de ontwenning van opiaten wordt de ultrasnelle methode (narcose) ontraden gezien de hogere kosten en grotere kans op ernstige bijwerkingen. Daarnaast wordt ook voorschrijven van dextropropoxyfeen (Depronol) en clonidine afgeraden.

Hoofdstuk 4: Indicaties voor het starten, onderhouden en afbouwen VAN opiaatvervangende middelen

Uitgangsvraag:

Wie komen in aanmerking voor start, onderhoud en afbouw met opiaatvervangende middelen (indicatiestelling)?

Michel Westra, Hein de Haan, Marleen Arends

4.1. Inleiding

De laatste jaren is een paradigmaverschuiving merkbaar in de verslavingszorg. Verslaving wordt niet langer voornamelijk als een gedragsprobleem beschouwd (het psychosociale paradigma van verslaving), maar als een psychiatrische stoornis met een destructieve leefstijl en een vaak chronisch beloop (het biopsychosociale paradigma van verslaving). De volgende omschrijving van verslaving hoort bij deze verschuiving (RIOB, 2005):

'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 wordt 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

4.2. Het starten van opiaatonderhoudsmedicatie

Het starten van een opiaatonderhoudsbehandeling in detentie is een fenomeen dat niet vaak voorkomt. Vele gedetineerden komen via een politiebureau in een Huis van Bewaring en worden vervolgens doorgeplaatst. Het komt voor dat arrestanten snel doorgeplaatst worden zonder dat ze elders gezien zijn. Ook onder de groep 'zelfmelders' is het mogelijk dat er personen bij zitten die opiaten gebruiken en niet in een programma zitten c.q. onder behandeling zijn bij een verslavingszorginstantie.

Indicaties om een onderhoudsbehandeling te starten in detentie:

- aantoonbare opiaatafhankelijkheid, door middel van observatie van ontwenningssverschijnselen (doel: bestrijding van ontwenningssverschijnselen) en eventueel urineonderzoek waarbij een op abstinentie gerichte behandeling niet haalbaar wordt geacht;
- ter afname van craving / ontwenningssverschijnselen;
- ter vermindering van bijgebruik van opiaten in de PI. Het monitoren van bijgebruik vindt plaats door middel van steekproefsgewijze urineonderzoeken
- een op abstinentie gerichte behandeling lijkt op basis van de voorgeschiedenis, co-morbiditeit, ernst en/of duur van de verslaving, mate van sociale integratie en motivationele overwegingen in eerste instantie niet haalbaar.

Dit betekent wel dat er een actiever beleid in detentie zal moeten plaatsvinden om niet op opiaten ingestelde patiënten hierop te gaan instellen. Indien mogelijk wordt over dit beleid overlegd met de instelling voor verslavingszorg van herkomst

van patiënt. Met nadruk wordt gewezen op het feit dat specifieke detentiegebonden indicaties zoals verminderen van agressie en veiligheid in principe niet meegenomen worden in de beslissing om te starten met onderhoudsmedicatie. Omdat methadon op dit ogenblik gebruikt wordt als het meest gangbare opiaatvervangende middel is het van belang om met het volgende rekening te houden. Methadon heeft een plasmahalfwaardetijd van gemiddeld 24 uur (15-31 uur). De plateaufase of steady-state wordt pas bereikt na een periode van ongeveer 5 maal de halfwaardetijd, dus 5 dagen. Door deze farmacokinetische eigenschappen is de kans op accumulatie groot. Bovendien is de therapeutische breedte van methadon gering. Het gevaar voor overdosering is dus groot. Voor volwassenen die geen opiaattolerantie hebben kan een dosering van 40 mg al fataal zijn. Het ongecontroleerd verstrekken van methadon na binnenkomst in een penitentiaire setting brengt risico's voor de gezondheid van een patiënt met zich mee indien de informatie niet klopt.

Zolang het LCMR (zie hoofdstuk 9) nog niet overal functioneert, zullen de Medische Diensten erg voorzichtig moeten omgaan met het verstrekken van methadon. In geval van onduidelijkheid over de dosering zal men eerst navraag moeten doen. Bij aanhoudende twijfel kan men eventueel een dosering van 20 mg methadon geven. Deze hoeveelheid blijkt in de praktijk nagenoeg geen gevaar voor de patiënt op te leveren. De patiënt moet dan wel na 2 uur gecontroleerd worden op eventuele verschijnselen van overdosering of onthouding. In geval van ernstige onthouding kan getitreerd worden met 10 mg per uur tot een maximale dagdosering van 60 mg. Zorgvuldige controle door de verpleegkundige en overleg met of beoordeling door de arts is hierbij van groot belang.

4.3. Het voortzetten van opiaatonderhoudsbehandeling

Opiaatonderhoudsbehandeling bestaat uit twee belangrijke modules, namelijk:

- de medicamenteuze behandeling en het monitoren van de effecten;
- de psychosociale behandeling/begeleiding van de individuele patiënt.

Het is een volwaardige behandeling die een aparte plaats in de organisatie verdient, ook binnen penitentiaire inrichtingen. Hierbij dient binnen detentie plaats te zijn voor zowel abstinentie als harm reduction (Gezondheidsraad, 2002).

Een verslaafde die in detentie komt heeft in principe recht op dezelfde behandeling, als die hij kreeg vanuit de verslavingszorg. Ook hier geldt het equivalentiebeginsel. Dat wil dus zeggen dat indien de verslaafde een onderhoudsdosering buiten kreeg, deze in principe voortgezet wordt in het huis van bewaring. Het voortzetten van een ingezette behandeling is regel. Het beleid bij een al bestaande opiaatonderhoudsbehandeling i.v.v. buprenorfine of heroïne op medisch voorschrift wordt beschreven in Hoofdstuk 3.

4.4. Het afbouwen van opiaatonderhoudsbehandeling

Er kunnen soms redenen zijn om de onderhoudsbehandeling met methadon tijdens de detentie periode af te bouwen tot een lagere onderhoudsdosering of tot het staken van de behandeling, al lijkt het op basis van de literatuur (zie hoofdstuk 3) verstandig om hierin zeer terughoudend te zijn. Eén van de uitgangspunten hierbij is dat detoxificatie gecontraïndiceerd is als er geen uitzicht bestaat op adequate terugvalpreventie (Gezondheidsraad 2002). Nazorg aansluitend op de detentieperiode is van cruciaal belang (Gezondheidsraad 2002, Van den Brink 2006).

Het is aan de justitieel geneeskundige, na consultatie van de behandelend verslavingsarts en in overleg met de psychiater om, samen met de gedetineerde en na diens instemming, het moment van afbouwen te bespreken, indien er zwaarwegende indicatie(s) bestaan. Het initiëren/continueren van nazorg aansluitend op detentie wordt hierbij tevens uitvoerig besproken en in een behandelplan opgenomen. Als richtlijn voor continueren van de onderhoudsmedicatie wordt nu een half jaar gehanteerd. (Gezondheidsraad, 2002). Het lijkt echter logischer om dit op basis van een individuele indicatiestelling te laten plaatsvinden onder andere op basis van factoren als aard en duur van detentie, ernst van de verslaving, hoogte van dosering bij binnenkomst en situatie na detentie. Een individuele benadering is hiervoor vereist. In de beginperiode zal er regelmatig contact met de gedetineerde zijn door de justitieel verpleegkundige, die in het kader van de begeleiding (zie begrip-penlijst) een belangrijke rol hierin vervult. In de circulaire 'methadonverstrekking aan volwassen gedetineerden' uit 2004 wordt het volgende voorgesteld: 'De eerste maand wordt wekelijks en de rest van de detentieperiode maandelijks geëvalueerd hoe de behandeling verloopt'. Een beter voorstel is o.i. om in de beginperiode iets frequenter contact te hebben nl. 2x per week in de 1e maand van afbouw en daarna wekelijks. In deze periode kan dan ook gebruik worden gemaakt van de psychosociale ondersteuning van de afbouw. De justitieel geneeskundige zal naar eigen inzicht contact houden met de gedetineerde. Er zijn sterke aanwijzingen dat psychosociale behandeling als aanvulling op de farmacologische behandeling effectiever is dan farmacologische behandeling alleen bij het afbouwen en uiteindelijk staken van de medicatie (Amato e.a. 2004). 'Gedwongen' afbouw vindt niet plaats. Contra-indicaties om af te bouwen worden genoemd zoals langdurige verslaving en/of langdurig methadongebruik (> 10 jaar), bij de aanwezigheid van HIV-seropositiviteit, TBC, actieve vormen van hepatitis B/C en/of andere ernstige infectieziekten, zwangerschap tijdens detentie (zie ook hoofdstuk 5.4), en ernstige psychosociale en/of psychiatrische stoornissen ten tijde van detentie of als er sprake is van een geobjectiverde ernstige therapieresistente psychose in het verleden.

4.5. Vreemdelingenbewaring

In het geval van vreemdelingenbewaring wordt dezelfde lijn aangehouden als bij de 'reguliere' gedetineerden. Ook hier geldt de uitgangregel: een onderhoudsbehandeling die vóór detentie is ingezet, wordt tijdens de detentie voortgezet. Het feit dat het vaak niet duidelijk is op welke termijn de gedetineerde wordt uitgezet of wanneer de bewaring wordt opgeheven brengt met zich mee dat op individuele basis wordt besproken en vastgelegd in het dossier hoe te handelen bij (plotselinge) uitzetting cq. opheffing. Daarbij geldt bovenal dat ook in deze situatie de patiënt het recht heeft op een behandeling volgens de state of the art, zoals in dit en hoofdstuk 3 beschreven. Incidenteel is het, in het kader van een uitzetting, misschien mogelijk dat er een indicatie ontstaat om op korte termijn, en dus sneller dan in hoofdstuk 3 beschreven, af te bouwen. In dat geval kan aan de volgende mogelijkheden worden gedacht:

- Overleg met de regionale verslavingszorg en/of PAAZ over de mogelijkheid van een overplaatsing (art. 15.5 PBW) voor een snelle detoxificatie.
- Snellere afbouw van de op methadon ingestelde patiënt: Boven de 60 mg zou er dan dagelijks met 20 mg afgebouwd kunnen worden, tussen de 60 mg en 30 mg met 10 mg per dag en vanaf 30 mg met 5 mg per dag. Patiënt zal dan moe-

ten worden verblijven of worden overgeplaatst naar een 24-uurs zorgafdeling, die hiertoe in medisch opzicht is uitgerust. Daarnaast zal er voor een passend behandelmilieu moeten worden gezorgd. Indien (in de toekomst) mogelijk kan er vanaf 30 mg methadon met behulp van buprenorfine al dan niet met naloxon afgebouwd worden (zie schema hoofdstuk 3). Voor eventuele toepassing van adjuvante medicatie ter coupering van onthoudingsverschijnselen bij detoxificatie wordt verwezen naar hoofdstuk 7.

4.6. De plaats van urineonderzoek in de behandeling van gedetineerde opiaat-verslaafden

Een ander punt betreft het nut van urineonderzoek in detentie tijdens een opiaat-onderhoudsbehandeling. Urineonderzoek kan alleen worden uitgevoerd wanneer over de doelstelling hiervan van tevoren (behandel)overeenstemming tussen arts en gedetineerde is bereikt. Het betreft een medisch onderzoek, waarvan de uitslag door een arts geïnterpreteerd moet worden. Bij communicatie over deze uitslag naar derden zullen hierover in de behandelovereenkomst duidelijke afspraken gemaakt moeten worden.

Zoals in de RIOB (blz. 80/81) is aangegeven behoort van tevoren met de gedetineerde te worden doorgesproken waarom dit onderzoek van belang wordt geacht, op welke stoffen gecontroleerd zal gaan worden en welke maatregelen genomen gaan worden bij welke uitslag.

Een urineonderzoek kan worden uitgevoerd bij:

- indicatiestelling / bij intake;
- periodieke controle van gebruik anders dan de voorgeschreven middelen;
- op verzoek van patiënt in het kader van abstinentie van andere dan de voorgeschreven middelen;
- op indicatie van de arts/verpleegkundige uit diagnostische overwegingen (bijvoorbeeld indien gedrag daartoe aanleiding geeft);
- op verzoek van een externe instelling ter controle van gebruik anders dan de voorgeschreven middelen.

De urine kan op de volgende stoffen worden onderzocht:

- opiaten (differentiatie van verschillende opiaten is mogelijk);
- cocaïne;
- amfetaminen;
- benzodiazepines;
- barbituraten;
- cannabinoïden.

Zie voor verdere informatie over afname, beoordeling etc. RIOB blz.80/81.

Conclusies

Niveau 4	Er zijn medische indicaties om opiaatonderhoudsbehandeling in detentie te starten. <i>D Mening van de werkgroep</i>
----------	--

Niveau 4	Naar de mening van deskundigen en op basis van het equivalentiebeginsel is het voortzetten van een ingezette opiaatonderhoudsbehandeling in principe de regel. <i>D Mening van de werkgroep</i>
Niveau 4	Het is niet de regel om methadon en / of buprenorfine af te bouwen in detentie en indien toch wenselijk wordt geacht af te bouwen, gebeurt dit in goed overleg met de gedetineerde en de behandelend verslavingsarts. Bij het nemen van deze beslissing spelen de volgende factoren (in afnemende importantie) een rol: de motivatie, de situatie na detentie, de lengte van de detentie, de hoogte van de begindosering, de aard van de detentie, de ernst van de verslaving, de te verwachten ontwenningproblemen en de mate van craving. <i>D Mening van de werkgroep</i>
Niveau 4	Het is aannemelijk dat tijdens het afbouwen van methadon en/of buprenorfine regelmatig contact tussen de gedetineerde, de justitieel verpleegkundige, de justitieel geneeskundige en mogelijk ook de psychiater en psycholoog (PMO) het afbouwen vergemakkelijkt en uit medisch oogpunt zorgvuldig is. <i>D Mening van de werkgroep</i>
Niveau 4	Urineonderzoek tijdens een opiaatvervangende behandeling is gangbaar. Derhalve zou dit ook binnen detentie onder bepaalde condities plaats kunnen vinden. <i>D Mening van de werkgroep</i>

Aanbevelingen

De werkgroep is voor een actief beleid ten aanzien van het instellen van opiaatafhankelijke patiënten op een opiaatonderhoudsbehandeling in detentie wanneer dit geïndiceerd is. Het starten van opiaatonderhoudsbehandeling in detentie geschiedt op dezelfde wijze als buiten detentie. Om overdosering te voorkomen dient met een lage startdosis (bijvoorbeeld 20 mg) te worden begonnen en op basis van de symptomen te worden opgehoogd.

De behandeling met opiaatvervangende middelen die vóór detentie is ingezet, wordt voortgezet tenzij er zwaarwegende argumenten zijn, die hier tegen pleiten.

Afbouwen van opiaatvervangende middelen vindt in principe alleen plaats in overleg met de behandelend verslavingsarts en na instemming van de gedetineerde en wordt ingezet op basis van individuele rationele argumenten. In geval van staken van de medicatie is nazorg aansluitend aan de detentieperiode een absolute voorwaarde en dient deze derhalve goed geregeld te zijn.

Voor vreemdelingen in vreemdelingenbewaring gelden in principe geen andere regels. Individueel wordt bekeken en vastgelegd hoe te handelen bij (plotselinge) uitzetting of opheffing bewaring.

Urineonderzoek tijdens een opiaatvervangende behandeling in detentie kan geïndiceerd zijn. Hiervoor is een duidelijke doelstelling noodzakelijk, zoals het evalueren van mogelijk bijgebruik van illegale middelen bij methadon en / of buprenorfine, die in het kader van de WGBO in het behandelplan is opgenomen.

Hoofdstuk 5: Comorbiditeit en interacties

Uitgangsvraag:

Hoe om te gaan met opiaatverslaafden en comorbiditeit die interacties veroorzaakt en dosisaanpassingen vergt?

Subvragen:

- *Bij infecties zoals HIV/AIDS, tuberculose, hepatitis B/C*
- *Bij somatische stoornissen (hartfalen, COPD enz.)*
- *Bij psychiatrische stoornissen (persoonlijkheidsstoornissen, psychotische stoornissen, ADHD)*
- *Bij graviditeit, partus en lactatie*

Uitgewerkte vragen:

- *Welke bij de medicamenteuze therapie van verslaafden in detentie van belang zijnde comorbiditeit bestaat er?*
- *Moet door de comorbiditeit (“aandoening”) zelf de medicamenteuze therapie worden aangepast?*
- *Moet door de behandeling, veelal ook medicamenteus, de medicamenteuze therapie worden aangepast?*

Robert Runhert, Nora Rozenbroek, Mirjam Swagermakers, Tanja Cucic-Malesevic, Grace Wegdam

5.1. Inleiding

Omdat de werkgroepvraag uitgaat van opiaatverslaafden wordt bij de beantwoording niet ingegaan op comorbiditeit van alcohol-, cannabis- en nicotineverslaving. (Bij)gebruik van benzodiazepines wordt in vraag 6 besproken.

In dit hoofdstuk wordt uitgegaan van dosisaanpassing, niet van behandeling van acute intoxicatie (zie hoofdstuk 3: tabel 3.2). Gekozen wordt voor een indeling in subgroepen die recht doen aan de subvragen om de eerste vraag te beantwoorden waarbij dan per “aandoening” de tweede en de derde vraag beantwoord zullen worden. Een toegevoegde subgroep is “zwangerschap en lactatie” geworden (niet in de oorspronkelijke subvragen). Een interactietabel is als bijlage aan dit hoofdstuk toegevoegd. De belangrijkste literatuurbron vormt de Richtlijn Opiatonderhoudsbehandeling (RIOB) van de Stuurgroep Resultaten Scoren (2005).

5.2. Infectieziekten

In veel artikelen, waaronder het rapport van de gezondheidsraad, worden infectieziekten als comorbiditeit genoemd. Net zoals bij somatische comorbiditeit zijn deze vaak te zien als complicaties door intraveneus gebruik van middelen door niet-steriele naalden en spuiten (Gezondheidsraad 2002). De arts die verslaafde gedetineerden behandelt, zal dus alert zijn op het bestaan of ontstaan van infectieziekten, met name bij onbegrepen koorts en/of malaise.

5.2.1. HIV/AIDS (Shelton 2004, Bruce 2006)

HIV-besmetting komt onder injecterende drugsgebruikers bij gedetineerden ongeveer net zo vaak voor als buiten detentie. Afhankelijk van de subpopulatie kan dat

oplopen tot 34% in de grote steden (Gezondheidsraad 2002). Bij deze populatie kunnen opportunistische infecties optreden: m.n. pneumonie met *Pneumocystis carinii*, pneumokokkenpneumonie, pneumonie met *Haemophilus influenzae*, *Candida*-infecties of *Mycobacterium*-infecties.

Sommige HIV-remmers hebben invloed op de methadonspiegel door werking op het cytochroom P450 m.n. 3A4 (Brown 2006), waardoor de dosis moet worden aangepast (zie interactielijst). Wegens individuele variatie moet de dosis op de gebruiker zelf worden aangepast (Richtlijn Opiatoonderhoudsbehandeling 2005).

Tegenwoordig worden HIV-geïnfecteerden ingesteld op HAART (Highly Active AntiRetro viral Therapy) in daartoe gespecialiseerde HIV-centra in ziekenhuizen. In de praktijk is dit veelal een combinatie van drie HIV-remmers uit verschillende groepen: twee NRTI's (nucleosidereversetranscriptaseremmer) en een PI (proteaseremmer) of twee NRTI en een NNRTI (non nucleosidereversetranscriptaseremmer). De behandelende internist behoort bij instelling op HAART geïnformeerd te zijn over methadon, buprenorfinegebruik via ASP (apotheek service punten) gevestigd in deze centra. De voorschrijvende internist houdt hier rekening mee bij de keuze voor de samenstelling van de HAART.

Verlaging van de methadonspiegel treedt vooral op bij de NNRTI's (efavirenz en nevirapine) door inductie van cytochroom P 450 3A4. Omdat dit een langzaam proces is (start na 7-10 dagen, maximaal na 2-3 weken) kunnen onthoudings symptomen soms pas laat (2 à 3 weken na de start van het antiretrovirale middel) optreden. De dosis van methadon moet in stappen van 5-10 mg met gemiddeld 13-25% verhoogd worden. Bij de meeste specialistische centra worden HIV-patiënten die methadon gebruiken daarom niet op een NNRTI ingesteld wegens deze interactie.

Verlaging van de methadonspiegel kan ook optreden bij abacavir (NRTI), en PI's: amprenavir, nelvinavir en ritonavir (in combinatie met lopinavir) en saquinavir (alle PI's remmen P 450 3A4 in vitro in deze volgorde ritonavir > indinavir = nelfinavir = amprenavir > saquinavir > lopinavir). Verhoging van de methadondosering met 20-50% kan noodzakelijk zijn. De combinatie saquinavir-ritonavir gaf minimale verandering in methadon-R spiegel. Dosisaanpassing van methadon is niet noodzakelijk.

Combinatiepreparaten bevatten vaak een kleine hoeveelheid ritonavir om door remming van P450 3A4 de spiegel van de andere HIV-remmer te verhogen (bv. lopinavir + ritonavir LPV+R). In de praktijk wordt de medicatie van HAART bepaald door de HIV-specialist. Deze houdt rekening met het gebruik van methadon bij de selectie van HIV-remmers. Andersom kan de concentratie van het anti-retrovirale middel beïnvloed worden door het methadongebruik: met name geldt dit voor de NRTI's (deze beïnvloeden de methadonspiegel dus niet) zidovudine (max. 40% hoger), stavudine (max. 27% lager) en didanoside (max 41% lager), maar het is ook bij de PI's amprenavir en nelvinavir beschreven (Maas 2006).

5.2.2. Tuberculose

Tuberculose wordt geconstateerd bij circa 25 gedetineerden per jaar, een relatie met verslaving bij gedetineerden is niet te trekken. Het TBC-risico bij methadon-gebruikers "overall" is ca. 10x hoger dan bij de rest van de bevolking (Van Limbeek 1995) Rifampicine kan het metabolisme van methadon versnellen en leiden tot acute afkickverschijnselen (o.a. Department of Health U.K. 2006).

5.2.3. Hepatitis B (Geerlings 1998)

Komt voor bij ca 13% van de gedetineerde verslaafden (Gezondheidsraad 2002). Hepatitis B verloopt ernstiger bij co-infectie met het delta-virus of het HIV, evenals bij alcohol- en cocaïneverslaving (Van Limbeek 1995; De Marie 1995). Henry-Edwards (2003) raadt vaccinatie tegen hepatitis B aan voor alle methadongebruikers die niet immuun zijn. De gezondheidsraad (2002) adviseert vaccinatie voor intraveneuze drugsgebruikers.

5.2.4. Hepatitis C (Geerlings 1998)

Hepatitis C komt m.n. bij intraveneuze drugsgebruikers in hoge percentages (tot 95%) voor, complicaties komen m.n. voor bij gelijktijdig gebruik van alcohol (Gezondheidsraad 2002)

Methadon en buprenorfine geven geen farmacokinetische interactie met peginterferon alfa (Sulkowski 2005) en ribaverine (Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling 2005). De plasmaspiegel van methadon (R, S en racemisch) vermindert met 15% na 4 weken gebruik van peginterferon alfa. Vanuit klinisch oogpunt is dosisaanpassing van methadon waarschijnlijk niet noodzakelijk (J Clin Pharmacol. 2007).

5.2.5. Overige infecties

Behandeling van vaak voorkomende infecties leidt doorgaans niet tot aanpassing van de methadondosering. Voor m.n. antibioticagebruik wordt naar de interactietabel verwezen. Bij drugsgebruikers komen met name vaker voor: huidinfecties (spuitabscessen, thromboflebitis, erysipelas, cellulitis) en seksueel overdraagbare ziekten (SOA's). Daarnaast moet men alert zijn op infecties als endocarditis, systemische vasculitis, sepsis (en septische complicaties als artritis en osteomyelitis) (Geerlings 1998, Parnassia psycho-medisch centrum 2001, Gezondheidsraad 2002, Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB) 2005, Trimbos Instituut 2005).

5.3. Somatische stoornissen

Veel van de somatische stoornissen zijn te zien als complicaties door intraveneus gebruik van middelen met niet steriele naalden en spuiten (Gezondheidsraad 2002: ca 17%), zeker als deze door meerderen worden gedeeld. (Geerlings 1998). Meer dan 2/3 van de opiaatgebruikers heeft ernstige gezondheidproblemen (Kingma, 2005). De contra-indicaties die voor methadon gelden zijn ook van toepassing op buprenorfine. Hoewel de behandeling van onderstaande aandoeningen vrijwel nooit tot dosisaanpassing behoeft te leiden, worden zij toch genoemd om aan te geven dat de behandelende arts altijd alert moet zijn op het bestaan of ontstaan van onderstaande problematiek.

5.3.1. Tractus circulatorius

Volgens diverse publicaties gelden bepaalde aandoeningen als relatieve contra-indicatie voor gebruik van methadon. Genoemd worden:

- Hartfalen (Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling 2005; Farmacotherapeutisch Kompas 2007).
- Cyanose (Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling 2005; Farmacotherapeutisch Kompas 2007).
- Endocarditis (Geerlings 1998).
- Hypovolemie en hypotensie. (Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling 2005 Farmacotherapeutisch Kompas 2007).

- Verhoogde neiging tot DVT (diep veneuze trombose) en longembolie (Department of Health 2006; Geerlings 1998).
- Angineuze klachten; een myocardinfarct is m.n. geassocieerd met (co-)gebruik van cocaïne (Department of Health 2006).
- Hartritme stoornissen [worden meer gezien bij methadongebruik dan bij buprenorfine (Krantz 2004)]; m.n. hoge doses methadon kunnen verlenging geven van het QT-interval (Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling 2005); wordt echter vaker gezien bij cocaïne gebruik (Department of Health 2006).
- Enkele gevallen zijn beschreven van torsade de pointes; echter m.n. bij additionele factoren (b.v. hypokaliëmie) en zeer hoge doses (Krantz 2004). Voorzichtigheid wordt geadviseerd bij co gebruik van andere medicatie die het QT-interval kunnen verlengen (Maremmani 2005).

5.3.2. Tractus respiratorius

Als contra-indicatie voor het gebruik van methadon gelden:

- Acute ademhalingsdepressie (eigenlijk het gevolg van het effect op het centrale zenuwstelsel) (Geerlings 1998) geldt als absolute contra-indicatie (Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling 2005; Farmacotherapeutisch Kompas 2007; Department of Health).
- COPD/emfyseem (Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling; Farmacotherapeutisch Kompas 2007); vooral bij rokers (Gezondheidsraad 2002); ernstige respiratoire insufficiëntie is een contra-indicatie voor buprenorfine (Lintzeris 2006).
- Asthma (Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling 2005; Farmacotherapeutisch Kompas 2007) door versterking bronchospasmen (Geerlings 1998).
- Longoedeem (Geerlings 1998).

Bij drugsgebruikers (vaak rokers) komen vaker voor:

- "Cracklung" bij cocaïnegebruikers.
- Overmatige slijmvorming in de longen leidende tot verminderde longfunctie (Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling 2005).
- Verhoogde kans op pneumonie (Department of Health 2006 en septische longembolieën (Parnassia psychomedisch centrum 2001).
- Verhoogde kans op longkanker door bijgebruik sigaretten (Gezondheidsraad 2002).

5.3.3. Tractus digestivus

Als relatieve contra-indicaties gelden:

- Stoornissen in de darmmotiliteit; ileus geldt als relatieve contra-indicatie (Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling 2005; farmacotherapeutisch Kompas 2007; Department of Health 2006). Tijdig laxeren kan ontstaan van coprostase voorkomen.
- Leverfunctiestoornissen: ascites; cirrose (m.n. bij bijgebruik alcohol: Gezondheidsraad 2002); Doorgaans hoeft bij chronische leverziekten [de halfwaarde tijd van methadon kan wel verlengd zijn (Krantz 2004)] de dosis niet te worden aangepast (Henry-Edwards 2003, Layson-Wolf 2002).

- Leverfalen: geldt als relatieve contra-indicatie (Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling 2005; Farmacotherapeutisch Kompas 2007; Department of Health 2006) m.n. bij ouderen kan de afbraak vertraagd zijn, waardoor er aanpassing van de dosis nodig kan zijn. Ernstig leverfalen is een contra-indicatie voor buprenorfine (Lintzeris 2006).

Bij drugsgebruikers komen vaker voor:

- Hepatocellulair carcinoom en levercirrose komen als complicatie voor van hepatitis B en C infecties (de Marie 1995).
- Ondervoeding, anorexie, hypoglykemie komen m.n. voor als symptomen van onthouding (Department of Health 2006); dosisaanpassing kan aangewezen zijn.
- Acute hepatitis bij hoge dosis buprenorfine (>32 mg i.v.) (Lintzeris 2006).

5.3.4. Tractus urogenitalis

[eliminatie van methadon zou bij vrouwen trager verlopen dan bij mannen (Krantz 2004)]

Als relatieve contra-indicatie geldt:

- Nierinsufficiëntie (nierfalen) (Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB) 2005; Farmacotherapeutisch Kompas 2007; Department of Health 2006); m.n. bij ouderen (Lintzeris 2006) kan de afbraak vertraagd zijn, waardoor er aanpassing van de dosis nodig kan zijn. (Geerlings 1998) Dit kan leiden tot cumulatie en daardoor intoxicatie.
- Ernstig nierfalen is een contra-indicatie voor buprenorfine (Lintzeris 2006); een reversibel nefrotisch syndroom en renale amyloidose zijn beschreven).

Bij drugsgebruik komt vaker voor:

- Prostatisme/urethrastricture: extra voorzichtigheid is dan geboden (Lintzeris 2006; Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling 2005) wegens verhoging van de tonus van de blaasspiers (Geerlings 1998; Henry-Edwards 2003).
- Verminderd libido en erectiestoornissen (Lintzeris 2006).
- Oligomenorroe (Lintzeris 2006).
- Glomerulonefritis (Geerlings 1998).

5.3.5. CZS en neurologische stoornissen

Als relatieve contra-indicaties voor methadongebruik gelden:

- Epilepsie (Department of Health 2006) (Cave onthoudingsinsult)
- (Alcohol)dementie; een delirium tremens geldt als een absolute contra-indicatie (Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling 2005; Farmacotherapeutisch Kompas 2007)
- Bewustzijnsstoornissen (verkeersongevallen). Een hersentrauma geldt als absolute contra-indicatie (Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling 2005; Farmacotherapeutisch Kompas 2007; Department of Health 2006) verhoogde intercraniële druk eveneens.
- Myasthenia gravis indicatie (Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling 2005; Farmacotherapeutisch Kompas 2007).

Bij drugsgebruikers zou vaker versterking van een OSAS (obstructieve-slaapapneusyndroom) voorkomen (Henry-Edwards 2003).

5.3.6. Overige somatische problematiek

- Kyfoscilose leidende tot verminderde longfunctie geldt als relatieve contra-indicatie voor methadongebruik. (Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling 2005).
- Opiaat overgevoeligheid geldt als (relatieve) contra-indicatie (Richtlijn Opiaat-onderhoudsbehandeling 2005; Farmacotherapeutisch Kompas 2007/Geerlings 1998).

Bij drugsgebruikers komen vaker voor:

- Complicaties van intraveneus gebruik en sepsis of tuberculose: spondylodiscitis, artritis, osteomyelitis (Sulkowski 2005).
- Letsels door traumata. (Sulkowski 2005).
- Gebitsproblemen (ontbrekende elementen, cariës, gingivitis) (Richtlijn Opiaat-onderhoudsbehandeling 2005).
- Gewichtstoename door vochtretentie en verhoogde intake (Lintzeris 2006).

Vermeld moet verder nog worden dat:

- Buprenorfine kan de glucosespiegel in het bloed verhogen (Resultaten Scoren: Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling 2005); extra voorzichtigheid is geboden bij patiënten met diabetes mellitus.
- Langdurig methadongebruik verhoogt het TBG, T3 en T4 in het serum (Geerlings 1998).

5.4. Psychiatrische comorbiditeit.

Als belangrijkste aanvullende literatuurbron, die de status van evidence based medicine al bezit, is hier naast het RIOB-rapport, de uitgave uit 2006 van NWP/ZonMw "comorbiditeit: verslaving plus een psychische stoornis" gebruikt (deel 5 in het programma Verslaving). Daarnaast is geput uit "comorbiditeit bij methadonpatiënten" van Novadic-kenyon (Van Gogh e.a. 2006), waarbij ook de indeling uit het laatste onderzoek is gevolgd. Patiënten in een methadon-onderhoudsprogramma kennen als 1 problematiek (50-75%) zoals angst- en stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen, somatoforme stoornissen, eetstoornissen, ADHD. Psychopathologie zou infectie (HIV) risicogedrag verhogen. (Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling 2005). As-I stoornissen gaan vaak vooraf aan de verslaving; in detentie zou circa 20-25% van de verslaafden psychiatrische comorbiditeit hebben (Gezondheidsraad 2002).

5.4.1. Angst- en stemmingsstoornissen (waaronder de bipolaire stoornis)

Van **SSRI's** is bij comorbide depressies geen wetenschappelijk effect aangetoond (Nunes 2004). Zij worden echter toch in bepaalde richtlijnen aanbevolen (met name de niet-sederende SSRI's zoals venlafaxine, (Van der Stel 2007)) boven de TCA's i.v.m. de hogere cardiotoxiciteit en kans op letale overdosis van de laatste middelen. Het effect van methadon kan bij SSRI's versterkt zijn, beschreven bij fluvoxamine, sertraline en fluoxetine (Department of Health 2006).

Methadon kan de toxiciteit (m.n. de cardiotoxiciteit) van **TCA's** verhogen (zie hierboven), een lagere dosis van de TCA kan dus aangewezen zijn.

Benzodiazepines (zie Hoofdstuk 6) kunnen geïndiceerd zijn (Van der Stel 2007). Voorzichtigheid bij gebruik hypnotica en afhankelijkheidsvorming wordt geadviseerd (Department of Health 2006).

MAO remmers worden afgeraden i.v.m. de mogelijke effecten op de circulatie en het op kunnen treden van een crisis bij zowel methadon als buprenorfine (Department of Health 2006).

Carbamazepine, toegepast bij de bipolaire stoornis kan het effect van methadon verminderen; over interacties met andere, bij de bipolaire stoornis toegepaste stemmingsstabiliserende middelen zoals lithium, depakine en lamotrigine zijn onvoldoende literatuurgegevens bekend.

5.4.2. Psychotische stoornissen

In de acute fase is stabilisatie met antipsychotica geïndiceerd. Als alternatief kan opheffen van de methadondosering gelden, vooral bij psychosen met dysforie en agitatie. Onderhoudsbehandeling met opiaten verbetert de therapietrouw aan antipsychotica (Van der Stel 2007) Cave psychose door intoxicatie (cannabis, stimulantia) of onthouding (Ghodse 2006). Behandeling met antipsychotica vereist doorgaans geen dosisaanpassingen (zie interactietabel).

5.4.3. Persoonlijke stoornissen

Er is geen literatuur gevonden die er op zou kunnen wijzen dat het bestaan van persoonlijkheidsstoornissen sec zou moeten leiden tot het aanpassen van de dosering methadon of buprenorfine.

5.4.4. ADHD

In het FPD/FOBA/PBC-formularium wordt bij verslaafden aan Imipramine als 1e keus middel de voorkeur gegeven boven kortwerkend methylfenidaat, omdat langwerkend methylfenidaat veelal niet door de verzekeraar vergoed wordt. Als gekozen wordt voor dit laatste middel wordt de voorkeur gegeven aan een middel dat eenmaal daags gegeven kan worden (Van der Stel 2007); bij de Best Practice behandeling van ADHD bij verslaving (Trimbos-instituut 2004) is de volgorde juist andersom. Van methylfenidaat is geen literatuur gevonden die dosiswijziging van opiaten aanbeveelt of klinisch relevante interacties beschrijft.

5.4.5. Suïcidaliteit

Suïcidaliteit geldt als relatieve contra-indicatie voor gebruik van opiaten (Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling 2005; Farmacotherapeutisch Kompas 2007). Het risico is het hoogst kort na arrestatie (Ghodse 2006). Een stabilisatie op een onderhoudsdosering zou echter de kans op suïcidaliteit en automutilatie verminderen (Department of Health 2006). Bij co-gebruik van antidepressiva, m.n. TCA's, is het risico op suïcide verhoogd (Henry-Edwards 2003).

5.4.6. Verslaving/gebruik van (andere) middelen

De meeste verslaafden zijn polydrugsgebruikers (Gezondheidsraad 2002). Gezondheidsrisicoverhogende factoren bij gebruik van methadon of buprenorfine kunnen zijn:

- Gebruik van alcohol, met name kort 1 à 2 uur na methadon of buprenorfinegebruik kan de bloedspiegel van alcohol verlaagd zijn (Clark 2005).
- Nicotinegebruik (speelt een rol in de verhoogde mortaliteit (Krantz 2004)).
- Polydruggebruik, met name sederende middelen.
- Benzodiazepinegebruik, met name genoemd bij buprenorfine (Richtlijn Opiaat-onderhoudsbehandeling 2005; Lintzeris 2006). Bij instellen op buprenorfine wordt bijgebruik/ voorschrijven van benzodiazepines gezien als contra-indicatie. (Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling 2005).
- Het optreden van verminderde tolerantie opioïden.

Inspuiten van de gel uit temazepam bevattende capsules zou kunnen leiden tot zelfs amputaties wegens necrose (Henry-Edwards 2003). Er bestaat echter ook temazepam in tabletvorm (of een andere benzodiazepine) die, indien geïndiceerd, voorgeschreven zouden kunnen worden

5.5. Graviditeit, partus en lactatie

5.5.1. Inleiding

Harddrugsgebruik geldt als indicatie voor specialistische (door de tweede lijn) begeleiding van zwangerschap, bevalling en postnatale periode. Dit wordt ook expliciet voorgeschreven in het Verloskundig Vademecum (2003; blz. 101 en 112), aanvaard door de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging); het NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap; de KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen); de NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie) en onderschreven door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Zorgverzekeraars Nederland. Dit houdt dus o.a. in: klinische bevalling en bewaking tijdens postnatale periode.

5.5.2. Graviditeit

Methadon onderhoudstherapie verhoogt de kans op congenitale afwijkingen niet (Henry-Edwards 2003). Acute ontgiftiging brengt schade aan de foetus toe (kans op dood in utero; Ghodse 2006). De meest ideale behandeling lijkt te zijn om de vrouw in te stellen op een lage dosis methadon (maximaal 40 mg) en deze langzaam (5 mg per twee weken) in het tweede trimester af te bouwen (niet voor de 14e week: Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling 2005; Gezondheidsraad 2002). Afbouw na 20e week, zeker in het derde trimester wordt ontraden; (Farmacotherapeutisch Kompas 2007; Department of Health 2006). Bij kans op terugval in heroïnegebruik is echter opiaatonderhoudsdosering de keuzebehandeling. Lintzeris (2006) beveelt in het derde trimester niet aan met buprenorfine te starten i.v.m. de kans op ont-houdingssymptomen.

In het laatste trimester kan door de relatieve hypervolemie een verlaging van de bloedspiegel optreden (Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling 2005; Gezondheidsraad 2002; Henry-Edwards 2003). In dergelijke gevallen wordt geadviseerd om de dagdosis te verhogen en over twee giften te verdelen (Lintzeris 2006, Schindler 2003). Na de bevalling kan de dosis dan weer worden verlaagd.

Wegens een verhoogde kans op o.a. intra-uteriene vruchtdood (IUVD), placenta-insufficiëntie, groeivertraging en pre-eclampsie gaat de voorkeur uit naar specialistische controles (Finnigan 1991). Voor onderhoudsdosering met buprenorfine zijn, alhoewel er enkele gevallen beschreven worden met een gunstig effect (Lintzeris 2006: ruim 400), nog onvoldoende argumenten aanwezig (Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling 2005). In Australië geldt zwangerschap als contra-indicatie (Lintzeris 2006) voor buprenorfine. Een recent onderzoek van Fischer e.a. (feb. 2006) wijst echter wel in de richting van veiligheid van het gebruik van buprenorfine in de zwangerschap. Indien de zwangere al buprenorfine gebruikt dan hoeft dus niet te worden ontraden.

Het RIVM (Rijksinstituut voor volksgezondheid en Milieu) geeft in de uitgave van november 2000 aan dat er bij kortdurend gebruik van opiaten in de zwangerschap geen aanwijzingen bestaan voor het optreden van congenitale afwijkin-

gen. Wel kan er, bij gebruik vlak voor de bevalling ademhalingsdepressie optreden bij de neonat. Zowel methadon als buprenorfine krijgen de classificatie C (Zwangerschaps categorie C): geneesmiddelen waarvan bekend is of moet worden vermoed dat zij, zonder rechtstreeks teratogeen te zijn, door hun farmacologische effecten stoornissen veroorzaken, die een risico voor de foetus kunnen inhouden.) Gezien de grotere ervaring met het voorschrijven en gebruik van methadon geeft de werkgroep de voorkeur aan methadon boven buprenorfine bij de behandeling van zwangeren in detentie.

5.5.3. Partus

Voor een klinische bevalling pleiten de volgende argumenten:

- Neonataal abstinentiesyndroom (NAS): meestal binnen 2 dagen optredend, maar kan echter soms nog na 14 dagen! (Henry-Edwards 2003: m.n. bij co-gebruik benzodiazepines). Het NAS zou milder verlopen bij buprenorfine waarschijnlijk door de gedeeltelijke agonistische werking op de μ -receptor en de antagonistische werking op de κ -receptor in vergelijking met de puur agonistische werking op de μ -receptor van methadon (Lintzeris 2006, Schindler 2003).
- Veranderde gevoeligheid voor anesthetica.
- Aanpassing methadondosering aan veranderd volume (zie 5.5.2).
- Verhoogde kans op post-partum haemorrhagie (Kaltenbach, 1992).

5.5.4. Lactatie

Er bestaat geen eenduidigheid in de literatuur of borstvoeding veilig is:

- Borstvoeding wordt ontraden bij gebruik methadon of buprenorfine (Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB) 2005).
- Borstvoeding wordt verantwoord geacht tijdens een methadonbehandeling (Gezondheidsraad 2002).
- Moedermelk bevat slechts kleine hoeveelheden methadon of buprenorfine, zodat borstvoeding kan worden aangemoedigd; borstvoeding vermindert tevens de ernst van het NAS (Henry-Edwards 2003).

In Australië geldt borstvoeding als contra-indicatie (Lintzeris 2006) voor buprenorfine.

In de lactatieperiode bestaat er bij de baby een verhoogde zuigreflex waarvoor frequente kleine voedingen en een fopspeen worden aangeraden (Henry-Edwards 2003).

Het RIVM (Rijksinstituut voor volksgezondheid en Milieu) geeft in de uitgave van november 2000 aan dat buprenorfine gestaakt zou moeten worden in de lactatieperiode (Staken, komt overeen met de Zweedse classificatie categorie IVb) en het bij gebruik van methadon de dosering moet worden aangepast (Beperken, komt overeen met de Zweedse classificatie categorie II).

Tabellen (Voornaamste bronnen tabellen: Anderson (2000) Henry-Edwards (2003), RIOB (2005) en Department of Health (2006).

Inleiding bij tabellen

Bij het interpreteren van onderstaande tabellen moet rekening gehouden worden met het feit dat methadon een racemisch mengsel is: S-methadon en R-methadon. (Wang 2004)

Alleen de R-methadon is werkzaam. Vaak wordt het metabolisme van S door een interactie meer versneld dan van R (NIDA 2001). In veel oud onderzoek is dit onderscheid niet gemaakt en werd alleen de bloedspiegel gemeten van het racemische mengsel.

Methadon wordt voornamelijk gemetaboliseerd door cyp 3A4 (P450 3A4) (Lintzeris 2006), maar ook gedeeltelijk door cyp2D6 (P 450 2D6) en 1A2 (P450 1A2), methadon zelf remt ook cyp 3A4 (P 450 3A4) en 2D6 (P 450 2D6) (Wang 2004). Daarnaast spelen andere cytochromen een (vaak nog onduidelijke) rol in de afbraak van methadon: P450 2B6 (B. Maas 2006), P450 2C8 en varianten: 2C9 en 2C19 (Wang 2003; Layson-Wolf 2003).

De absorptie van methadon in het maagdarmkanaal en de penetratie in de hersenen wordt beïnvloed door P-glycoproteïne. P-glycoproteïne is een effluxpomp aanwezig in de bloedhersenbarrière en darmepitheel. Genetische variatie van P-glycoproteïne en remming van deze effluxpomp heeft gevolgen voor het effect van methadon. Vermindering van P-glycoproteïne door farmaca zal de resorptie in het maagdarmkanaal verbeteren, zichtbaar via hogere bloedspiegel. Vermindering in de bloedhersenbarrière zal men niet terugvinden in de bloedspiegel maar wel in het centrale effect (Wang 2004).

Tabel 1a. Overzicht van middelen die het effect van methadon of buprenorfine kunnen verminderen

Groep	Middel(en)	Interactie	Opmerkingen	
• Analgetica	Tramadol	Zou effect kunnen verminderen		
• Anti-arythmica	Amiodaron	Verlenging QT-int	Geld ook voor andere (quinidine)	P450 2D6-
	Diltiazem	Verlenging QT-int	Ook antihypertensivum	P450 3A4-
• Antibacteriele middelen	* Rifampicine	Versneld metabolisme	Acute afkickverschijnselen ook rifabutine en rifapentine)	P450 3A4+
	Isoniazide	Effect verminderd	anti-tbc	P450 1A2
• Anti-convulsiva	* Barbituraten	Effect verminderd (versnelt afbraak) Versterkte depressie CZS	Ook sedativa/hypnotoca	P450 3A4+
	* Carbamazepine	Effect verminderd (versnelt afbraak)		P450 3A4+
	* Phenytoine	Versneld metabolisme	Verlaagt bloedspiegel	P450 3A4+
• Anti-retrovirale middelen	Abacavir (ABC)	Effect verminderd (max 30%)	(NRTI) ook in combinatie met lamivudine of lamivudine+zidovudine. Inductie cytochroom	P450 3A4+
	Amprenavir (AMP)	Effect verminderd	(PI) Ook bloedspiegel A. wordt verlaagd	
	Efavirenz (EFV)	Effect verminderd (max 60%)	(NNRTI) Inductie cytochroom	P450 3A4+
	Nelfinavir (NVF)	Effect verminderd	(PI) ook andere PI remmers: Fosamprenavir , Ritonavir (RTV) (max 37%), Saquinavir (SQV) (20-32%), combinatie Ritonavir/Lopinavir (LVP+R) (28-53%) en Tipranavir (TPV) (Door verhoging levertoxiciteit)	P450 3A4-
	Nevirapine (NVP)	Effect verminderd (max 60%)	(NNRTI) Acute afkickverschijnselen	P450 3A4+
• Diureticum	Spironolacton	Effect verminderd		
• Opiaatantagonisten	Buprenorfine	Verdringing receptoren of juist versterkt	Acute afkickverschijnselen Laag gedoseerd werking als agonist	
	Naltrexon & Naloxon	Verdringing receptoren	Acute afkickverschijnselen ook Pentazocine , ook nalbufine	
St Jans kruid	Hypericum perforatum	Effect verminderd		P450 3A4+
Vitamine	Ascorbinezuur	Verminderd spiegel	Zuurt urine aan, versnelt excretie	

*Ook genoemd voor buprenorfine

Vet gedrukt: klinisch relevant

Tabel 1b. Overzicht van middelen die het effect van methadon of buprenorfine kunnen versterken

Groep		Middel	Interactie	Opmerkingen	
• Anti-arythmicum		Verapamil	Effect versterkt	Ook antihypertensivum	P450 3A4-
• Antibacteriele Middelen	*	Clarithromycine	Effect versterkt	Macrolide	P450 3A4-
		Ciprofloxacine	Effect versterkt	Chinolon, ook movifloxacine	P450 1A2-
	*	Erythromycine	Effect versterkt		P450 3A4-
• Antidepressiva	*	Fluvoxamine	Effect versterkt	(SSRI) Ook andere SSRI's: Sertraline, Fluoxetine	P450 3A4-
		Paroxetine	Effect versterkt (42%)	SSRI	P450 2D6
	*	Moclobemide	Effect versterkt Verandering bloeddruk	(MAO-remmer) Excitatie, hypertensie, crisis. Mogelijk ook andere MAO-remmers: Selegine	
• Antimycotica	*	Ketoconazol	Effect versterkt	Significant P-glycoproteïne effect ook fluconazol, itroconazol, en voriconazol	P450 3A4-
• Antipsychotica		Quetiapine	Effect versterkt (30%)	Atypisch antipsychoticum P-glycoproteïne effect	P450 2D6
• Antiretrovirale middelen	*	Ritonavir	Effect versterkt Effect onduidelijk/verminderd	(PI) Mogelijk ook andere PI's: Indinavir Literatuur niet eenduidig	P450 3A4-
• Grape-fruit sap		Grape-fruit	Effect versterkt	(remt metabolisme)	P450 3A4-
• Hormoon		Oestrogenen	Verhoogde clearance		
• Maagmiddelen	*	Cimetidine	Verhoogde spiegel	H2-antagonist	P450 3A4-
		Omeprazol	Verhoging methadonspiegel	PPI; Alleen aangetoond bij dierproeven	
• Natrium bicarbonaat			Vertraagt uitscheiding	Geldt ook voor andere urinealkalyserende Middelen	

*Ook genoemd voor buprenorfine

Vet gedrukt: klinisch relevant

Tabel 2. Overzicht van middelen die bepaalde interacties met methadon of buprenorfine kunnen vertonen

Groep	Middel(en)	Interactie	Opmerkingen	
• Alcoholen	* Ethanol (Zelf niet beïnvloed door opiaten)	Verhoging concentratie (versterking sedatie) Versnelt metabolisme	Bij kortdurend gebruik Alcohol Mogelijk versterking hepatotoxiciteit Bij langdurig gebruik Alcohol.	P450 2E1
• Anti-arythmica	Propranolol	Verhoogde letaliteit bij toxische dosis	Beta-blokker, ook antihypertensivum alleen aangetoond bij dierproeven	P450 3A4-
• Antidepressiva	Tricyclische Anti-depressiva (TCA's)	Verhoging toxiciteit TCA's	m.n. desipramine (verhoging bloedspiegel)	
• Antihistaminica	Cyclizine	Versterking hallucinogeen effect	Ook andere sederende Antihistaminica	
	Mizolastine	Verlenging QT-interval		
	Terfenadine	Verlenging QT-interval		
• Antihypertensivum	* Nifedipine	Verhoging spiegel Nifedipine	Ca-antagonist	P450 3A4-
• Antipsychotica	* Chloorpromazine	Versterkt sedatief, Hypotensie	Fenothiazine, groepseffect	
	* Droperidol & Haloperidol	Versterkt sedatief Hypotensie	Butyrofenonen. Ook andere neuroleptica: Pimozide, sertindol	
• Anti-parasiticum	Metronidazol	Versterkt effect methadon		P450 3A4-
• Antivirale middelen	Didanosine	Verlaging bloedspiegel Didanosine max 41%	(NRTI)	
	* Interferon	Beeld afkickverschijnselen	Verhoging dosis Buprenorfine Niet per sé geïndiceerd	
	* Ribavirine	Beeld afkickverschijnselen	Verhoging dosis Ribavirine niet Per sé geïndiceerd	
	Stavudine (SVD)	Verlaging bloedspiegel Stavudine max 27%	(NRTI) prodrug minder bioactief	
	Zidovudine (ZDV)	Verhoging bloedspiegel Zidovudine max 40%	(NRTI) remming glucoridering	
• Hormoon	Thyroxine	Verhoging TBG	Monitoren met FT3 FT4 en TSH	

*Ook genoemd voor Buprenorfine

Vet gedrukt: klinisch relevant

Tabel 2. Overzicht van middelen die bepaalde interacties met methadon of buprenorfine kunnen vertonen

• Maag/darmmiddelen		Cisapride	QT-interval verlenging		P450 3A4-
	*	Domperidon	Versnelling methadon effect Blokkeert GI-activiteit	Anti-emeticum ook metoclopramide	
• Opiaten	*	Methadon	Effecten versterkt, echter vermindering Analgetisch effect.	Opeenvolgend voorschrijven Ook: Fentanyl, LAAM	P450 3A4-
	*	Buprenorfine	Kan oversedatie of afkick geven	Laag gedoseerd agonistisch	P450 3A4-
• Sedativa	*	Benzodiazepines	Versterkte depressie CZS	(diazepam, alprazolam, midazolam) Kans op OD	P450 3A4-
		Zopiclon	Versterkt depressie CZS	Hypnoticum	
• Overig		Disulfiram	Versterkt effect		P450 3A4-

*Ook genoemd voor Buprenorfine

Vet gedrukt: klinisch relevant

Conclusies

<p>Niveau nvt</p>	<p>Er bestaat een hoge prevalentie van infectieziekten bij opiaatverslaafden.</p> <p><i>Limbeek 1995; RIOB 2005</i></p>
<p>Niveau 3</p>	<p>Ernstig orgaanfalen (m.n. nierinsufficiëntie, maar ook ernstige respiratoire insufficiëntie en hart- of leverfalen) kan leiden tot cumulatie en verhoging van de opiaatspiegel.</p> <p><i>C Depart. of Health 2006; RIOB 2005; Farmacother. Kompas 2007; Geerlings 1998</i></p>
<p>Niveau 4</p>	<p>Stabilisatie op een onderhoudsdosering van methadon of buprenorfine vermindert de kans op een onthoudingspsychose, onthoudingsinsulten, het risico op suïcide en automutilatie.</p> <p><i>D Department of Health 2006; Ghodse 2006</i></p>
<p>Niveau 3</p>	<p>Tijdens de zwangerschap wordt methadon als relatief veilig beschouwd.</p> <p><i>C RIOB 2005; Finnegan 1991</i></p>
<p>Niveau nvt</p>	<p>Over het voorschrijven van buprenorfine in de zwangerschap bestaan nog onvoldoende gegevens.</p>
<p>Niveau 3</p>	<p>In het laatste trimester van de zwangerschap kan door de relatieve hypervolemie bij gelijkblijvende dosering een verlaging van de bloedspiegel van methadon optreden.</p> <p><i>C Lintzeris 2006; Lintzeris 2003; Gezondheidsraad 2002; RIOB 2005</i></p>
<p>Niveau 3</p>	<p>Klinisch relevante interacties van methadon of buprenorfine komen met name voor bij HIV-medicatie, rifampicines en anticonvulsiva.</p> <p><i>B/C Anderson 2000; Shelton 2004; Henry-Edwards 2003; RIOB 2005; Brown 2006; Bruce 2006</i></p>

Aanbevelingen

Bij ernstig orgaanfalen zoals nierinsufficiëntie, ernstige respiratoire insufficiëntie en hart- of leverfalen dient in geval van opiaatafhankelijkheid beoordeeld te worden of de dosis methadon of buprenorfine moet worden aangepast.

Bij psychiatrische comorbiditeit naast opiaatafhankelijkheid wordt onderhoudstherapie aanbevolen om stabilisatie te bereiken; verdwijnen de klachten niet of onvoldoende dan is ook andere medicatie een optie.

MAO-remmers worden afgeraden in combinatie met methadon of buprenorfine.

Bij gebruik van comedicaatie, met name HIV-medicatie, sederende middelen, rifampicines en anticonvulsiva, dient de dosis van de opiaatonderhoudsdosering opnieuw, in overleg met specialist/internist, te worden beoordeeld.

Tijdens de graviditeit wordt methadon aanbevolen boven buprenorfine. Dosisaanpassing van methadon en verdeling over twee giften wordt met name in het derde trimester van de zwangerschap aanbevolen.

Hoofdstuk 6: Benzodiazepinegebruik

Uitgangsvraag:

Wat is de zin en onzin van gebruik van benzodiazepines door opiaatverslaafde gedetineerden?

Tanja Cucic-Malesevic, Nora Rozenbroek, Robert Runhert

6.1. Epidemiologie van het benzodiazepinegebruik

Uit prevalentie-onderzoeken komt naar voren dat benzodiazepines in 0.3% van klinische opnames het primaire middel van verslaving zijn. Alcohol en cannabis bleken bij deze groep het tweede gebruikte middel, en opiaten het derde. Uit onderzoek bij opiaatgebruikers in Engeland blijkt dat 90% benzodiazepines op dagelijkse of bijna dagelijkse basis gebruikt. In 1/3 der gevallen begon het gebruik met een voorschrift. De meest gebruikte benzodiazepine was diazepam. Reden van gebruik was bestrijding van symptomen van slapeloosheid, onthoudingsverschijnselen en angst, eerder dan bereiken van een euforie. Methadonpatiënten gebruiken benzodiazepines met name om effecten van methadon te versterken. Lagere cijfers werden gerapporteerd in Frankrijk (50%) en Duitsland (30%) (Ciraulo, Sarid-Segal, 2004). Waarschijnlijk is hierbij sprake van onderrapportage door heroïneverslaafden. In Nederland zijn er naar schatting 26.000 heroïneverslaafden, van wie 15% ook afhankelijk is van benzodiazepines. In de algemene bevolking zijn er naar schatting 500.000-750.000 benzodiazepinerverslaafden (Oude Voshaar e.a., 2001). Uit enkele studies naar prevalentie van benzodiazepinegebruik onder de methadonpatiënten in klinieken in de V.S. is bij 22 tot 44% van de patiënten benzodiazepine in de urine gevonden. Dit correspondeert met de data uit Europa. Flunitrazepam bleek het meest populaire middel. Het wordt per os of intranasaal ingenomen. In andere landen zijn diazepam, alprazolam en lorazepam de meest gebruikte benzodiazepines. Er zijn vooralsnog geen gegevens beschikbaar over benzodiazepinegebruik door opiaatverslaafden in de gevangenis in Nederland.

6.2. Nadelen verbonden aan benzodiazepinegebruik

Benzodiazepinegebruik door methadonpatiënten blijkt gepaard te gaan met meer psychopathologie en sociaal disfunctioneren dan methadonpatiënten zonder benzodiazepine gebruik (Darke, 1993). Gebruik van benzodiazepines door opiaatgebruikers is geassocieerd met risicovolle gedragingen zoals spuiten, delen van naalden, met risico voor besmetting met HIV en hepatitis B en C, cellulitis, vasculaire complicaties, abscessen, allergische reacties en overdosis (Darke, 1993, Lekka, 2003). Met name wordt gewaarschuwd voor gevaar van overdosis bij gelijktijdig gebruik van benzodiazepines met methadon of buprenorfine, alhoewel buprenorfine in combinatie met diazepam qua sederende effecten, veiliger lijkt te zijn dan methadon met diazepam (Lintzeris 2006). Paradoxe reacties op benzodiazepines zijn zeldzaam (treden op in minder dan 1% van patiënten), maar wel beschreven in de literatuur. Ze worden gekenmerkt door logorroë, opwinding, toename van beweging en emotionele ontlading (Mancuso e.a. 2004).

Benzodiazepines hebben verslavende eigenschappen. Op basis van hun farmacologische kenmerken, kan bij voortgezet dagelijks gebruik (langer dan enkele weken), tolerantie en fysiologische afhankelijkheid optreden bij gebruiker, en bij

het staken van gebruik onthouding. In gevallen waar ook sprake is van een geconsolideerde benzodiazepineafhankelijkheid (DSM-IV-TR), zonder valide indicatie voor benzodiazepinegebruik, met de neiging van betrokkene om steeds hogere doses te gebruiken, worden benzodiazepines afgebouwd (Ciraulo, Sarid-Segal, 2004).

6.3. Wat gaat aan het afbouwen van benzodiazepinegebruik vooraf?

Bij benzodiazepinegebruik door opiaatverslaafde gedetineerden zijn de volgende stappen van belang:

- het verkrijgen van informatie uit bestaande medische gegevens en middels anamnese van gebruik;
- stellen van de juiste diagnose;
- maken van beleid en
- evaluatie.

Betrokkene wordt gevraagd naar gebruikte benzodiazepines: welk benzodiazepine precies wordt gebruikt, hoe veel, hoe vaak en hoe (toedieningswijze en bron: op voorschrift versus illegaal?). Ook hier dienen mededelingen van de patiënt kritisch bekeken te worden en zo nodig met heteroanamnestische gegevens verder te onderbouwen. De eventuele lichamelijke en psychiatrische klachten worden uitgevraagd en onderzocht, in relatie met de tijd van gebruikte benzodiazepine(s) of met het stoppen van gebruik. Met andere woorden: treden de klachten voorafgaand aan het benzodiazepinegebruik, tegelijkertijd, na het gebruik of los van elkaar? Dit wordt gedaan om een onderscheid te maken tussen de stoornissen door benzodiazepinegebruik en eventueel andere aanwezige comorbide psychiatrische stoornis. Urineonderzoek ter verificatie van de gegevens kan handig zijn als aanvulling op het onderzoek, maar men moet er rekening mee houden dat de benzodiazepines een grote variatie van aantoonbaarheid in de urine hebben (van 12 uur tot weken), afhankelijk van halfwaardetijd en van actieve metabolieten. Overleg met het laboratorium is aan te raden.

6.4. Een handreiking voor veilige benzodiazepineafbouw

Bij reeds geconsolideerde fysiologische afhankelijkheid van benzodiazepine, mag het middel niet abrupt worden gestaakt, omdat er dan een benzodiazepineonthoudingssyndroom zal ontstaan. Onthouding van benzodiazepine moet altijd worden behandeld wegens het hoge risico op onthoudingsinsulten, onthoudingsdelier en dood. Beginnende symptomen van benzodiazepineonthouding zijn: verhoogde pols en bloeddruk, nervositeit, onrust, slapeloosheid en maag- en darmklachten. Tevens kunnen er cognitieve-, waarnemingstoornissen en stemmingstoornissen optreden. De onset van onthoudingssymptomen is afhankelijk van het gebruikte middel. Bij benzodiazepines met een korte halfwaarde tijd (oxazepam, lorazepam), ontstaan de symptomen eerder dan bij een benzodiazepine met langehalfwaardetijd.

Benzodiazepineonthouding wordt behandeld door de patiënt bij voorkeur eerst in te stellen op de equivalente dosis van een langwerkende benzodiazepine (2-3 keer daags diazepam of clonazepam, zie omrekeningstabel) en door deze vervolgens af te bouwen. Een uitzondering vormen ernstige leverfunctiestoornissen, zwangerschap of vertraagd metabolisme bij patiënt, waarbij een kortwerkend middel de voorkeur heeft.

Bij afhankelijkheid van een therapeutische dosis benzodiazepine (dwz < 40 mg diazepam per dag of equivalent) en een indicatie voor detoxificatie, wordt geadviseerd de dosis met 10-25% per week te verminderen. Monitoring en evaluatie van

de bloeddruk, pols en het bewustzijn geschiedt bij voorkeur de eerste drie dagen elke 8 uur. Dit is van belang om het beleid goed te kunnen evalueren en waar nodig aan te passen. De meeste patiënten die therapeutische doses van benzodiazepines gebruiken, doorlopen een ongecompliceerde afbouw.

Indien patiënt ook methadon (of een andere opiaatagonist) gebruikt, is het bij therapeutische doses benzodiazepinen vaak verantwoord beide middelen tegelijk af te bouwen (voor indicaties methadon afbouw zie hoofdstuk 4).

Bij afhankelijkheid van een suprathérapeutische dosis benzodiazepine (> 40 mg diazepam per dag of equivalent), is iets meer voorzichtigheid geboden. De meningen over de omzetting naar een langwerkende benzodiazepine in dit geval, versus de afbouw met de door betrokkene gebruikte benzodiazepine, zijn in de literatuur verdeeld. In beide gevallen wordt geadviseerd na een korte stabilisatie gedurende 2-3 dagen, de dosis benzodiazepine aanvankelijk met 30% af te bouwen en na 2-3 dagen weer te evalueren. Vervolgens kan de benzodiazepine of dagelijks met 5-10% worden afgebouwd, of om de paar dagen met 10-25% van de dagelijkse dosis (Ciraulo, D.A. & Sarid-Segal, O. 2004). Opgemerkt dient nog te worden dat bij twijfels over suprathérapeutische doseringen te overwegen valt om deze in gedeeltes te geven en dan af te bouwen volgens bovenstaand schema.

Indien de patiënt die afhankelijk is van suprathérapeutische doses benzodiazepine, ook methadon gebruikt, is het aan te bevelen om eerst benzodiazepine af te bouwen, terwijl de methadondosis (of andere opiaat agonist) gestabiliseerd wordt. Pas na de afbouw van benzodiazepine, wordt bij een gestelde indicatie ook de opiaatagonist afgebouwd. Benzodiazepine wordt in dat geval afgebouwd volgens volgend schema: de eerste 75% van de dosis met stappen van 10 mg (diazepam) per dag. De resterende 25% met stappen van 5 mg per dag (Resultaten Scoren, 2004).

Aanvullende medicatie kan worden gegeven tijdens de benzodiazepinedetoxicatie, alhoewel hun effectiviteit in behandeling van benzodiazepineonthouding niet is vastgesteld. In de literatuur worden carbamazepine, gabapentine, β adrenerge-receptoragonisten, valproaat, clonidine en antidepressiva met sederende werking (trazodon of mirtazapine) genoemd. Bij epilepsie kan de dosis anti-epilepticum verhoogd worden tijdens de benzodiazepineafbouw (voor interacties antiepileptica en opiaten zie hoofdstuk 5).

6.5. Wanneer is afbouw van benzodiazepinen niet gewenst (uitzonderingen)?

Er kan een indicatie zijn voor benzodiazepinevoorschrift in de volgende gevallen:

- Als adjuvans in de behandeling van andere psychiatrische stoornissen, zoals bijvoorbeeld een psychose of manie die gepaard gaat met veel agitatie, angst en/of onrust, of bij een hardnekkige slaapstoornis. In beide gevallen is het raadzaam om met benzodiazepine niet langer dan 2-4 weken te behandelen. Er bestaat vooralsnog geen empirisch bewijs voor het standpunt dat benzodiazepines gecontraïndiceerd zouden zijn bij ex-verslaafden (Posternak, 2001).

Er kan een indicatie zijn voor het continueren van benzodiazepinevoorschrift:

- Bij een gediagnosticeerde chronische angststoornis waarbij een 'longterm' lage dosis benzodiazepine wordt voorgeschreven. Dit wordt niet geïnterpreteerd als misbruik of afhankelijkheid van benzodiazepine (APA 2006, O'Brien, C.P. 2005).

Conclusies

Niveau 1	Benzodiazepines zijn verslavende middelen die tot afhankelijkheid kunnen leiden. <i>A Ciraulo, Sarid-Segal, 2004.</i>
Niveau 1	Aan gebruik van benzodiazepines zijn risico's verbonden. <i>A Ciraulo, Sarid-Segal, 2004</i>
Niveau 3	Er bestaan diverse bruikbare afbouwschema's voor benzodiazepines. <i>C Resultaten Scoren, 2004, Ciraulo, Sarid-Segal, 2004.</i>

Overige overwegingen

Aanvullende medicatie kan worden overwogen tijdens de afbouw van benzodiazepines.

Aanbevelingen

Bij opiaatverslaafden, die ook benzodiazepines gebruiken zonder een valide indicatie, wordt sterk aanbevolen om de benzodiazepines af te bouwen.

Afbouw van benzodiazepines kan geschieden door de gebruikte dosis benzodiazepine om te zetten in een equivalente hoeveelheid diazepam en vervolgens met maximaal 25% per week af te bouwen.

Omrekeningstabel naar diazepam

Stofnaam	Merksnaam	Voorbeeld-Dosis	Equivalente Dosis diazepam	Omrekenings-factor
Alprazolam	<i>Xanax</i>	1 mg	10 mg	X 10
Bromazepam	<i>Bromazepam</i>	10 mg	10 mg	X 1
Brotizolam	<i>Lendormin</i>	0.25 mg	10 mg	X 40
Chloordiazepoxide	<i>Chloordiazepoxide Librium</i>	30 mg	15 mg	X 0.5
Clobazam	<i>Frisium</i>	20 mg	10 mg	X 0.5
Clonazepam	<i>Rivotril</i>	2 mg	25 mg	X 12.5
Clorazepinezuur	<i>Clorazepaat Tranxene</i>	20 mg	15 mg	X 0.75
Diazepam	<i>Diazepam Stesolid Valium</i>	10 mg	10 mg	X 1
Flunitrazepam	<i>Flunitrazepam</i>	1 mg	10 mg	X 10
Flurazepam	<i>Dalmadorm Flurazepam</i>	30 mg	10 mg	X 0.33
Loprazolam	<i>Dormonoct</i>	1 mg	10 mg	X 10
Lorazepam	<i>Lorazepam Temesta</i>	2.5 mg	12.5 mg	X 5
Lormetazepam	<i>Loramet Noctamid Lormetazepam</i>	1 mg	10 mg	X 10
Midazolam	<i>Dormicum</i>	15 mg	20 mg	X 1.33
Nitrazepam	<i>Mogadon Nitrazepam</i>	5 mg	5 mg	X 1
Oxazepam	<i>Oxazepam Seresta</i>	50 mg	15 mg	X 0.3
Prazepam	<i>Reepam</i>	20 mg	10 mg	X 0.5
Temazepam	<i>Normison Temazepam</i>	20 mg	10 mg	X 0.5

Hoofdstuk 7: Andere medicamenten: adjuvante medicatie en terugvalpreventie

Uitgangsvraag:

Wat is de positie van andere medicamenten (bijvoorbeeld naltrexon) bij gedetineerde verslaafden?

Marleen Arends, Tanja Cucic-Malesevic, Hein de Haan

7.1. Inleiding

Het continueren van een door de verslavingszorg geïndiceerde behandeling geniet de absolute voorkeur, wat voor de populatie gedetineerde opiaatverslaafden meestal een opiaatonderhoudsbehandeling betreft. Naast methadon of buprenorfine (middelen beschreven in hoofdstuk 3) worden soms diverse andere medicamenten voorgeschreven met als doel bestrijding van onthoudingsverschijnselen en/of voor terugvalpreventie in middelengebruik. De uitgebreide aandacht die in dit hoofdstuk aan het onderwerp opiaatdetoxificatie en terugvalpreventie wordt besteed, dient niet als een pleidooi voor detoxificatie bij deze populatie opgevat worden. Dit hangt samen met de complexiteit van het onderwerp.

Aangezien de meeste verslaafde gedetineerden polydruggebruikers zijn (Gezondheidsraad 2002/08, IVO 2007), zal in dit hoofdstuk kort de behandeling van klachten bij comorbiditeit van afhankelijkheid aan andere middelen dan opiaten worden benoemd in de vorm van het mogelijk kortdurend voorschrijven van langwerkende benzodiazepines bij detoxificatie van stimulantia en/of cannabis. Voor behandeling van nicotine- en alcoholafhankelijkheid wordt verwezen naar de betreffende richtlijnen van het CBO. Verder zal de medicamenteuze behandeling van andere vormen van middelenaafhankelijkheid wegens gebrek aan wetenschappelijke bewijsvoering niet aan bod komen.

7.2. Medicamenteuze terugvalpreventie

Naltrexon

Naltrexon (Nalorex) is een opiaatantagonist met een hogere affiniteit voor opiaat-receptoren dan opiaatagonisten zoals heroïne en methadon. Naast de toepassing van naltrexon bij de in detentie naar ons inziens niet toe te passen snelle detoxificatiemethode (zie hoofdstuk 3), wordt het middel momenteel als enige beschikbare medicamenteuze vorm van nabehandeling aangeboden volgend op de detoxificatie van opiaten met behulp van methadon of buprenorfine. Het middel vermindert de zucht naar zowel opiaten als alcohol. (NICE 2007, De Jong e.a. 2004) Daarnaast zal een op naltrexon ingestelde patiënt bij gebruik van heroïne geen roes ervaren (Gezondheidsraad 2002/10).

Uit de systematische reviews van Cochrane (Minozzi e.a. 2006) en NICE (2007) blijkt dat maar twee RCT's beschikbaar zijn, waarin het effect van naltrexon binnen de penitentiaire situatie is onderzocht. Uit deze onderzoeken komen positieve resultaten naar voren ten aanzien van naltrexon, al dan niet in combinatie met kortdurende psychosociale begeleiding, op zowel opiaatgebruik als recidive in criminaliteit in geval van voorwaardelijke invrijheidstelling (Cornish e.a. 1997, Curran

e.a. 1976). Daarnaast geven ook niet-gerandomiseerde onderzoeken binnen justitiële programma's aanwijzingen voor de effectiviteit van naltrexon in combinatie met psychosociale begeleiding (Chan e.a. 1996, Brahen e.a. 1984). De auteurs van de twee beschikbare systematische RCT-reviews (Minozzi e.a. 2006, Roozen e.a. 2006) concluderen over het gebruik van naltrexon na de opiaatdetoxificatie dat wegens heterogeniteit van trials objectieve evaluatie van het middel niet mogelijk is. Daarbij komt dat, in geval van naltrexonbehandeling, randomisatie in trials moeilijk is. De participant kan gemakkelijk vermoeden in welke onderzoeksgroep hij zit, doordat het gebruik van heroïne geen effect geeft bij naltrexon. Hierdoor is het drop-outpercentage in de placebogroep veel hoger dan in de naltrexongroep (Minozzi e.a. 2006, Roozen e.a. 2006, APA 2006). Wegens de positieve resultaten van het EDOCRA-onderzoek (De Jong e.a. 2004: Edocra) m.b.t. het onderdeel van deze studie over de toepassing van naltrexon als vorm van preventie van terugval binnen een zeer gestructureerde aanpak in combinatie met psychosociale begeleiding, wordt het middel in de Nederlandse gezondheidszorg toch regelmatig voorgeschreven.

Naltrexon lijkt alleen effectief bij gemotiveerde patiënten. (Gezondheidsraad 2002/08, Minozzi e.a. 2006) De kans op terugval binnen de periode na afbouw van methadon of buprenorfine is zeer groot, terwijl de overgrote meerderheid de behandeling voortijdig staakt. Voldoende psychosociale ondersteuning (Gezondheidsraad 2002/08, NICE 2007, Minozzi e.a. 2006) en toezicht op medicatie-inname (Gezondheidsraad 2002/10, Roozen e.a. 2006) kunnen de uitval beperken

Het starten van naltrexon ter preventie van terugval in opiaatgebruik wordt in de Richtlijn Detox (De Jong e.a. 2004) geadviseerd bij gedetoxificeerde opiaatgebruikers, die minstens 7 tot 10 dagen opiaatvrij zijn, na bepaling van een negatief opiaaturineonderzoek. In verschillende bronnen (NICE 2007, Krishnan-Sarin/Kaplan & Sadock's 2005, Farmacotherapeutisch Kompas 2007, Department of Health 2006) wordt de naloxon-challenge-test als alternatief voor het opiaaturineonderzoek genoemd. Verdere literatuur (Lintzeris e.a. 2001, Gezondheidsraad 2002/10) geeft aan dat in geval van buprenorfineafbouw naltrexon reeds gestart kan worden kort na afbouw of eventueel in de laatste dagen van de afbouw.

Aangezien naltrexon het effect van opiaatanalgetica blokkeert, is het voorschrijven van naltrexon niet geschikt in geval van chronische pijn of in afwachting van een operatie (Department of Health 2006). Door het opiaatblokkerende effect van naltrexon bestaat daarnaast het risico op overdosering bij terugval in opiaatgebruik. Na stoppen met naltrexon bestaat dit risico met name gedurende de werkingsduur van 72 uur, maar mogelijk ook op langere termijn ten gevolge van de door het middel geïnduceerde up-regulatie van de opiaatreceptoren (Gezondheidsraad 2002/10, Ritter 2002). Tevens kan de ervaring van een aantal plezierige gevoelens zoals op het gebied van eetlust en seksualiteit tijdens het gebruik van naltrexon verminderen, omdat het medicament waarschijnlijk ook het vrijkomen van natuurlijke endorfinen verhindert (Malcolm e.a. 1987). Dit effect is reversibel en herstelt zich na het stoppen van het middel (Farmaceutisch Kompas 2007). Hoewel tijdens naltrexonbehandeling een toename van dysforie kan voorkomen, blijkt uit de beschikbare literatuur dat naltrexon echter niet leidt tot toename van depressieve symptomen bij opiaatafhankelijke patiënten (Ritter 2002, Dean e.a. 2006). Deze aspecten, in het bijzonder het risico voor opiaatoverdosering na stoppen van het middel (Digiusto e.a. 2004), dienen in de behandeling en de voorlichting aan cliënten mee-

genomen te worden (Gezondheidsraad 2002/10, De Jong e.a. 2004, NICE 2007). Vooraf aan het voorschrijven van naltrexon en eventueel tijdens de behandeling is het aan te raden het leverenzym ASAT te controleren, aangezien het middel snel geabsorbeerd en gemetaboliseerd wordt door de lever (NICE 2007, Farmacotherapeutisch Kompas 2007, Department of Health 2006). Bij verhoging van ASAT van 2 à 3 maal de normaalwaarde is naltrexon gecontraïndiceerd (Department of Health 2006). Hiernaast is er een case-control-studie, waarin een mogelijke verhoogd risico op leverfunctiestoornissen is gevonden bij de combinatie van naltrexon met NSAID's (Kim 2001 e.a./APA 2006). Desondanks concludeert de American Psychiatric Association dat de kans op leverfunctiestoornissen bij patiënten behandeld met de gebruikelijke dosering (50-150 mg/dag) zonder pre-existente leverziekte, minimaal is (APA 2006). Tevens wordt opgemerkt dat voorzichtigheid is geboden bij nierfunctiestoornissen (NICE 2007, Farmacotherapeutisch Kompas 2007).

Geadviseerde begindosis is 25 mg op dag 1, gevolgd door dagelijks 50 mg. Het doseringsregime van 350 mg per week in 3 doses kan overwogen worden als het waarschijnlijk is, dat dit de therapietrouw vergroot (NICE 2007). De gezondheidsraadcommissie adviseert dat de behandeling veelal gedurende een jaar (gerekend vanaf de laatste terugval) dient te worden voortgezet (Gezondheidsraad 2002/10). Roozen e.a. (2006) menen dat, aangezien verslaving een chronische ziekte is, naltrexon zou moeten worden voorgeschreven voor een lange periode.

Conclusies

Niveau 2	Het is aannemelijk dat naltrexon effectief is ter voorkoming van terugval in opiaatgebruik bij opiaatafhankelijkheid binnen een penitentiaire setting. <i>B Cornish 1997; Curran 1976; Chan 1996</i> <i>C Brahen 1984</i>
Niveau 4	Naltrexon lijkt alleen effectief te zijn bij gemotiveerde patiënten. <i>D Gezondheidsraad 2002; Minozzi 2006</i>
Niveau 1	Het is aangetoond dat psychosociale begeleiding bijdraagt aan de effectiviteit van behandeling met naltrexon. <i>A1 Minozzi 2006</i> <i>B Cornish 1997</i> <i>D Gezondheidsraad 2002</i>
Niveau 3	Bij het voorschrijven van naltrexon is goede voorlichting aan de patiënt essentieel, met name met betrekking tot het risico tot overdosering tijdens en na het gebruik van het medicament. <i>C Digiusto 2004</i> <i>D NICE 2007; De Jong 2004; Gezondheidsraad 2002</i>

Overige overwegingen

Op basis van het equivalentiebeginsel wordt bij patiënten die reeds ingesteld staan op naltrexon, dit binnen detentie in principe gecontinueerd. Naar de mening van de werkgroep is dit ook aan te raden wegens het binnen detentie aanwezig zijn van illegaal gebruik van verdovende middelen.

De mogelijkheid naltrexon in de laatste dagen van de afbouw van buprenorfine te starten, wordt door de werkgroep binnen detentie afgeraden gezien de bijwerkingen die dit kan geven. Om dezelfde reden raadt de werkgroep af de naloxone-challenge-methode, zoals beschreven in de literatuur, toe te passen binnen een penitentiaire setting. De werkgroep adviseert naltrexon te starten na de bepaling van een negatief opiaaturineonderzoek.

Bij vrijlating uit detentie is het aan te raden gedetineerden een "medical alert" voor naltrexon mee te geven vanuit detentie, daar in geval van een spoedoperatie aangepaste anesthesie of bij Eerste Hulp aangepaste pijnmedicatie moet worden toegepast.

Naast de orale vorm van naltrexon zijn depotvormen ontwikkeld, welke een waardevolle bedrage zouden kunnen leveren aan de therapietrouw van naltrexon gebruik. Deze vorm van naltrexon wordt verder niet besproken, omdat dit momenteel in Nederland helaas nog niet op de markt is. Zodra de depotvorm in ons land beschikbaar is, zal worden beoordeeld welke plaats dit kan gaan innemen in deze richtlijn.

7.3. Adjuvante symptoomgerichte medicamenteuze behandeling

7.3.1. Anti-emetica

Bij misselijkheid en/of braken in geval van een opiaatvervangende behandeling bij opiaatverslaafden kunnen domperidon of primperan uitkomst bieden. Over deze toepassing is helaas geen literatuur beschikbaar gevonden. De werkgroep adviseert op basis van klinische ervaring om bij geobjectiveerd braken van methadon binnen een half uur na inname, domperidon (suppositoria) te geven, waarna een half uur later de helft van de dagelijkse hoeveelheid methadon opnieuw wordt gegeven. Indien braken langer dan een half uur na inname van methadon optreedt, dan wordt in principe geen extra methadon gegeven, tenzij de observatie van eventuele opiaatonthoudingsverschijnselen hiertoe aanleiding geven (zie ook 8.4).

7.3.2. Anti-diarreemiddelen

In geval van hevige diarree bij opiaatdetoxificatie kan eventueel loperamide (Diacure, Imodium) worden verstrekt. (De Jong e.a. 2004)

7.3.3. Niet-opioïde analgetica

Ter ondersteuning van spierpijnen bij opiaatdetoxificatie kunnen eventueel NSAID's en/of paracetamol worden gebruikt. Gezien de maagbelastende werking van NSAID's wordt geadviseerd hier een protonpompremmer aan toe te voegen. (De Jong e.a. 2004)

7.3.4. Tranquillizers

In geval van klinisch manifeste onrust en/of angst tijdens of kort na opiaatdetoxificatie of detoxificatie van stimulantia (zoals cocaïne, amfetaminen) of cannabis, kan ter ondersteuning mogelijk enkele dagen behandeld worden met een bij voorkeur

lage dosis langwerkende benzodiazepinen (De Jong e.a. 2004: D-niveau). In de Richtlijn Detox wordt voor deze toepassing het voorschrijven van twee- à viermaal daags 10 mg diazepam aanbevolen. Literatuur ondersteunt echter het feit dat diazepam een relatief groter verslavingspotentieel heeft dan andere benzodiazepinen, zoals oxazepam, chloordiazepoxide en clorazepinezuur (Domenic & Ofra/ Kaplan & Saddock's 2005, Iguchi e.a 1993, Griffiths & Wolf 1990: C-niveau). Daarom zou men hier de voorkeur kunnen geven aan de langwerkende benzodiazepinen chloordiazepoxide (Librium) of clorazepinezuur (Tranxene). Voor de behandeling in geval van benzodiazepinenafhankelijkheid, benzodiazepinengebruik bij zwangerschap, ouderen of ernstige leverfunctiestoornissen en andere toepassingen van benzodiazepinen wordt verwezen naar hoofdstuk 6.

7.3.5. Slaapmedicamenten

Voor de behandeling van slaapproblematiek in het kader van opiaatdetoxificatie noemt de Richtlijn Detox het benzodiazepine temazepam (Normison) als middel van eerste keuze. Bij ernstige slaapproblemen wordt midazolam (Dormicum) geadviseerd. Slaapmedicatie wordt doorgaans voor een beperkte periode van een aantal dagen gegeven. (De Jong e.a 2004). Uit systematische reviews (Holbrook e.a.2000, Holm e.a. 2000: A1-niveau) is gebleken, dat kortdurend gebruik van de non-benzodiazepinen zopiclon (Imovane) en zolpidem (Stillnoct) een vergelijkbaar effect hebben als benzodiazepinen bij de behandeling van insomnia. Daarnaast wijst de beschikbare literatuur op de specifieke effectiviteit van de sederende antidepressiva trazodon (Trazolan) en mirtazapine (Remeron) bij depressieve patiënten met slaapproblematiek (Saletu-Zyhlarz e.a. 2002, Nutt 1998).

Conclusies

Niveau 4	Bij opiaatdetoxificatie en/of detoxificatie van stimulantia en/of cannabis kunnen in geval van onthoudingsklachten zoals spierpijnen, hevige diarree, braken, hevige angstklachten, onrust of slaapproblematiek verschillende adjuvante medicamenten ter symptoombestrijding worden gebruikt. Slaapmedicatie en tranquillizers worden doorgaans voor de beperkte periode van een aantal dagen voorgeschreven. <i>D De Jong 2004</i>
Niveau 2	Het is aannemelijk dat bepaalde antidepressiva met sederende werking, te noemen mirtazapine en trazodon, met name effectief zijn bij slaapproblematiek in geval van de comorbiditeit van depressie. <i>B Saletu-Zyhlarz 2002; Nutt 1998</i>

Overige overwegingen

Over de toepassing van adjuvante symptoomgerichte medicatie bij middelenafhankelijkheid binnen detentie is geen onderzoek voorhanden. Aangezien er geen aanwijzingen zijn voor het niet kunnen extrapoleren van de genoemde literatuurbronnen naar de detentiesituatie, heeft de werkgroep deze bronnen als uitgangspunt genomen.

De werkgroep is van mening dat in geval van hevige diarree of andere klachten bij opiaatdetoxificatie in eerste instantie op geleide van de klachten, vertraging van het afbouwschema, of zelfs stabilisatie of ophoging van de methadondosis aangewezen is. Aanpassing van de methadondosis en/of het eventueel voorschrijven van adjuvante medicatie vindt plaats in overleg met de patiënt op basis van individuele rationele argumenten. Daarnaast is naar mening van de werkgroep terughoudendheid in het voorschrijven van benzodiazepinen bij verslaafden aangewezen, gezien de verslavingspotentie van benzodiazepinen. Indien er sprake is van instelling op buprenorfine, gelden vergelijkbare adviezen.

Gezien de magere wetenschappelijke onderbouwing van het voorschrijven van de cederende antidepressiva trazodon en mirtazapine bij slaapproblematiek naast een ongunstig bijwerkingenprofiel, ziet de werkgroep een beperkte plaats voor deze middelen binnen detentie. In geval van de comorbiditeit van depressie kan aan deze antidepressiva met cederende werking de voorkeur gegeven worden.

Aanbevelingen

Wanneer opiaatafhankelijke patiënten reeds ingesteld staan op naltrexon, dan wordt dit binnen detentie in principe gecontinueerd. Starten van naltrexon kan eveneens een positieve bijdrage leveren bij terugvalpreventie in geval van zeer gemotiveerde opiaatgedetoxificeerde verslaafde gedetineerden, waarbij de werkgroep adviseert de behandeling met naltrexon binnen detentie te starten na bepaling van een negatief opiaaturineonderzoek.

Het is vereist dat naltrexonbehandeling samen gaat met psychosociale ondersteuning (zowel tijdens als aansluitend op detentie) en goede voorlichting aan de patiënt, waarbij het risico op overdosering tijdens en na het gebruik van naltrexon uitdrukkelijk wordt meegenomen. De werkgroep is van mening, dat bij vrijlating uit detentie naltrexongebruikende gedetineerden in het bezit dienen te zijn van een "medical alert".

Ter ondersteuning van de primaire opiaatvervangende behandeling bij opiaatverslaving kunnen er indicaties zijn voor adjuvante symptoomgerichte medicatie, zoals anti-emetica en het kortdurend (enkele dagen) voorschrijven van tranquillizers. De laatst genoemde optie kan ook bij detoxificatie van stimulantia of cannabis een mogelijkheid zijn. In geval van slaapproblematiek naast een depressieve stoornis kan het voorschrijven van de sederende antidepressiva mirtazapine of trazodon de voorkeur hebben.

Hoofdstuk 8: Organisatie van methadontoediening

Uitgangsvraag:

Hoe kan de methadontoediening het beste worden georganiseerd?

- *Welke schema's worden hierbij aanbevolen?*
- *Waar kunnen de medicijnen het beste worden bewaard?*
- *Hoe (in vloeibare of vaste vorm)?*
- *Hoe wordt het toezicht uitgeoefend?*

Mirjam Swagemakers, Robert Runhert

8.1. Inleiding

Alhoewel het overgrote deel van de gedetineerden kortdurend in detentie verblijft, kan deze periode voor de opiaatverslaafde gedetineerden gezien worden als een redelijk stabiele fase in hun leven. Huisvesting, lichamelijke verzorging en maaltijdvoorziening zijn immers gewaarborgd, evenals medische en psychologische hulpverlening. Tevens wordt men min of meer gedwongen een vast dagritme te onderhouden. Deze omstandigheden kunnen er toe bijdragen dat de zgn. scenemijder stabiliseert en toegankelijk wordt voor hulpverleners. Instellen op een onderhoudsdosering methadon kan mogelijk in deze periode goed uitvoerbaar zijn en kan er toe leiden dat de opiaatverslaafde gedetineerde na detentie een grotere kans heeft niet terug te geraken in ernstige verslavingsproblematiek met alle daaraan verbonden gezondheidsrisico's en maatschappelijke overlast.

Het instellen op methadon vereist een specifieke deskundigheid en ervaring van artsen en verpleegkundigen. Voorwaarden hiervoor: een uitgebreide gegevensverzameling, geneeskundig onderzoek, psychiatrisch onderzoek en het opstellen van een behandelingsplan met een behandelingsovereenkomst (RIOB, 2005; bijlage 1, hdst 3). Volgens de RIOB dient in de medicatiemodule vastgelegd te worden: doel van de medicatieverstrekking, dosering, verstrekkingvorm, andere medicatie met indicatie(s) en evaluatieplan.

8.2. Verstrekkingvorm, sterkte en keuze hiervoor

De meest gebruikte toedieningsvorm van methadon is een drank. Een voordeel is dat zich dit leent voor computergestuurde afmeting van doseringen. Toezicht op het gecontroleerd verstrekken, lijkt bij een drank ook eenvoudiger dan bij tabletten, al wordt deze mening niet door elke verslavingsarts gedeeld.

In de literatuur is onvoldoende bewijs gevonden om een antwoord te geven op de vraag of methadon vloeibaar dan wel als tablet moet worden verstrekt. Hoe minder de patiënt is geïntegreerd, hoe zwaarder de verslavingsproblematiek is en hoe ernstiger de comorbiditeitsproblemen zijn, des te groter is de indicatie voor een vloeibare verstrekking (RIOB, 2005). Veel gedetineerden behoren tot de groep van de slecht geïntegreerde patiënten. In de penitentiaire setting is bovendien het risico op verhandelen van methadon zeker aanwezig.

In meerdere landen (o.a. Nederland, Verenigde Staten en Australië) is gesuperviseerde inname van methadon de standaard, waar in bepaalde gevallen van afgeweken kan worden (o.a. goed geïntegreerde patiënten met werk).

Door behandelingscentra wordt veelal gekozen voor de standaardisatie op de drank van 2 mg per ml, zonder verdikkingsmiddel, zonder kleurstoffen en zonder saccha-

rose. Deze wordt dan ter plaatse getapt en verstrekt. In de penitentiaire setting is dit niet mogelijk en wordt alle medicatie op naam door een apotheek verstrekt. De methadon drank wordt hiertoe in gesealde cupjes geleverd. Om het aantal cupjes per patiënt beperkt te houden, lijkt een standaardisatie op de drank van 5 mg per ml het meest praktisch. De meeste apotheken blijken te kiezen voor methadon-drink met verdikkingsmiddel en met kleurstof.

8.3. Dosering van methadon, frequentie en tijdstip

De dosering is reeds uitgebreid besproken in hoofdstuk 4. In deze paragraaf wordt meer ingegaan op organisatorische aspecten die te maken hebben met frequentie en tijdstip.

Patiënten die methadon voor de middag innemen, gebruiken minder vaak heroïne dan degenen die later op de dag methadon innemen (RIOB, 2005). In geval van bijgebruik van andere opiaten dan de onderhoudsdosering methadon is de kans dat een eventuele overdosering tijdig gesignaleerd wordt bij het 's ochtends verstrekken groter dan bij verstrekking na de middag. Methadon als onderhoudsbehandeling voor opiaatafhankelijke verslaafden kan eenmalig per dag gedoseerd worden. Alleen in de zeldzame gevallen waarbij de patiënt de methadon snel metaboliseert, kan men overgaan tot twee maal daags doseren. In veel penitentiaire instellingen worden de gedetineerden voor 17.00 uur ingesloten en verblijven zij alleen in hun cel, zonder veel toezicht. De verpleegkundigen werken in de meeste penitentiaire instellingen van 7.30-17.00 uur en veelal niet in het weekend. Opiaatverslaafden kunnen aan het eind van de dag en of week binnenkomen. Het is zeer wel mogelijk dat een dergelijke gedetineerde gedurende een flink deel van de dag of zelfs enkele dagen niet onder verpleegkundig toezicht staat.

8.4. Gemiste doseringen en braken

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

- Patiënten die één verstrekking hebben gemist en waarbij de dosis 40 mg of minder is krijgen hun normale dosis.
- Patiënten die één verstrekking hebben gemist en een dosis gebruiken hoger dan 40 mg, wordt hun normale dosis verstrekt, tenzij dit vaker is voorgekomen. Dan wordt de dosis per gemiste achtereenvolgende dag met 5 mg verminderd. Vanaf die dosis wordt de dosering weer opgebouwd tot de eigenlijke onderhoudsdosering.
- 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 in principe 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 opbouwperiode goed gemonitord te worden. Wees bedacht op gebruik van opiaten anders dan via de onderhoudsverstrekking.

Aangezien methadon 30 minuten na inname volledig geresorbeerd is, dient men hiermee rekening te houden in geval van braken. Bij geobjectiveerd braken binnen 15 minuten na inname kan de gehele dosis opnieuw gegeven worden en bij geobjectiveerd braken tussen 15 en 30 minuten na inname 50% van de dosis. Indien

meer dan 30 minuten na inname gebraakt wordt, hoeft geen extra methadon verstrekt te worden (Ontario, 2001). Als men niet zeker is over het al dan niet braken of als er onzekerheid bestaat over het tijdstip van braken, is het beter geen extra methadon te geven; wel dient de patiënt na enkele uren beoordeeld te worden door de verpleegkundige of er sprake is van het ontwikkelen van onthoudingsverschijnselen (zie ook 7.3.1).

8.5. De organisatie van de methadonverstrekking

Artsen en verpleegkundigen vormen samen het behandelings-team opiaatonderhoudsbehandeling. De Gezondheidsraad stelt in haar rapport van 2002 dat methadon in een “medische omgeving” verstrekt dient te worden. In de RIOB worden duidelijke functievooraarden gesteld m.b.t. het gecontroleerd verstrekken van methadon: minimaal ziekenverzorgende en in de meeste situaties verpleegkundigen met speciale scholing (RIOB 2005, blz. 126, zie bijlage). In de meeste penitentiaire instellingen wordt methadon ook door de penitentiaire inrichtingswerkers verstrekt, die doorgaans niet medisch geschoold zijn.

Het project VMZ (Verantwoorde Medische Zorg) van DJI gaat uit van vergaand delegeren van arts naar verpleegkundigen. De Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (GNW) laat niet toe verpleegkundigen de bevoegdheid te geven tot het voorschrijven van medicatie of veranderingen van doseringen. 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 de patiënt eerst heeft gezien of beoordeeld. In alle gevallen geldt dat volgens de GNW de patiënt door een arts beoordeeld moet zijn voordat er over gegaan kan worden op een andere dosering of medicatie. Aangezien er in een penitentiaire instelling niet altijd een arts aanwezig is, lijkt er voor een compromis gekozen te moeten worden. De patiëntveiligheid dient hierbij centraal te staan.

Het project VMZ (Verantwoorde Medische Zorg) van DJI gaat uit van vergaand delegeren van arts naar verpleegkundigen. De geneesmiddelenwet laat niet toe verpleegkundigen de bevoegdheid te geven tot het voorschrijven van medicatie of veranderingen van doseringen. 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 de patiënt eerst heeft gezien of beoordeeld. In alle gevallen geldt dat volgens de geneesmiddelenwet de patiënt door een arts beoordeeld moet zijn voordat er over gegaan kan worden op een andere dosering of medicatie. Aangezien er in een penitentiaire instelling niet altijd een arts aanwezig is, lijkt er voor een compromis gekozen te moeten worden. De patiëntveiligheid dient hierbij centraal te staan.

8.6. Receptuur en bewaren

Methadon is een opiaat en valt derhalve onder de Opiumwet. Voorschrijven en bewaren zijn hierin geprotocolleerd (Opiumwetbesluit 2002). Hierin is vastgelegd dat opiaten bewaard dienen te worden in een speciale afsluitbare kast, waarin geen andere medicijnen opgeslagen mogen worden en die niet voor anderen dan de arts en verpleegkundigen toegankelijk is. De voorschriften m.b.t. de receptuur zijn eveneens opgenomen (zie bijlage): onuitwisbare letters, op datum en naam voorschrijver, hoeveelheid voluit weergegeven, gegevens patiënt en hooguit voor

de duur van 3 mnd. De apotheker is hierbij toezichthouder en houdt een opbergtermijn van methadonrecepten in acht van 15 jaar.

In diverse internationale richtlijnen (o.a. Victoria, Australië, 2000) wordt geadviseerd zeer spaarzaam te zijn met zgn. meegeefdoseringen methadon. Gezien het feit dat methadon in de penitentiaire setting in vloeibare vorm onder toezicht ingenomen moet worden, het gegeven dat het veelal slecht geïntegreerde patiënten betreft en de kwetsbaarheid van DJI inzake incidenten, lijkt het meegeven van een aantal doses methadon in verlofsituaties risicovol. DJI heeft echter wel een zorgplicht naar de gedetineerde patiënten, ook tijdens verlof.

Conclusies

Niveau 4	Detentie kan een gunstige periode zijn voor het instellen op methadon. <i>D Mening van de werkgroep</i>
Niveau 4	Het monitoren van de methadoninstelling door het team medische dienst maakt deel uit van het elektronisch medisch dossier (EMD). <i>D Mening van de werkgroep</i>
Niveau 4	De methadondrank is op grond van risicoanalyse de veiligste verstrekkingvorm. De beste keuze voor standaardisatie is 5 mg per ml. <i>D Mening van de werkgroep</i>
Niveau 4	Uitgaande van het Competentieprofiel Justitieel Verpleegkundige is deze medisch geschoold om overdoseringen en ontwenningverschijnselen te beoordelen, waarbij de werkgroep er van uitgaat dat dit in de opleiding is gerealiseerd. <i>D Mening van de werkgroep</i>

Aanbevelingen

De werkgroep is van mening dat het monitoren van de methadoninstelling zorgvuldig door het team medische dienst in het elektronisch medisch dossier (EMD) moet worden vastgelegd.

De werkgroep kiest om dit moment op grond van patiëntveiligheid voor de vloeibare verstrekkingvorm van methadon in afgesloten cupjes met een standaardisatie van 5 mg per ml en verstrekking eenmaal per dag in de ochtend. In geval van onduidelijkheid of onbetrouwbare gegevens is het raadzaam om bij ontwenning niet hoger te doseren dan 20 mg. De voorwaarden voor het veranderen van de dosering methadon door een verpleegkundige dienen goed omschreven te worden. Telefonisch contact is hierbij een vereiste.

Het verstrekken van methadon dient te geschieden door bevoegd en bekwaam personeel. De werkgroep heeft de hierbij voorkeur voor het gecontroleerd verstrekking van methadon. Indien in een penitentiair instituut de verstrekking op een andere manier plaats vindt dient de bekwaamheid van de persoon te worden gegarandeerd.

De werkgroep acht het van belang dat er voldoende verpleegkundig toezicht mogelijk is. De beschikbaarheid dient daarom uitgebreid te worden.

De werkgroep beveelt aan dat in geval van verlofsituaties de methadonverstrekking op zorgvuldige wijze is gewaarborgd.

De werkgroep beveelt aan bij de evaluatie van cursussen en opleidingen de gevraagde competenties van justitieel verpleegkundige en artsen voldoende aanbod te laten komen.

Hoofdstuk 9: Registratie

Uitgangsvraag:

Hoe vindt de registratie plaats en ziet de informatievoorziening eruit?

Michel Westra

9.1. Inleiding

Bij binnenkomst in een Justitiële Inrichting blijkt dat veel gedetineerden methadon als opiaatvervangend middel gebruiken. Buprenorfine komt niet of nauwelijks voor. De gedetineerden verkrijgen hun methadon voor een aanzienlijk deel uit de reguliere verslavingszorg (waar ze wel of niet deelnemen aan een methadonprogramma), een deel koopt zijn methadon op straat en een deel krijgt op het politiebureau methadon voorgeschreven, meestal door een forensisch geneeskundige, al dan niet na contact met de verslavingsarts. Tenslotte is er nog een klein deel die zijn methadon krijgt via de huisarts.

Bij binnenkomst in een Justitiële Inrichting is het vaak moeilijk te achterhalen voor een verpleegkundige wat de laatste dosering is geweest. Dus ook door wie de methadon is voorgeschreven en of er geverifieerd is of de voorgeschreven methadon ook daadwerkelijk is ingenomen.

Bij vertrek uit een Justitiële Inrichting verloopt de overdracht lang niet altijd soepel. Meerdere oorzaken liggen hieraan ten grondslag. Het is niet altijd bekend waar de gedetineerde vandaan komt, of hij een huisarts heeft en bij wie hij bekend is in de verslavingszorg. Een niet minder belangrijke factor is dat er geen overdrachtcultuur bestaat binnen medische diensten.

9.2. Huidige situatie

Bij binnenkomst van een gedetineerde vindt er een medische intake plaats door een verpleegkundige conform deelwerkproces 1 (het in kaart brengen van de gezondheidssituatie van de gedetineerde door een verpleegkundige). Zie voor uitleg deelwerkprocessen de begrippenlijst. Zij noteert deze gegevens in Microhis, het elektronisch huisartseninformatiedossier dat in alle GW-inrichtingen op dit moment is geïmplementeerd en waarmee gewerkt wordt.

Een onderdeel van de intake is een (summiere) verslavingsanamnese. Gevraagd wordt in algemene termen naar gebruik van alcohol, heroïne, cocaïne en andere drugs. Ook het gebruik van methadon wordt nagevraagd en of men bekend is in een verslavingsinstelling. In het merendeel van de gevallen betreft het een gedetineerde die vanuit een politiecel komt. De justitieel verpleegkundige informeert/verifieert (soms al meteen na de melding dat een gedetineerde zal komen, dus nog voordat hij in de inrichting aanwezig is) bij de zendende partij (waaronder politie) naar het medicatiegebruik incl. de hoeveelheid methadon, tijdstip (pen) van uitgifte en of het een onderhoud cq. afbouwschema betreft. Indien bekend wordt de naam van de voorschrijvend arts genoteerd. In een enkel geval komt er schriftelijke informatie mee van het politiebureau.

Over het algemeen kan men stellen dat deze informatie vaak problematisch te verkrijgen is. De informatie wordt veelal verstrekt door een arrestantenbewaker van het cellencomplex van het betreffende politiebureau. Dat betekent dat de betrouwbaarheid te wensen overlaat.

Een ander probleem dat zich voordoet is dat door instructies van derden de bewakers geen medische informatie, inclusief medicijngebruik, naar buiten mogen brengen. In dat geval is het methadongebruik zeer moeilijk te achterhalen. Indien mogelijk informeert de verpleegkundige ook nog bij de verslavingsinstelling waar de gedetineerde eventueel bekend is. Omdat het laatste bezoek van betrokkene echter vaak zo lang geleden is, zijn deze gegevens vaak onbetrouwbaar en zeggen niets over het recente gebruik.

9.3. Keten van voorschrijven tot uitdelen van de medicatie

De 1e keer dat een gedetineerde methadon in een inrichting verstrekt krijgt, moet de justitieel geneeskundige een recept (conform de daartoe gestelde wetgeving) maken in Microhis. Dat recept wordt naar de apotheek gestuurd (gefaxt) en deze levert de methadon geseald (als het tabletten betreft) of in een cupje (als het de vloeibare vorm betreft) aan. Daarna gaat de medicatie of rechtstreeks naar de afdeling, of de verpleegkundige zorgt dat de medicatie op de afdeling komt. Vervolgens delen de PIW-ers (penitentiair inrichting werkers) de medicatie in veel gevallen uit. In een enkele inrichting deelt de verpleegkundige de medicatie uit. Het verstrekken van de medicatie dient te verlopen conform de circulaire 'Geneesmiddelenvoorziening in Justitiële inrichtingen' uit 1997. Daarnaast is in een centraal ontwikkeld 'protocol werkafspraken geneesmiddelendistributie' gesteld dat toedienlijsten, meegeleverd door de apotheek, per gift, per gedetineerde door degene die de medicatie verstrekt worden geparafeerd. De circulaire 'Geneesmiddelenvoorziening in Justitiële Inrichtingen' staat op de rol om herzien te worden. Gaat er iets mis bij het uitdelen dan geeft de PIW-er dit door aan de verpleegkundige van de afdeling en deze noteert dit in het medisch dossier. Herhalingsrecepten worden in de praktijk door de verpleegkundige gemaakt en (achteraf) ondertekend door de justitieel geneeskundige. Bij ontslag wordt contact opgenomen met de behandelaar die door de gedetineerde is aangegeven. De belangrijkste medische gegevens worden naar deze behandelaar toegezonden. Dit alles gebeurt met toestemming van de gedetineerde. Indien noodzakelijk wordt medicatie voor ten hoogste drie dagen meegegeven (Circulaire methadonverstrekking DJI, 2004).

9.4. Ontwikkelingen op het gebied van registratie en gegevensoverdracht.

De Landelijke Centrale Middelen Registratie (LCMR), ontwikkeld en geïmplementeerd door de Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ), in opdracht van de Ministeries van VWS, Justitie en BZK, is een landelijk informatiesysteem dat actuele inschrijf- en verstrekgegevens bevat van cliënten, die vervangende middelen voor hun opiaatverslaving krijgen. Doel van de LCMR is om de afstemming binnen de zorg te faciliteren, waardoor de continuïteit van de zorg verbeterd wordt. De hoofddoelstelling van de LCMR is om met behulp van een landelijk informatiesysteem zorgverleners die vervangende middelen voorschrijven aan patiënten in het kader van een opiaatverslaving, te ondersteunen bij het bieden van kwalitatief goede zorg (continuïteit van behandeling, voorkomen van overdosering of dubbel-dosering). Daarnaast is het tegengaan van ontvreemding en onjuist gebruik van Opiumwetmiddelen een neven-doelstelling, alsmede het verkrijgen van geanonimiseerde beleidsinformatie. Om deze doelstelling te realiseren worden gegevens over de persoon, de dosering, de laatste behandelende instelling en de behandelend arts door en voor professionals vastgelegd en met behulp van internettechnologie aan hen beschikbaar gesteld.

Zo ontstaat er een zogenaamde verwijsindex, die door alle verstrekkers van vervangende middelen geraadpleegd wordt alvorens tot verstrekking over te gaan. De verwijsindex is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar. Doordat zorgverleners gegevens delen met collega's, ontstaat een landelijk sluitend registratiesysteem voor het verstrekken van vervangende middelen. Toegang tot de LCMR is alleen mogelijk voor zorgverleners die bekend zijn bij de LCMR en geautoriseerd zijn, waarbij gebruik wordt gemaakt van biometrie (middels de herkenning van een vingerafdruk kan men toegang verkrijgen tot het systeem).

Vanaf 2004 kwam de landelijke "uitrol" van de Landelijke Centrale Middelen Registratie (LCMR) op gang. De LCMR is bedoeld als ondersteuning van de feitelijke verstrekking van vervangende middelen. De informatievoorziening van de LCMR is zodanig van opzet dat van elke opiaat verslaafde patiënt die een vervangend middel verstrekt krijgt, een aantal gegevens wordt vastgelegd. De patiënt heeft hier van tevoren toestemming voor verleend. Deze gegevens zijn voor geautoriseerde gebruikers vervolgens op elk moment online opvraagbaar bij de LCMR. Het gaat hierbij dus niet alleen om gegevens vanuit de verslavingszorg, maar ook vanuit andere plekken waar vervangende middelen verstrekt worden (bijvoorbeeld apothekers, de 1e lijn en de politie).

Op dit ogenblik wordt het LCMR in alle penitentiaire inrichtingen geïmplementeerd. Echter, vele inrichtingen werken er nog niet mee om uiteenlopende redenen. Eén van de problemen waar het LCMR op dit moment in de inrichtingen tegenaan lopen is dat de registratie door een ander gebeurt dan degene die de medicatie verstrekt. Het bijhouden van de registratie van de verstrekkingen in de LCMR kan gedaan worden door de verpleegkundige of de medische administratie. Het probleem is dat vaak de PIWers de methadon uitdelen en er niet met zekerheid gezegd kan worden of de methadon ook is ingenomen. In die gevallen kunnen de verstrekkingen niet geregistreerd worden als Dosering Onder Toezicht (DOT).

Een ander probleem waar het LCMR mee kampt is dat het systeem wel geïmplementeerd is in vele justitiële inrichtingen, maar nog maar mondjesmaat bij andere ketenpartners. Daardoor is het LCMR nauwelijks gevuld met cliënten. Laatste informatie hieromtrent (dd 01-02-2008) leert ons dat inmiddels steeds meer instellingen in de ambulante zorg het LCMR vullen of gaan vullen.

Het LCMR treft thans voorbereidingen om in de toekomst gekoppeld te worden aan het elektronisch patiënten dossier (EPD). De LCMR is daartoe opgenomen in de meest recente versie van de beschrijving van de landelijke ICT-infrastructuur voor de zorg, de AORTA. Deze wordt door het NICTIZ gemaakt en vormt de basis voor de ontwikkeling van een landelijk Elektronisch Patiënten Dossier. Met deze vermelding is aan een belangrijke voorwaarde voldaan om de koppeling verder uit te kunnen werken. Voor de uitwerking zullen IVZ, het NICTIZ en het CIBG gezamenlijk een projectplan schrijven waarin de realisatie van deze koppeling centraal staat. Zolang het LCMR niet overal geïmplementeerd en uitvoerbaar is levert de overdracht dus een knelpunt op.

Een kopie van een ontslagformulier of een afschrift van het medisch dossier zou in dit geval aan de gedetineerde meegegeven kunnen worden bij ontslag uit de inrichting

Conclusies

Niveau 3	<p>Elke Justitiële Inrichting heeft MicroHis geïmplementeerd. In MicroHis schrijft de inrichtingsarts een recept uit voor een opiaatvervangend middel (conform de daarvoor geldende wetgeving).</p> <p><i>C Opiumwetbesluit, 2002</i></p>
Niveau 4	<p>De keten van voorschrijven tot het moment van inname door een gedetineerde is lang en dus kwetsbaar.</p> <p><i>D Mening van de werkgroep</i></p>
Niveau 4	<p>Medio 2008 zijn naar verwachting alle Penitentiaire Inrichtingen aangesloten bij het LCMR. Medio 2008 leveren het grootste gedeelte van de ambulante verslavingszorginstellingen hun verstrekkingen aan de LCMR.</p> <p><i>D Mening van de werkgroep</i></p>
Niveau 4	<p>Overdracht van gegevens, zowel naar de detentiesituatie als vanuit de detentiesituatie, levert op dit moment veel problemen op en vertoont vele hiaten.</p> <p><i>D Mening van de werkgroep</i></p>

Aanbevelingen

Recepten dienen door de justitieel geneeskundigen, conform de geldende wetgeving, vastgelegd te worden in een geautomatiseerd systeem.

In Justitiële Inrichtingen is het noodzakelijk dat er een procedure wordt ontwikkeld, met het oog op vermijdbaarheid, om fouten in de keten van voorschrijven tot het moment van inname van medicatie te signaleren en te melden (MIP-procedure).

Het is van belang dat alle methadon voorschrijvende artsen (dus ook de justitieel geneeskundigen) gebruik maken van een systeem dat aangesloten kan worden op het LCMR.

Informatieoverdracht naar derden vanuit de detentiesituatie kan geschieden middels het meegeven aan de gedetineerde van een overdrachtsformulier of een kopie van het medisch dossier.

Hoofdstuk 10: Samenwerking in de verschillende instanties / echelons

Uitgangsvraag:

Hoe kan de samenwerking in de verschillende instanties en echelons worden bevorderd?

Aernout Tenhaeff, Gerda van 't Hoff, Grace Wegdam

10.1. Inleiding

De vraag “hoe de samenwerking bevorderd kan worden” is in dit hoofdstuk benaderd vanuit het kwaliteitsperspectief. Het betreft in principe alle Justitiële Inrichtingen en gaat zijdelings in op de relatie met overdracht uit politiebureaus.

De kwaliteitsbenadering biedt de mogelijkheid om aan te sluiten bij organisatorische aspecten van het bij DJI geïntroduceerde kwaliteitssysteem Harmonisatiemodel Kwaliteit van Zorg (HKZ) en de uit het Project Verantwoorde Medische Zorg ontwikkelde instrumenten. Van belang zijn daarbij de zogenaamde toegeleidingsfunctie van de penitentiaire verpleegkundige naar de justitieel geneeskundige (huisarts) en 20 benoemde essentiële werkprocessen. Tevens beschikt de penitentiair verpleegkundige over een aantal probleemgerichte checklists.

In hoofdstuk 1 is een matrix gepresenteerd (bladzijde 17). In dit hoofdstuk wordt de matrix toegelicht om daarin tevens de drie stappen in het primaire proces van de zorg te plaatsen. Binnen het HKZ beperkt dit hoofdstuk zich voornamelijk op de ‘binnenste schil’ van professionele verantwoordelijkheid, maar geeft wel een aantal adviezen die een relatie hebben met de randvoorwaarden. De HKZ kent als essentiële stappen de begrippen: intake, uitvoering en nazorg. Dat wil zeggen dat een organisatie in wezen altijd deze stappen maakt en dan deze vanuit kwaliteitsoogpunt toetst.

Praktisch vertaald betekent dit dat een gedetineerde verslaafde een medische intake krijgt bij binnenkomst (inkomst) in een, welke dan ook, justitiële inrichting. Vervolgens wordt medisch beleid vastgesteld en uitgevoerd (uitvoering) en bij ontslag (uitstroom), wordt de overdracht geregeld en/of de zorg geëvalueerd (nazorg e/o evaluatie).

Dit proces wordt uitgevoerd binnen de kaders van onder andere de Penitentiaire Beginselenwet en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Bij de laatste is sprake van een overeenkomst tussen cliënt en behandelaar. Met informed consent wordt behandeling uitgevoerd met beschikbare protocollen e/o standaarden. Er is sprake van medisch beroepsgeheim er wordt een (elektronisch) dossier bijgehouden.

In het onderstaande wordt eerst ingegaan op de relatie tussen terminologie van DJI en de HKZ. Daarna wordt aan de hand van een aantal beschikbare stukken en ervaren knelpunten besproken. Tenslotte worden adviezen geformuleerd op hoofdlijnen met suggesties voor uitwerking.

10.2. Het proces van zorg

Justitiële Inrichtingen krijgen een inkomst vanuit een politiebureau (politie of vreemdelingenbewaring), rechtbank of een andere justitiële inrichting; hierbij worden de volgende stappen gezet. Bij de intake worden medische gegevens verzameld, aan de hand van een overdracht, anamnese en verpleegkundig en medisch

onderzoek (een verantwoordelijkheid van de medische dienst). Indien nodig wordt medicatie georganiseerd. Via toegeleiding, vergelijkbaar met het stellen van een indicatie, zal de verpleegkundige met de justitieel geneeskundige beleid uitzetten, waarbij een directe relatie is met het psychomedisch overleg (PMO) (DJI – TNO). Dit maakt deel uit van de interne tweedelijns zorgketen. De verslaafde wordt eventueel verwezen naar de psychiater en mogelijk andere specialisten (in aan aantal Justitiële Inrichtingen voert de verslavingszorg de behandeling ‘binnen de poorten’ uit). Bij de uitvoering van het zorgplan komen aspecten van medicatieverstrekking en de organisatorische context aan de orde. Zolang betrokkene in de inrichting verblijft, is er sprake van continuïteit.

Bij ontslag wordt met informed consent de nazorg fysiek en schriftelijk geregeld. Ontslag uit een justitiële inrichting is in de meeste gevallen tevoren bekend en kan daarom worden voorbereid. De laatste jaren is in het project Aansluiting Nazorg grote vorderingen gemaakt in de samenwerking met gemeenten en andere ketenpartners met het doel de re-integratie van gedetineerden te bevorderen. In de inrichtingen zijn de medewerkers maatschappelijk dienstverlening het aanspreekpunt, de gemeenten wordt gevraagd een vast aanspreek- en coördinatiepunt in te stellen. Dit coördinatiepunt kan dienen om de overdracht van gedetineerden naar de vrije samenleving te begeleiden. Iedere gedetineerde wordt bij inkomst gescreend en aan het eind van de detentie overgedragen aan dit coördinatiepunt (zgn. ‘warme overdracht’) Hierbij worden alle relevante gegevens ten aan zien van de vier basis deelgebieden identiteitspapieren, onderdak, inkomen en zorg naar de gemeenten gecommuniceerd. De medisch-inhoudelijke overdracht van gegevens blijft uiteraard de verantwoordelijkheid van de justitieel geneeskundige en valt cf. de WGBO onder de medische geheimhouding.

Op medisch gebied kan de nazorg eenvoudig of complex zijn: medische gegevens worden aan de huisarts, medisch specialist, verslavingszorg opgestuurd of meegegeven aan de cliënt.

Bovengeschetst verloop heeft een aantal mogelijkheden, waarvan er hier als voorbeeld twee genoemd worden.

- Het meest eenvoudige verloop is dat een gedetineerde binnenkomt, zijn straf uitzit en daarna in de maatschappij terugkeert. In dat geval is de intake, uitvoering en nazorg naar de reguliere 1e en 2e lijnszorg overzichtelijk. Zeker als eventuele medische gegevens bij inkomst aanwezig zijn, de uitvoering adequaat is en in de nazorg een overdracht is.
- Het wordt complexer als een gedetineerde doorstroomt / wordt overgeplaatst naar andere Justitiële Inrichtingen. Alhoewel het principe: intake - uitvoering - nazorg overeind blijft, (b)lijken er allerlei praktische problemen in deze keten.

10.3. De inhoud van de zorg

Groot knelpunt is de niet aangekondigde binnenkomst van gedetineerden in justitiële inrichtingen, omdat er dan acuut naar medische informatie gezocht moet worden. Bij overplaatsingen vanuit justitiële inrichtingen zou dit niet hoeven. Maar in de praktijk wordt er toch regelmatig veel tijd gestoken in het opvragen van gegevens (via telefoon en/of fax).

Ook komt het nogal eens voor dat na voorgeleiding voor een rechter-commissaris een vooraf onbekende bestemming wordt gekozen (waarbij dit ook nogal eens onverwacht gebeurt). Daarnaast komt het voor dat verslaafden direct op vrije voeten worden gesteld door de rechter-commissaris en betrokkene uit beeld van de hulpverlening is.

Via de politie vergaart men nogal eens informatie, maar de wijze waarop de informatie verkregen moet worden, is vaak niet duidelijk en in meerdere gevallen niet toereikend of onvolledig. Ook komt voor dat arrestanten op politiebureaus niet zijn bezocht door een arts, waardoor in het geheel geen informatie is. Kennelijk gaat men er dan van uit dat de politie of de arrestantenverzorgers de instructies van de forensisch artsen tot hun beschikking hebben. Contact met deze artsen blijkt vaak niet mogelijk. Wel zijn er GGD'en die digitale dossiers bijhouden en dagelijks in een centrale databank opslaan.

10.4. Aantal voorzieningen en trajecten binnen de Inrichtingen

Er is een redelijk groot aantal voorzieningen in de justitiële zorg. De matrix op bladzijde 17 geeft een beeld van het aantal verschillende inrichtingen/afdelingen/eenheden binnen de justitiële context, waarbij medische informatie-overdracht sprake kan zijn. Als deze eenheden idealiter alle het HKZ-kwaliteitsprincipe aanhouden en werken volgens criteria vanuit het project Verantwoorde Medische Zorg, zouden zich een aantal problemen niet voordoen.

Inmiddels is Micro-HIS in justitiële Inrichtingen ingevoerd, het elektronisch medisch dossier van de justitieel geneeskundige. De ontwikkelingen die hierin moeten voorzien zijn beschreven in hoofdstuk 10 van deze richtlijn (LCMR en EMD). Voor dit hoofdstuk is relevant dat de huidige ICTontwikkeling en de samenwerking op organisatieniveau nog knelpunten zijn voor de praktijk.

Er zijn binnen en vanuit een inrichting diverse overleg- en overdrachtsmomenten die hier kort worden opgesomd. Niet geheel duidelijk is of alle overlegvormen genoemd zijn, dan wel in alle inrichtingen voorkomen.

- Overleg inzake Doorgeleidings Behandelprogramma (DGB) en Psycho Medisch Overleg (PMO). Hierbij zijn in alle HvB/Gevangenissen de disciplines vanuit de Medisch Maatschappelijke Dienst/project Terugdringen Recidieve (TR)/Medewerker Medische Dienstverlening (MMD)/psychologen; Forensisch Psychiatrische Dienst betrokken. Tevens is er afstemming met Bureau Selectie Dienst - afd. Bevolking van de inrichting. Uit de praktijk blijkt dat het discipline vraagt om de overlegvormen structureel te laten plaatsvinden.
- Er is, zoals genoemd een Toegeleidingsoverleg justitieel verpleegkundige tussen verpleegkundige en justitieel geneeskundige.
- Overdracht tussen medische dienst – medische dienst van verschillende inrichtingen overdracht tussen medische dienst en het vervolg zorgtraject (waaronder huisarts, specialist, verslavingszorg).
- Overdracht medicatiegegevens tussen apotheek en medische dienst van verschillende inrichtingen. Apothekers kunnen zowel in individuele gevallen (bv. vaststellen optimale dosering in geval van co-medicatie of het stoppen van co-medicatie) als structureel in FTO (farmacotherapeutisch overleg) met de artsen, een bijdrage leveren aan optimaal en doelmatig geneesmiddelengebruik en farmaceutische zorg.

Samenvattend zijn er diverse contactmomenten mogelijk, waarop vanuit een meervoudig samengesteld medisch probleem als verslaving, vanuit verschillende disciplines informatie wordt aangeleverd. Dit ten behoeve van een behandeling, maar tevens voor een overdracht in het kader van nazorg.

Het Psychomedisch overleg (PMO) vormt een belangrijke schakel in de zorg voor gedetineerde verslaafden. Opmerkelijk wordt in het stuk "Best Practise PMO" (pagi-

na 4-5) gesteld dat daarin tenminste geagendeerd worden: ... "alle gedetineerden die psychofarmaca gebruiken, met uitzondering van benzodiazepinen en methadon." Bij navraag lijkt dit echter niet het geval te zijn en wordt de groep verslaafden ook met deze medicatie of verslaving juist in het PMO besproken. In de checklists wordt niet specifiek aandacht besteed aan verslaving, omdat deze uitgaan van een of meerdere klachten. Uit het toestandbeeld in combinatie met zorggegevens kan opgemaakt worden of het een gedetineerde verslaafde betreft. Of er specifieke toegeleidingsprotocollen zijn voor deze groep is onbekend.

Bij het digitaal verwerken van de gegevens van het medische dossier (Micro His) via DUWAR datasysteem, ten behoeve van een centrale registratie, kan vertraging van enkele dagen optreden, waardoor de overdracht wordt vertraagd. Indien medische informatie niet acuut nodig is, stabiliseert de vraag zich na enige tijd overigens wel. Maar dit komt mede vanwege eigen diagnostiek en behandeling in de inrichting. Informatiebehoefte op korte termijn wordt opgelost door telefonisch contact of fax en is tijdsintensief.

Dit geldt overigens niet alleen voor gedetineerde verslaafden, maar in het algemeen voor medische problematiek (beschikbaarheid van het medisch dossier). Er zou sprake zijn van verbijzondering van afspraken rond methadon en vervolgens uitbreiding naar verslaafdenzorg indien dit nodig is. De vraag doet zich voor of dat dan functioneel is. Tevens zijn er initiatieven voor het ontwikkelen van het Elektronische Medische Dossier (EMD) en de Landelijke Centrale medische Registratie (LCMR) om een en ander in het kader van continuïteit van medische zorg te koppelen (DJI, 2007).

Met een terugblik op het bovenstaande is er sprake van een aantal overlappende initiatieven rond met name het beleid "Terugdringen Recidive" (SVG, 2006/2007). Tevens zijn er deels overlappende conclusies. Begin 2007 werd advies uitgebracht aan de Dienst Sanctie en Preventie. Hierin zijn een aantal problemen en oplossingsrichtingen geformuleerd (pagina 3 t/m 5). Daarbij worden onderscheiden:

- Inbedding van de Medische Zorg in de werkwijze "Terugdringen Recidive".
- Continuïteit in medische zorg
- Kennis – en vakontwikkeling
- De betreffende adviezen zijn verwerkt in de onderstaande adviezen.

10.5. Inhoud van de zorg (elektronische dossiervorming)

Allereerst moet geconcludeerd worden dat er afgelopen jaren veel is gebeurd op professioneel niveau en in Justitiële Inrichtingen. De ontwikkelingen zijn veelzijdig en worden op verschillende wijzen geformuleerd, zoals verbetering van de kwaliteit van zorg en afstemming met andere disciplines. Tevens zijn er met betrekking tot het medisch dossier elektronische dataopslag en -raadpleging diverse ontwikkelingen ingezet.

Bij de ontwikkeling rond het elektronisch dossier zijn te noemen Micro-His, EMD en het LCMR project van de Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ). De laatste op het gebied van de methadondatabank in de verslavingszorg. De beschikbaarheid van medische gegevens zou in ieder geval verbeteren als deze online te raadplegen zijn vanuit iedere justitiële inrichting, onder voorwaarde dat er dossiers goed worden bijgehouden.

Er is geen goed zicht op de mogelijkheden van het DUWA in dit kader als het gaat om het acuut beschikbaar hebben van medische informatie bij plotselinge en/of onverwachte inkomsten. Dat betekent dat Micro His minimaal te raadplegen moet

zijn en dat dit adequaat wordt bijgehouden (dagelijks). Indien daar geen mogelijkheden toe zijn, zal men in medische diensten naar stand van zaken moeten handelen.

10.6. Professioneel niveau

Op professioneel niveau hebben zich in de medische dienst en in de beroepsgroepen diverse ontwikkelingen voorgedaan. Dit valt af te leiden van de in het project Verantwoorde Medische Zorg ingezette structuur en werkwijzen (toegeleiding, werkprocessen, checklists) en uit de invoering van een structuur als het PMO. De hantering van het HKZ-systeem voor het zorgproces is in principe een impuls voor beroepsgroepen om gebruik te maken van werkafspraken en protocollen en/of standaarden en deze te ontwikkelen. Het is onbekend of er specifieke toeleidingsprotocollen zijn voor gedetineerde verslaafden.

Vanuit diverse notities worden suggesties gedaan voor verbetering van samenwerking. Deze betreffen het werken in de Medische diensten, tussen Medische Diensten, tussen professionals onderling en tussen beroepsgroepen die werken bij DJI (penitentiair verpleegkundigen, justitieel geneeskundigen, psychologen en forensisch psychiaters).

Maar ook ten aanzien van de relatie tussen DJI medewerkers en professionals (collega's) bij de ketenpartners worden adviezen gegeven. Deze liggen op het niveau van kennismaken, gezamenlijke deskundigheidsbevordering en gezamenlijke kwaliteitsontwikkeling.

10.7. Organisatieniveau

Op organisatieniveau van de Medische Dienst de invoering van het principe van toeleiding van groot belang. Daarvoor is het nodig dat betrokkenen niet alleen voldoende kennis en ervaring hebben op de inhoud (verslavingsproblematiek), maar ook de werkstructuur effectueren.

Wat betreft de medicatieverstrekking wordt verwezen naar hoofdstuk 8.

Conclusies

Niveau 4	De onaangekondigde binnenkomsten van gedetineerden in justitiële inrichtingen leveren problemen op bij het nagaan van de medische voorgeschiedenis door gebrek aan adequate overdracht van informatie. <i>D Mening van de werkgroep</i>
Niveau 4	Er zijn verschillende elektronische informatiedragers met informatie over de medische voorgeschiedenis van gedetineerde verslaafden. <i>D Mening van de werkgroep</i>
Niveau 4	Er zijn verschillende trajecten van behandeling binnen detentie die de overdracht van medische informatie en daarmee de continuïteit van zorg compliceren. <i>D Mening van de werkgroep</i>

Niveau 4	<p>Er zijn verschillende momenten in de behandeling binnen detentie, waarbij vanuit verschillende perspectieven medische informatie wordt aangeleverd en gebundeld. Hierdoor ontstaat gebrek aan overzicht van medische informatie.</p> <p><i>D Mening van de werkgroep</i></p>
Niveau 3	<p>In het PMO wordt geen of in onvoldoende mate de medicamenteuze behandeling van verslaafden aan de orde gesteld.</p> <p><i>D Mening van de werkgroep</i></p>

Aanbevelingen

De werkgroep beveelt aan om de competenties van justitieel geneeskundigen, justitieel verpleegkundigen en andere disciplines binnen DJI te stimuleren bijvoorbeeld door het organiseren van casuïstiekbesprekingen of intervisie aan de hand van de incidentmethode). Op basis van het bespreken van problemen kunnen oplossingen gecreëerd worden op professioneel of organisatieniveau.

In justitiële inrichtingen moeten elektronische patiëntendossiers zijn die intern te gebruiken zijn door professionals en welke (technisch) aansluiten bij landelijke standaarden voor zorg.

Zolang het LCMR niet overal is ingevoerd en functioneert dienen lokaal en/of landelijk (via bij voorbeeld de vakgroep forensische geneeskunde van GGD Nederland) afspraken gemaakt te worden met de eerstelijnsgezondheidszorg, politie, forensisch artsen en derden over de overdracht van gegevens.

De werkgroep beveelt aan het PMO een kernrol te geven voor gedetineerde verslaafden.

Geïndiceerden voor een terugdringen recidive (TR) moeten besproken worden in het PMO, dat mogelijk aanvullend diagnostiek kan verrichten en contact kan opnemen met behandelaars. Hieruit kan een gericht advies volgen naar het bureauhoofd TR over deelname aan specifieke gedragsinterventies.

De werkgroep beveelt aan om in 2008 voor Justitiële Inrichtingen toegeleidingsprotocollen voor verslaafde gedetineerden te ontwikkelen door de Commissie Toegeleiding en deze toe te voegen aan de Instrumentenset.

De werkgroep adviseert jaarlijks overleg en deskundigheidsbevordering (waaronder ook intercollegiale consultatie en ondersteuning) te laten plaats vinden tussen diverse beroepsgroepen die zijn betrokken bij het opstellen van deze richtlijn. Daarnaast valt onder andere te denken aan het Landelijk Netwerk Infectieziekten en drugsgebruik.

BEGRIPPENLIJST

Afgestrafte

Veroordeelde die geen mogelijkheden meer heeft voor beroep.

Craving [E, to crave = hunkeren naar]

Subjectief gevoel bij een verslaafde van een niet te beheersen hunkering naar drugs; duidt op verslaving.

Detoxificatie

Ontgiftig, in het bijzonder het doen ontwennen van drugs- of alcoholverslaafden aan het gebruikte middel.

Detox

(Detoxificatieafdeling) Behandelcentrum voor de detoxificatie van verslaafden (bijv. drugs- en alcoholverslaving).

Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)

Een uitvoeringsorgaan van het ministerie van Justitie belast met de tenuitvoerlegging van vrijheidsstraffen en vrijheidsbenemende maatregelen, waarbij de gedetineerde tevens de kans wordt geboden een maatschappelijk aanvaardbaar bestaan op te bouwen. Maatregelen als tbs of de plaatsing in een inrichting voor jeugdigen zijn speciaal bedoeld om een behandeling te bieden. Met die behandeling moeten de betrokkenen ondanks hun persoonlijkheidsstoornis, psychische aandoening of ontwikkelingsstoornis op een gegeven moment weer 'normaal' kunnen functioneren in de maatschappij.

Forensische geneeskunde

Een forensisch geneeskundige is een arts die werkzaam is op het terrein van medisch onderzoek en advisering ten dienste van (straf)rechtspleging en -handhaving aan overheid, politie en justitie.

De drie hoofdtaken zijn het optreden als gemeentelijk lijkschouwer, medische zorgverlener in politiebureaus en medisch adviseur en onderzoeker in het kader van opsporingsonderzoek e/o waarheidsvinding.

Forensische psychiatrie

Zorg voor gedetineerden met psychische stoornissen in penitentiaire inrichtingen. Daarnaast betreft het de zorg voor personen aan wie een tbs-maatregel is opgelegd. Ook wel bekend als terbeschikkinggestelden of tbs 'ers.

De forensische zorg is onderverdeeld in verschillende GGZ-voorzieningen, zoals:

- Forensisch-psychiatrische afdelingen (FPA's) in psychiatrische ziekenhuizen. Hier worden cliënten - in hoofdzaak tbs 'ers - intensief behandeld, waarna ze doorverwezen worden naar een 'gewone' afdeling of naar elders in de GGZ;
- Forensisch-psychiatrische instituten (FPI) FPI 's dienen voor opname en behandeling van tbs 'ers met strengere beveiliging dan op FPA 's. Als mensen met tbs voor behandeling moeten worden opgenomen, gebeurt dit in de regel in een forensisch-psychiatrisch instituut. Er zijn drie soorten FPI 's:

- Instellingen in de GGZ (waaronder één voor verstandelijk gehandicapten: Hoeve Boschoord),
- Rijksinrichtingen die onder het ministerie van Justitie vallen,
- Particuliere forensisch-psychiatrische klinieken die door het ministerie van Justitie betaald worden. De twee laatste typen instituten worden meestal samen aangeduid als (justitiële) 'tbs-inrichtingen'.

Justitiabele drugsverslaafden

Druggebruikers verstaan, die voldoen aan de criteria voor afhankelijkheid, misbruik en pathologisch gebruik van de DSM IV / ICD 10 en die daarnaast in aanraking zijn geweest met politie en/of justitie.

Half open inrichting

Beperkt beveiligde inrichting.

Medical alert

Armbandje of kettinkje met daarin een aanwijzing voor gebruik van belangrijke medicatie of de aanwezigheid van ziektes.

Methadonprogramma

In Nederland zijn ongeveer 26000 heroïneverslaafden, van wie er 12000 gebruik maken van een methadonprogramma. Jaarlijks worden 3 miljoen doses verstrekt. De meeste verslaafden gebruiken al jaren methadon en blijven dat meestal doen vanwege het verslavende karakter. De methadonprogramma's worden uitgevoerd door zeventien instellingen voor verslavingszorg. Zij beheren in totaal 85 uitgifteposten. De helft daarvan bevindt zich in de vier grote steden.

Methadonverstrekking

Werzaamheden die te maken hebben met de overhandiging van methadon aan de deelnemers van het methadonprogramma voor de ambulante verslavingszorg met als doel het gebruik van andere middelen te stabiliseren of af te bouwen.

Opiatonderhoudsbehandeling

Behandeling met methadon bij mensen die verslaafd zijn (geweest) aan opiaten, m.n. heroïne. Het wordt gebruikt om ontwenningverschijnselen op te vangen.

Penitentiaire inrichting

Huis van bewaring en gevangenis.

Verslaafde justitiabele

Verslaafde persoon die onder een bepaalde vorm van rechtspraak valt.

Verslavingsarts

Arts die werkzaam is in een instelling voor verslavingszorg of geestelijke gezondheidszorg (GGZ) binnen een multidisciplinair team en die de verantwoording heeft voor onderzoek naar en de beoordeling van psychische en somatische gevolgen door en in het gebruik (afhankelijkheid/verslaving) van verslavende middelen en de behandeling daarvan. De VVGN heeft een VVGN-registratie voor verslavingsartsen ingevoerd, waarbij het gaat om arts die meerdere jaren in de verslavingszorg heeft gewerkt en bij de collega's van de VVGN bekend is als iemand die voldoet aan

de criteria zoals geformuleerd in de profielschets verslavingsarts en het stroomdiagram registratie tot verslavingsarts, geformuleerd door de VVGN (zie www.vvgn.nl).

Verslavingszorg

Tak van gezondheidszorg die hulp biedt aan mensen die verslaafd zijn geraakt aan drugs, alcohol, medicijnen of gokken. Nederland telt ruim vier miljoen mensen die verslaafd zijn aan nicotine. Ruim 600.000 mensen drinken gemiddeld meer dan vijf alcoholhoudende consumpties per dag en 820.000 mensen op jaarbasis voldoen aan de diagnose alcoholafhankelijkheid of misbruik. Daarnaast zijn er 500.000 tot 750.000 mensen verslaafd aan benzodiazepinen, 30.000 tot 80.000 aan cannabis, (70.000 gebruikers van ecstasy), 30.000 tot 55.000 aan cocaïne, 30.000 aan amfetaminen en 26.000 aan heroïne.

Voor de behandeling van verslaafde patiënten heeft Nederland een tiental instellingen, verspreid over ruim 200 locaties, en ontvangt de verslavingszorg jaarlijks circa 65 miljoen euro. Wanneer de nicotineverslaafden niet worden meegerekend, zijn er voor ruwweg een miljoen verslaafden naar schatting 150 artsen in de verslavingszorg beschikbaar, wat neerkomt op bijna 6.700 verslaafde patiënten per arts wanneer al deze mensen in zorg zouden zijn. In werkelijkheid wordt amper een op de tien verslaafden door de verslavingszorg bereikt, met uitzondering van mensen die verslaafd zijn aan heroïne, waarvan driekwart op enig moment contact heeft met de verslavingszorg.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen verslavingszorg in strikte zin en verslavingszorg in ruimere zin. Strikt wil zeggen: de instellingen of eenheden van instellingen die als onderdeel van de GGZ hulp bieden aan mensen die problemen ervaren met het gebruik van 'middelen'. De verslavingszorg in strikte zin heeft lang bestaan uit instellingen die gespecialiseerd waren in ambulante of intramurale zorg. Daaraan is grotendeels een eind gekomen door fusies van die instanties in de afgelopen decennia. Het overheersende beeld is thans dat van grote instellingen die zowel ambulante, semi-murale als intramurale verslavingszorg bieden. Vaak biedt een instelling ook hulp aan mensen met psychische stoornissen anders dan misbruik of afhankelijkheid van middelen. In de praktijk gaat de meeste aandacht van instellingen voor verslavingszorg uit naar drugs en alcohol, op afstand gevolgd door gokken. In mindere mate spelen tabak, medicijnen en andere legale substanties een rol. In het beleid van VWS maken de instellingen voor verslavingszorg tegenwoordig deel uit van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Ruim houdt in: de verslavingszorg in strikte zin plus andere hulpverlening aan mensen die problemen ervaren met gebruik van middelen. Daarbij valt te denken aan het gevangeniswezen, de reclassering, de algemene gezondheidszorg en de maatschappelijke opvang. Ook zelfhulpgroepen kunnen hier genoemd worden.

LITERATUUR

1. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri M, Mayet S Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004; 18: CD004147.
2. Amato L. e.a. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification, *Cochrane Database Syst Rev.* 2004; 18: CD005031.
3. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. Second Edition. APA, 2006.
4. Anderson IB, Kearney TE. Use of methadone. *Western Journal of Medicine* 2000; 172(1): 43-6.
5. Ashton H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Current opinion in Psychiatry* 2005; 18, 249-55.
6. Bauer B, Yang X, Hartz AM, Olson ER, Zhao R, Kalvass JC, Pollack GM, Miller DS. In vivo activation of human pregnane X receptor tightens the blood-brain barrier to methadone through P-glycoprotein up-regulation. *Mol Pharmacol.* 2006; 70(4): 1212-9 Epub 2006 Jul 12.
7. Bazire S. Psychotropic drug directory, Drug interactions with methadone. 2005 blz 334 sectie 4.6.10
8. Beginselenwetten: Penitentiaire Beginselenwet (PBW); Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen (BJJ), beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden (BVT)
9. Begre S. Paroxetine increases steady state concentrations of (R) methadone in CYP2D6 Extensive but not poor Metabolizers. *J Clin Psychopharmacol.* 2002; 22: 211-5
10. Brahen LS, Henderson RK, Capone T, Kordal N. Naltrexone treatment in a jail work-release program. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: 49-52.
11. Brink W van den, e.a. Verslaving. In: *Handboek spoedeisende psychiatrie.* Red. RA Achilles, RJ Beerthuis, WM van Ewijk. Amsterdam: Benecke NI, 2006.
12. Brink W van den, Haasen C. Evidenced-based treatment of opioid-dependent patients. *Can J Psychiatry.* 2006; 51(10): 635-46.
13. Brown LS, e.a. Safety, efficacy and tolerability of nelfinavir-containing anti-retroviral therapy for patients coinfectd with HIV an Hepatitis c undergoing methadone maintenance. *J Substance Abuse Treatm* 2006; 30: 331-5.
14. Bruce RD, Altice FL, Gourevitch MN, Friedland GH. Pharmacokinetic drug interactions between opioid agonist therapy and antiretroviral medications: implications and management for clinical practice. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2006; 15; 41: 563-72.
15. CBO-consensus 'Medisch beleid bij aan opiaten verslaafde gedetineerden. Utrecht: CBO, 1986.
16. Chan KY. The Singapore naltrexone community-based project for heroin addicts compared with a drug-free community-based programme: the first cohort. *J Clin Forens Med* 1996; 3: 87 – 92.
17. Ciraulo DA, Sarid-Segal O. In: Kaplan & Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry; Sedative-, Hypnotic- or Anxiolytic-Related Disorders* 2004; 1300-19.

18. Clark NC, e.a. Effect op opioid substitution therapy on alcohol metabolism. *Journ of Substance Abuse Treatment* 2005; 30: 191-6.
19. College van zorgverzekeringen. *Farmacotherapeutisch kompas*. Amstelveen: CVZ, 2007.
20. Commissie Invoeringsaspecten Behandeling Heroïneverslaving (CCBH). *Over blijvende zorg. Een voorstel voor de invoering van een duurzame, kwalitatief verantwoorde, medische behandeling met heroïne*. Utrecht 2003 Website: www.ccbh.nl.
21. Connock M, e.a. *Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence*. National Institute for Health and clinical Excellence; NHS, 2007.
22. Cornish JW, Metzger D, Woody GE, Wilson D, McLellan AT, Vandergrift B, et al. Naltrexone pharmacotherapy for opioid dependent federal probationers. *J Subst Abuse Treat* 1997; 14(6): 529-34.
23. Curran S, Savage C. Patients response to naltrexone: issues of acceptance, treatment effects, and frequency of administration. *NIDA Research Monograph Series* 1976; 9: 67-9.
24. Darke S, e.a. Benzodiazepine use and HIV risk-taking behaviour among injecting drug users. *Drug Alcohol Depend* 1992; 31: 31-6.
25. Dean AJ, Saunders JB, Jones RT, Ross BA, Young RM, Connor JP, et al. Does naltrexone treatment lead to depression? Findings from a randomized controlled trial in subjects with opioid dependence. *J Psychiatry Neurosci* 2006; 31(1): 38-45.
26. Department of Health (U.K.). *Clinical Management of Drug Dependence in the Adult Prison Setting*. London: Department of Health, 2006.
27. Digiusto E, Shakeshaft A, Ritter A, O'Brien S, Mattick RP. Serious adverse events in the Australian National Evaluation of Pharmacotherapies for Opioid Dependence (NEPOD). *Addiction* 2004; 99(4): 450-460.
28. DJI Circulaire 'Geneesmiddelenvoorziening in Justitiële Inrichtingen', kenmerk 583936/96/DJI Den Haag, 1997.
29. DJI Circulaire 'Methadonverstrekking aan volwassen gedetineerden', kenmerk 5233767/03/DJI. Den Haag, 2004.
30. DJI. Bestuurlijke notitie EMD – LCMR. Den Haag, 2007.
31. DJI. *Gedetineerdzorg Gevangeniswezen & TNO Management Consultants*. Best Practise PMO. Den Haag, ongedateerd.
32. DJI. *Gezondheidszorgvisie Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen*, 2006.
33. Domenic AC, Ofra S. Sedative-, hypnotic-, or anxiolytic-related disorders. Abuse liability. *Human Studies*. In: Kaplan & Sadock's *Comprehensive text-book of psychiatry* 2005: 1302-03.
34. Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Lemma P. Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003; (3): CD002208.
35. Fazel S. et al. Substance abuse and dependence in prisoners; a systematic review. *Addiction* 2006; 101: 181-91.
36. FDP/FOBA/PBD. *Formularium FPD/FOBA/PBC*, 2005.
37. Finnegan LP. Treatment issues for opioid-dependent women during the perinatal period. *Journal of Psychactive Drugs* 23(2): 191-201, 1991
38. Fischer G, e.a. Methadone versus buprenorphine in pregnant addicts: a double-blind, double-dummy comparison study. *Addiction* 2006; 101: 275-81.

39. Formularium FPD/FOBA/PBC, 2005.
40. Gageldonk A van, Ketelaars T, Laar M van. Hulp bij probleemgebruik van drugs. Actualisering van de NDM-achtergrondstudie uit 2004. Utrecht: Trimbosinstituut, 2006.
41. Geerlings PJ. Populaire Harddrugs. Geneesmiddelenbulletin 1998; 32: 39-47.
42. Gezondheidsraad. Behandeling van drugverslaafde gedetineerden. Publicatie nr. 2002/08. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002.
43. Gezondheidsraad. Medicamenteuze interventies bij drugsverslaving. Publicatie nr. 2002/10, ISBN 90-5549-439-9. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002.
44. GGD en KNMG. Handreiking van GGD en KNMG 'Gegevensuitwisseling in het kader van bemoeizorg'. Utrecht: 2005.
45. GGZ Nederland. Resultaten Scoren: Richtlijn voor het opstellen van patiëntenprofielen in de verslavingszorg. Amersfoort: GGZ Nederland, 2003.
46. Ghodse H. Substance Misuse Detainees in Police Custody. Association of Forensic Physicians/Royal College of Psychiatrist, 2006.
47. Gogh MT van, e.a. tComorbiditeit bij methadonpatiënten. Novadic/ken-tron/NISPA, 2006.
48. Gowing L, Ali R, White J. Opioid antagonists under heavy sedation or anaesthesia for opioid withdrawal. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006; 2: publicatieno. CD002022.pub2.
49. Griffiths RR, Wolf B. Relative abuse liability of different benzodiazepines in drug abusers. J Clin Psychopharmacol. 1990; 10(4): 237-243.
50. Hardman et al (eds): Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics 9th Ed. New York, 1996.
51. Heide A van der. Regime benzodiazepinengebruik, PI. Overamstel, 2001.
52. Henry-Edwards S, e.a. Clinical guidelines and procedures for the use of methadone in the maintenance treatment of opioid dependence NDS, 2003.
53. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. CMAJ 2000; 162: 225-33.
54. Holm KJ, Goa KL. Zolpidem. An Update of its Pharmacology, Therapeutic Efficacy and Tolerability in the Treatment of Insomnia. Drugs 2000; 59 : 865-889.
55. Iguchi MY, Handelsman L, Bickel WK, Griffiths RR. Benzodiazepine and sedative use/abuse by methadone maintenance clients. Drug Alcohol Depend. 1993; 32: 257-66.
56. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Behandeling met methadon: het kan en moet beter. Rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Den Haag: 2005.
57. Instituut voor Verslavingsonderzoek (IVO). Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen. Rotterdam: Instituut voor Verslavingsonderzoek, 2007.
58. Iribarne C, Dréano Y, Bardou LG, Ménez JE, Berthou F. Interaction of methadone with substrates of human hepatic cytochrome P450 3A4 Toxicology. 1997 Feb 14; 117(1): 13-23.
59. Jong CAJ de, Hoek van AFM, Jongerhuis M. Richtlijn Detox. Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie. Amersfoort: Stuurgroep Resultaten Scoren. Publicatienummer 2004-278. GGZ Nederland, 2004.

60. Jong CAJ de, Roozen HG, Krabbe PFM, Kerkhof AJFM. EDOCRA. Van detoxificatie naar abstinentie. Eindrapportage. St. Oedenrode / Nijmegen / Amsterdam, Novadic-Kentron / Universitair Medisch Centrum / Vakgroep Klinische Psychologie, 2004.
61. Jonge JM, e.a. Hoe kan een schizofreniepatiënt met problematisch middelengebruik het beste geholpen worden. Wal en schip, FADO, 2006.
62. Kim SW, Grant JE, Adson DE, Remmel RP. A preliminary report on possible naltrexone and nonsteroidal analgesic interactions. *J Clin Psychopharmacol* 2001; 21: 632-4.
63. Kingma JH. Behandeling met methadon: het kan en moet beter, 2005.
64. KNOV, LHV. Verloeskundig Vademecum KNOV, LHV: 2003; 101-12.
65. Krantz MJ, e.a. Treating Opioid Dependence. *Arch. Intern. Med* 2004; 164: 277-88.
66. Krishnan-Sarin S, Rounsaville BJ, O'Malley SS. Opioid receptor antagonists. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry 2005: 2875-81.
67. Layson-Wolf C, e.a. Clinical use of methadone. *Journal of pain & palliative care* 2002; 16: 29-59.
68. Lekka NP, e.a. Characteristics of inmates receiving prescribed benzodiazepines in high-security Greek prison. *Comp. psychiatry* 2003; 44: 409-14.
69. Limbeek e.a. Epidemiologie van de drugsverslaving in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995; 139: 49-53.
70. Lintzeris N, e.a. Clinical guidelines: buprenorphine treatment of heroin dependence. Australia: Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2001.
71. Lintzeris N, e.a. Interactions of mixing diazepam with methadone or buprenorphine in maintenance patients. *J Clin Psychopharmacol* 2006; 26: 274-83.
72. Lintzeris N, e.a. National Guidelines en procedures for the use of Buprenorphine in the treatment of opioid dependence. NCG 2006.
73. Loth CA. e.a. RIOB: Richtlijn Opiatonderhoudsbehandeling, Resultaten Scoren. Amersfoort: GGZ Nederland, 2005.
74. Maas B, e.a. Pharmacokinetic interactions between HIV antiretroviral therapy and drugs to treat opioid dependence. *Expert Opin. Drug Metab. Toxicol* 2006; 2: 533-43..
75. Malcolm R, O'Neil PM, Von JM, Dickerson PC. Naltrexone and dysphoria: A Double-Blind Placebo Controlled Trial. *Biol. Psychiatry* 1987; 22: 710-16.
76. Mancuso CE, Tanzi MG, Gabay M. Paradoxical reactions to benzodiazepines: literature review and treatment options. *Pharmacotherapy* 2004; 24: 1177-85
77. Maremmani I, e.a. QTc Interval Prolongation in Patients on Long-Term Methadone Maintenance Therapy. *Eur. Addiction Research* 2005; 11: 44-9.
78. Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence: *Cochrane Database Syst Rev.* 2003 / 2005; (3): CD002208.
79. Michael-Kaplan E, DuPont RL. Benzodiazepines and anxiety disorders: a review for the practicing physician. *Curr Med Res Opin* 2005; 21: 941-50.
80. Ministerie van Justitie en ministerie van VWS, Justitiële verslavingszorg. Een analyse van het beleid voor verslaafde justitiabelen. Conceptversie 18-9-2006

81. Ministerie van Justitie en Ministerie van VWS. Justitiële verslavingszorg: een analyse van het beleid voor verslaafde justitiabelen. Den Haag: Ministerie van Justitie en Ministerie van VWS, 1986.
82. Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M, Kirchmayer U, Verster A. Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD001333. DOI: 0.1002/14651858.CD001333.pub2.
83. National Institute for Health and Clinical Excellence. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence. NICE technology appraisal guidance 114. London: NICE, 2007.
84. National Institute for Health and Clinical Excellence. Naltrexone for the management of opioid dependence. NICE technology appraisal guidance 115. London: NICE, 2007.
85. Nieuwenhuys M van, Wittenberg S, Boonstra M. in RIOB: Richtlijn Opiato onderhoudsbehandeling, Resultaten Scoren / GGZ Nederland, Amersfoort 2005.
86. Nunes EV, e.a. Treatment of Depression in Patients with Opiate Dependence, *J.biopsych.* 2004; 56: 793-802.
87. Nutt DJ. Efficacy of mirtazapine in clinically relevant subgroups of depressed patients. *Depression and anxiety* 1998; 7: 7-10.
88. O'Brien CP. Benzodiazepine Use, Abuse and Dependence. *J Clin Psychiat* 2005; 66 (supp 12): 28-33.
89. Oude Voshaar RC, Gorgels WJM, Mol AJ, e.a., Behandelmethoden om langdurig benzodiazepinegebruik te staken. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001; 145: 1347-50.
90. Parnassia psychomedisch centrum. Behandeling van psychiatrische en somatische comorbiditeit: nieuwe ontwikkelingen in de diagnostiek en behandeling van verslavingen HCLOP: Nascholingsbijeenkomst 11-1-2001
91. Penitentiair Instituut. Overamstel. Methadon en benzodiazepine protocol S.O.V. "De Schans", Amsterdam 2004.
92. Posternak MA, Mueller TI. Assessing the risks and benefits of benzodiazepines for anxiety disorders in patients with history of substance abuse of dependence. *Amer J Addictions.* 2001; 10(1), 48-68.
93. Prescrire Editorial Staff. 'Dextropropoxyphene combinations: Swedish market withdrawal'. *Prescrire Int.* 2006; 15 (81): 20.
94. Richtlijn Detox in Resultaten Scoren, Amersfoort, GGZ Nederland, 2004.
95. Ritter, AJ. Naltrexone in the treatment of heroin dependence: relationship with depression and risk of overdose. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36: 224- 8.
96. Roozen HG, Waart de R, Windt van der DAWM, Brink van den W, Jong de CAJ, Kerkhof AJFM. A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology* 2006; 16: 311-23.
97. Roskam A. LCMR Nieuwsbrief februari 2007.
98. Royal College of Psychiatrists. Substance Misuse Detainees in Police Custody, guidelines for clinical management, Association of Forensic Physicians Royal College of Psychiatrists, 2006.
99. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/Stichting HealthBase. Geneesmiddelen, zwangerschap en Lactatie ISBN: 90-74027-15-6 blz 69-70 en 125-126. Bilthoven: RIVM.

