

Richtlijn Detox

**Verantwoord ontgiften door ambulante of
intramurale detoxificatie**

Voorwoord

Voor u ligt de richtlijn 'Verantwoord Ontgiften: Ambulante en Intramurale detoxificatie bij stoornissen door psychoactieve stoffen'.

De richtlijn is gemaakt door een werkgroep van experts van Novadic-Kentron en Brijder Verslavingszorg in opdracht van het landelijke project Resultaten Scoren van GGZ Nederland.

Er is een lange, interessante en inspirerende weg afgelegd. Begonnen is met een literatuurstudie naar de farmacologische behandeling van onthoudingssyndromen en criteria die bruikbaar zouden kunnen zijn om de behandelingssetting (ambulant vs. intramuraal) nader te bepalen. Met de literatuurstudie als onderlegger is een concept protocol samengesteld. Vervolgens zijn er bijeenkomsten belegd met artsen en verpleegkundigen werkzaam in de verslavingszorg en daarbuiten om het concept te bespreken. Er zijn adviezen gevraagd aan vertegenwoordigers van betrokken beroepsgroepen. Er is naar de mening gevraagd patiënten. Vervolgens is de richtlijn getest op uitvoerbaarheid en haalbaarheid in twee pilotstudies.

De richtlijn beschrijft met name het medisch-biologisch proces van detoxificatie, dat 2 tot 3 weken in beslag neemt. Andere, psychosociale activiteiten m.b.t. ondersteuning en motivering van de patiënt worden niet expliciet in de richtlijn beschreven. Deze activiteiten passen niet in de medisch-biologische beschrijving van het detoxificatieproces. Het is echter wel noodzakelijk dat er parallel aan of aansluitend op het ambulante detoxificatieproces een aanbod wordt gedaan op het gebied van behandeling en/ of begeleiding.

We beschikken nu over een set van wegingsfactoren gebaseerd op het biopsychosociale model, waarmee op een meer geobjectiverde manier een keuze kan worden gemaakt voor de behandelingssetting. Er is nu een naar de 'the state of the art' ingerichte beschrijving van medisch farmacologische behandelingsmogelijkheden voor detoxificatie per psychoactieve stof. Met standaarden wordt de toepassing van de algemene uitgangspunten van het protocol in een concrete casus aanzienlijk ondersteund. De rol en taakverdeling van de arts en verpleegkundige is helder uiteengezet en in een praktisch document vastgelegd (het vademecum voor arts en verpleegkundige).

Ook de patiënt wordt actief betrokken bij zijn proces van detoxificatie. Hij heeft een belangrijke rol bij het monitoren van het beloop van de onthoudingsverschijnselen en zucht. In combinatie met andere instrumenten die in regelmatige contacten met arts en/of verpleegkundige besproken worden, stuurt de patiënt mede het proces van detoxificatie. Een respectvolle bejegening van patiënten door artsen en verpleegkundigen blijft de hoeksteen vormen van verantwoord professioneel handelen.

Het dossier levert gegevens op waarmee de doelgerichtheid en doeltreffendheid van de werkwijze in beeld gebracht wordt. Als die gegevens systematisch worden verzameld komt er informatie beschikbaar waarmee de werkwijze in de toekomst verbeterd kan worden.

De focus van deze werkwijze is gericht op het medisch biologische proces van ontgiften. Dat zijn aspecten die in de verslavingszorg soms onderbelicht blijken. De pilotstudies hebben duidelijk gemaakt dat de toepassing van deze geprotocolleerde werkwijze met name in een ambulante setting versterking van de medische en verpleegkundige discipline noodzakelijk maakt.

Detoxificatie is geen doel op zich, stoppen is meestal niet moeilijk; het niet opnieuw beginnen dat is moeilijk. Bij het afsluiten van het proces van detoxificatie zal dan ook duidelijk moeten zijn hoe de behandeling of begeleiding verder vormgegeven wordt.

Vergelijkbaar met essentiële aspecten van psychotherapie, die vaak worden betiteld als specifieke factoren, is de niet-medicamenteuze ondersteuning tijdens het proces van detoxificatie van groot belang. Bij verantwoord ontgiften ambulant dan wel intramuraal vormen een respectvolle professionele bejegening en het bieden van hoop door artsen, verpleegkundigen en andere hulpverleners de hoekstenen voor verantwoord handelen. We hopen dat dit protocol zal bijdragen aan het professioneel handelen en het wekken van gerechtvaardigde hoop.

Namens de werkgroep,

Dr. Cor A.J. de Jong, eerste geneeskundige van Novadic-Kentron en hoofd van NISPA

Drs. Peter B.L.M. Gottmer, coördinator Resultaten Scoren fase 1 bij Novadic-Kentron

Drs. Ad F.M. van Hoek, verslavingsarts Novadic-Kentron

Drs. Joost G. Vrasdonk, psychiater en 1e geneeskundige Brijder Verslavingszorg

Martinus Stollenga

Voorzitter stuurgroep Resultaten Scoren

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1	Verantwoord ontgiften	P. 7
2	Algemene aspecten van detoxificatie	11
3	Psychoactieve Stoffen	17
4	Vademecum voor arts & verpleegkundige	43
	Taakverdeling voor arts en verpleegkundige	44
	Algemene richtlijnen voor artsen	45
	Algemene richtlijnen voor verpleegkundigen	58
	Vignetten	81
5	Standaarden	94
6	Patiëntdossier	123
	Detoxificatieplan	124
	Behandelingsovereenkomst	132
	CIWA-Ar en verzamellijst	133
	OOS, SOS, BAC, VAS en verzamellijst	139
	Overzicht acties arts en verpleegkundige	147
	Voorbeeld van een detoxificatie per dag/consult/contact met de te gebruiken formulieren	149
7	Literatuurstudie	151

Hoofdstuk 1

Verantwoord ontgiften

Inleiding

In deze richtlijn wordt besproken hoe op een verantwoorde manier het proces van detoxificatie wordt doorlopen en begeleid. Daarbij ligt het accent van het complex van interventies op de biologische aspecten van de verslavingsproblemen. Detoxificatie is geen doel op zich, stoppen is meestal niet moeilijk; het niet opnieuw beginnen dat is moeilijk. Op de aspecten van terugvalpreventie wordt in deze richtlijn niet ingegaan. Bij het afsluiten van het proces van detoxificatie zal duidelijk moeten zijn hoe de behandeling of begeleiding verder vormgegeven wordt. De richtlijn beperkt zich tot het medisch-biologische proces van ontgiften. Andere noodzakelijke activiteiten en interventies maken geen deel uit van deze richtlijn, maar zullen voor een goede inbedding van het detoxificatieproces wel beschikbaar moeten zijn.

Huidige praktijk

De klachten en symptomen die ontstaan tijdens detoxificatie laten zich afleiden uit de effecten die psychoactieve stoffen hebben op het lichaam. Tijdens de detoxificatie zoekt het organisme als het ware naar een nieuw evenwicht. De klachten en symptomen zijn de uitingen van dit evenwichtsherstel. De behandeling van patiënten in de fase van detoxificatie richt zich vooral op de biologische aspecten van de verslavingsproblemen. Zodra er een nieuw evenwicht bestaat kan het accent van de behandeling verschuiven in de richting van de psychosociale aspecten.

In de meerderheid van de gevallen zijn de klachten en symptomen tijdens detoxificatie mild van aard en behoeven ze geen behandeling. De meeste detoxificaties kunnen daarom in de ambulante setting worden uitgevoerd. Vaak doen patiënten dat zelf, soms wordt er hulp bij gevraagd. Soms ontstaat echter een levensbedreigende toestand die intensieve behandeling nodig maakt. De uitdaging voor de klinische praktijk is te voorkomen dat routinematig de onthoudingsfase onnodig en te intensief wordt ondersteund en adequaat te reageren op die problematiek die intensieve medische zorg behoeft (Hall & Zador, 1997).

De behandeling van de klachten en symptomen die passen bij detoxificatie is er op gericht die klachten te verminderen, complicaties van detoxificatie te voorkomen en bijwerkingen van de behandeling te vermijden (Kasser, Geller, Howell & Wartenberg, 1997).

Vaak wordt om dit te bereiken tijdens de detoxificatie gebruik gemaakt van medicamenten. Vergelijkbaar met essentiële aspecten van psychotherapie, die vaak worden betiteld als specifieke factoren, is de niet-medicamenteuze ondersteuning echter van groot belang (De Jong, 1987). Deze factoren zijn wel beschreven, maar er is weinig onderzoek dat de effectiviteit van de combinatie van medicatie en niet-medicamenteuze ondersteuning als onderwerp heeft.

Bij detoxificatie die plaatsvindt in een professionele organisatie is minstens een dokter nodig voor de diagnostiek en de behandeling. Vaak zal de dokter samenwerken met verpleegkundigen. Er is geen literatuur over de effectiviteit van solistisch dan wel multidisciplinair werken gevonden.

Detoxificatie wordt met name in de ambulante setting op individuele basis uitgevoerd. Het is te verwachten dat de elementaire categorieën van genezende factoren uit de groepstherapie ook heilzaam zijn voor patiënten die behandeld worden vanwege onthoudingspathologie (Yalom, 1981). In de intramurale setting wordt vaak in meer of mindere mate gebruik gemaakt van groepsgerichte behandeling. Er ontbreekt onderzoek naar verschillen in effectiviteit tussen individuele en groepsgerichte ambulante en intramurale behandelingen gericht op detoxificatie.

Samenvattend worden keuzen op het gebied van niet-medicamenteuze ondersteuning, solistisch optreden of samenwerking van disciplines en individuele dan wel groepsbehandeling gemaakt op basis van gezond verstand, ervaring, consensus, beschikbaar aanbod of pragmatisme.

c De keuze van de setting: ambulante of intramuraal

Uit de literatuur is nergens duidelijk geworden dat er een verschil zal zijn tussen medicamenten die in een ambulante- of intramurale behandeling gebruikt worden. Wel is er verschil in intensiteit van zorg, snelheid van detoxificatie en monitoring tijdens de behandeling. Ook is uit de literatuur duidelijk geworden dat de indicatiestelling voor ambulante dan wel intramurale behandeling betrouwbaar en valide gebaseerd kan worden op wegingsfactoren en dat er een voorkeur is voor een behandeling op basis van de ernst en omvang van de klinische verschijnselen en niet zozeer voor een "fixed – scedule".

De probleemstelling

De probleemstelling is hoe te komen tot een goed samenstel van richtlijnen gebaseerd op literatuur, onderzoek en goede praktijkervaringen. Door het toepassen van deze richtlijnen in de praktijk wordt een doorlopend proces van verbetering bewerkstelligd.

De richtlijn beschrijft met name het medisch-biologisch proces van detoxificatie, dat 2 tot 3 weken in beslag neemt. Andere, psychosociale activiteiten m.b.t. ondersteuning en motivering van de patiënt worden niet expliciet in de richtlijnen beschreven. Deze activiteiten passen niet in de medisch-biologische beschrijving van het detoxificatieproces. Het is echter wel noodzakelijk dat er parallel aan of aansluitend op het ambulante detoxificatieproces een aanbod wordt gedaan op het gebied van behandeling en / of begeleiding.

Randvoorwaarden en implementatie

Randvoorwaarden

De organisatie van de verslavingszorg kan per instelling verschillen. Daarom wordt in de richtlijn niet beschreven op welke wijze het detoxificatie proces wordt georganiseerd. Wel zijn de volgende randvoorwaarden cruciaal voor een effectieve uitvoering van de richtlijn:

- > Omdat de richtlijn het medisch-biologisch proces van detoxificatie beschrijft, zal de inhoudelijke uitvoering dienen te geschieden door arts(en) en verpleegkundige(n).
- > Het proces van detoxificatie dient aansluiting te hebben met behandeling en / of begeleiding van de patiënt.
- > Voldoende artsen en verpleegkundigen om de richtlijn uit te kunnen voeren zoals beschreven wordt.

Implementatie

Aan de hand van de pilotstudie moet geconcludeerd worden, dat de huidige richtlijn beter aansluit op de intramurale dan op de ambulante praktijk. Ambulant vindt men het wenselijk om het in te voeren, maar het ontbreekt aan de randvoorwaarden. Een aanbeveling voor zowel ambulant als intramuraal is om voor de randvoorwaarden te zorgen. Een belangrijke randvoorwaarde is dat de personele formatie op orde is.

Verder is het van belang dat er voldoende kennis is over de natuurlijke verloop van onthoudingsverschijnselen en dat men beschikt over motivationele gesprekstechnieken. Tot slot is het belangrijk om systematisch te meten en te registreren.

Hoofdstuk 2

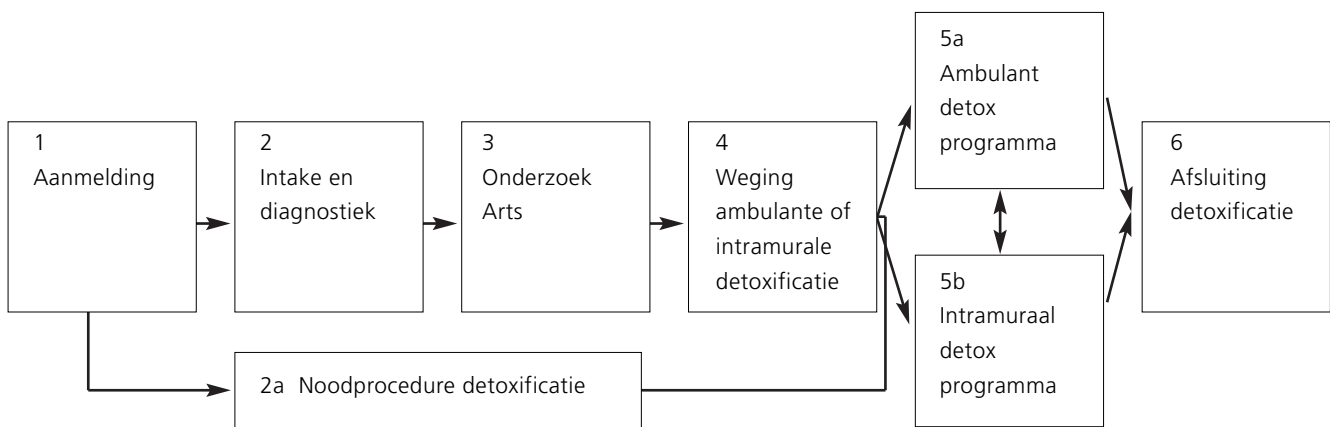
Algemene aspecten van detoxificatie

Inleiding

Bij de behandeling en begeleiding van onthoudingsverschijnselen na het stoppen van het gebruik van psychoactieve stoffen is het doel klachten en symptomen zo veel mogelijk te bestrijden en de nevenwerking van medicijnen tegen de ontwenningverschijnselen te vermijden. Tijdens het proces van detoxificatie vindt het lichaam een nieuw biologisch evenwicht. Algemeen geldt dat de acute ontwenningperiode vervelend is maar niet gevaarlijk. Dat neemt niet weg dat zich ernstige complicaties kunnen voordoen. Nauwkeurige observatie is daarom meestal nodig om optimale bescherming van de patiënt te kunnen garanderen. Dit is met name van belang als er ernstige stoornissen zoals een delirium, epileptische insulten of uitdroging kunnen optreden.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de algemene aspecten van de indicatiestelling tot detoxificatie. Het proces wordt gevat in een stroomdiagram, waaruit blijkt wie wat doet op welk moment. Centraal staan de wegingsfactoren op basis waarvan beslissingen worden genomen over de setting waar de detoxificatie plaatsvindt.

Stroomschema



In deze paragraaf worden de algemene principes besproken volgens welke de **indicatiestelling** verloopt. Specifieke stofgebonden aanvullende indicaties worden besproken in het betreffende hoofdstuk.

In de **aanmeldings- en intakefase** wordt een beeld gevormd van de hulpvraag van de cliënt. In deze fase komt aan de orde of er sprake kan zijn van **detoxificatie**. Wanneer dat het geval is, dan vindt er een **aanvullend diagnostisch onderzoek** plaats dat door een medicus wordt uitgevoerd (verantwoordelijkheid van de indicatiecommissie). Dit aanvullend onderzoek schenkt aandacht aan de volgende aspecten:

De aard en ernst van aanwezige respectievelijk te verwachten onthoudingsverschijnselen worden geschat. Niet altijd zijn de te verwachten onthoudingsverschijnselen exact in te schatten. Bruikbare informatie hierover is te verwerven via een gerichte assessment van gebruikskenmerken, eerdere detoxificatiepogingen, medisch en psychiatrische kenmerken en lab- en urineonderzoek. Het is belangrijk dat lab- en urineonderzoek in de intakefase z.s.m. worden aangevraagd.

Het gewenste niveau van zorg en begeleiding wordt bepaald. Detoxificatie kan in verschillende settings plaatsvinden; **ambulante dan wel intramuraal**. Het niveau van zorg binnen deze settings kan variëren van licht tot intensief.

Het gebruik van farmaca die nodig zijn om een veilige en humane detoxificatie te realiseren wordt geïndiceerd. **Bij detoxificatie ligt het primaat van de zorg op het biologische niveau**. Farmacologische ondersteuning bij het bestrijden van onthoudingsverschijnselen is wezenlijk, maar medicatie is niet het enige middel. Psychosociale ondersteuning van de cliënt gedurende het proces van ontgiften is van groot belang.

Er wordt een **geïndividualiseerd plan voor detoxificatie** opgesteld. Er zijn grote individuele verschillen tussen patiënten in termen van verschijnselen en symptomen als gevolg van onthouding. Een op de patiënt toegesneden plan voor de detoxificatie biedt de meeste kans op succes.

Detoxificatie is een fase in het behandelingsproces. In deze fase wordt het biologische evenwicht hersteld en kan een vervolgbehandeling voorbereid worden, die het beste aansluit bij de behoeften en mogelijkheden van de patiënt

De hiervoor besproken indicatieprincipes zijn geoperationaliseerd in een tiental, in de literatuur beschreven predictoren van uitkomst van detoxificatie, die door de clinicus gebruikt worden als wegingsfactoren.

Deze wegingsfactoren worden in de volgende paragraaf behandeld.

In **crisissituaties wordt een verkorte procedure gevolgd**. De arts stelt de diagnose en de indicatie. De indicatiecommissie wordt geïnformeerd. Achteraf bevestigt of verwerpt de indicatiecommissie de indicatie.

Bij ernstige onthoudingsverschijnselen, bijvoorbeeld onthoudingsinsulten dient in overleg met de arts zo spoedig mogelijk intramurale opname bij een verslavingszorginstelling plaats te vinden. Bij een delirant beeld zal een overplaatsing naar een afdeling Interne Geneeskunde of Psychiatrie van een Algemeen Ziekenhuis moeten plaats vinden.

Duur detoxificatie

De exacte duur van een ontgifting is op voorhand niet te bepalen. Dit hangt af van verschillende factoren:

- > manier van gebruik
- > is het gebruik continu over 24 uur of alleen 's avonds
- > wordt er dagelijks gebruikt
- > de halfwaardetijd van het werkzame middel
- > de tijd die het lichaam nodig heeft om te herstellen, bijvoorbeeld bij extreme vermagering bij het gebruik van cocaïne en/of amfetamines
- > de duur en mate van de craving, het psychisch herstel van stemming, slaapritme etc. Dit kan soms tot enkele weken duren, kortom de mate waarin de patiënt zich "ontgift voelt"
- > de medicatie die wordt gebruikt (methadon of buprenorfine).

Richtlijn voor de duur van de detoxificatie

De opnameduur is niet a priori aan te geven en wordt bepaald door de professional op basis van bovengenoemde factoren en in overleg met de patiënt.

Langere detoxificatie 2 tot 3 weken	Benzodiazepines, methadon, marihuana, hasj, polymiddelen
Middellange detoxificatie 2 weken	Opiaten
Korte detoxificatie 1 week	XTC, cocaïne, amfetamine, alcohol

2.c Wegingsfactoren; verduidelijking en vignetten

Verduidelijking

In de literatuur worden vooral onderzoeken beschreven die predictoren van de uitkomst van detoxificatie beschrijven of toetsen. Predictoren liggen vaak op biologisch, psychisch of sociaal terrein en passen derhalve goed in het BioPsychoSociaal (BPS) model van verslaving. De volgende predictoren kunnen uit de literatuur worden afgeleid.

- 1 Middelgebruik, hoeveelheid, duur, vorm, frequentie (B)
- 2 Gebruikgedrag (BP)
- 3 Gebruik van andere psychoactieve middelen (B)
- 4 Ontwenningverschijnselen (actueel en anamnestic) via CIWA-Ar) (B)
- 5 Ernstige lichamelijke aandoeningen of graviditeit (B)
- 6 Zelfzorg (BPS)
- 7 Behandelingsvoorgeschiedenis (BPS)
- 8 Psychiatrisch ziektebeeld (huidig en anamnestic) (BP)
- 9 Inbedding in de sociale omgeving (relatie, familie, werk) (S)
- 10 Wens van en praktische haalbaarheid voor de patiënt (PS)

De predictoren zijn voor de clinicus van belang, omdat ze kunnen dienen als wegingsfactoren die bepalen waar de detoxificatie het beste kan worden uitgevoerd. De wegingsfactoren voor het nemen van een verantwoorde beslissing over de setting waar de detoxificatie zal worden uitgevoerd, passen binnen het BPS model en zijn gebaseerd op klinische ervaring en literatuurgegevens. Op basis van de afzonderlijke factoren kan een uitspraak gedaan worden over de mate van te verwachten ontwenningverschijnselen. De som van deze wegingsfactoren zal een indicatie zijn voor de uitkomst van detoxificatie.

Voor elk van de wegingsfactoren kan een criterium worden vastgesteld op basis waarvan besloten kan worden of de detoxificatie ambulante of intramuraal moet plaatsvinden. De waarden waarbij tot 'zeker ambulante' of 'zeker intramuraal' wordt besloten liggen niet duidelijk vast. Bij extremen zal het snel duidelijk zijn, maar daar tussen bevindt zich een grijs gebied. In deze gevallen neemt de arts de beslissingen. Scherpere regels afgeleid uit empirisch onderzoek kunnen in de toekomst de arts behulpzaam zijn bij het nemen van verantwoorde beslissingen. De clinicus kan geholpen worden bij het leren nemen van beslissingen door bij de vignetten een uitspraak te doen over ambulante dan wel intramuraal en die uitspraak te toetsen aan het gemiddelde van deze uitspraken van andere artsen. In alle gevallen bestaat er de indicatie te stoppen met het gebruik.

Vignetten

Bij het onderdeel 'Vademecum, handleiding arts en verpleegkundige' van deze richtlijn zijn 16 vignetten opgenomen die dienen om te oefenen met de wegingsfactoren als het gaat om de besluitvorming rond de setting van de detoxificatie.

2.d Taken artsen en verpleegkundigen

Artsen en verpleegkundigen hebben ieder specifieke taken tijdens de detoxificatie die worden beschreven in de richtlijnen voor ieder van de disciplines. Tijdens de detoxificatie zorgen beide disciplines ervoor dat ze elkaar goed informeren. Hierbij spelen de **Subjectieve Onthoudings Schaal (SOS)** en de **Objectieve Onthoudings Schaal (OOS)** een belangrijke rol. Deze vinden hun oorsprong in de **Subjective Opiate Withdrawal Scale (SOWS)** en **Objective Opiate Withdrawal Scale (OOWS)**¹. De lijsten zijn uitgebreid met items die ook bij andere middelen voorkomen, zoals de benzodiazepinen om zo tot een lijst te komen voor alle middelen. De lijsten worden door patiënt (SOS) en verpleegkundige (OOS) ingevuld. Zij vormen in dagelijkse monitoring van de toestand en het welbevinden van de patiënt een belangrijke bron van informatie voor de arts. Zij geven een beeld van het verloop van het detoxificatieprocesen kunnen aanleiding zijn voor het aanpassen van het beleid of een afspraak tussen de patiënt en de arts of voor adviezen aan de verpleegkundige.

De periode gedurende welke de lijsten worden ingevuld hangt af van het betrokken middel. Intramuraal worden zij of dagelijks tot en met de 10^e dag of op 1^e, 2^e, 3^e, 5^e en 10^e dag ingevuld. Bij ontgiftiging van benzodiazepinen en hoge doseringen methadon dient men te starten bij het eerste optreden van ontweningsverschijnselen tot 10 dagen na de laatste dosering. Indien gewenst kan men uiteraard langer monitoren.

Specifiek voor alcohol wordt door de arts de **CIWA-Ar** afgenomen.

Ook de **VAS** (Visual Analogue Scale) is een lijst waarop de patiënt kan aangeven hoeveel zucht, craving, hij/zij heeft naar het gebruikte middel.

De drie lijsten zijn in een overzicht te zetten om zo het proces van een aantal dagen te kunnen overzien (zie onderdeel 'Patiëntdossier' van deze richtlijn).

De **BAC** (Bloed Alcohol Curve)lijst wordt gebruikt om het alcoholpromillage uit te zetten dat gemeten wordt bij de patiënt door middel van de blaastest. Dit geeft een beeld van de hoeveelheid gebruikte alcohol en de leverfunctie van patiënt. Deze informatie samen met de observatiegegevens vormen een leidraad voor het medisch handelen en het medicatiebeleid. De taken en activiteiten van arts en verpleegkundige per patiëntencontact en de onderlinge afstemming zijn beschreven in het onderdeel 'Vademecum voor arts & verpleegkundige'.

Een overzicht van alle door de arts en verpleegkundige te verrichten acties zijn in een overzicht gezet in het onderdeel 'Patiëntdossier'.

2.e Algemene richtlijnen voor artsen en verpleegkundigen

De algemene richtlijnen voor de arts met betrekking tot anamnese onderzoek en aanvullend onderzoek staan nader beschreven in het Vademecum.

De algemene richtlijnen voor de verpleegkundige met betrekking tot attitude en werkwijze bij de diagnostische- en uitvoerende fase staan beschreven in het 'Vademecum' dat betrekking heeft op de verpleegkundige.

¹ Handelsman, L., Cochrane, K.J., Aronson, M.J. et al (1987): Two New Rating Scales for Opiate Withdrawal, *Amer Journal of alcohol Abuse*, 13, 293-308.

Hoofdstuk 3

Psychoactieve Stoffen

In dit hoofdstuk wordt voor de verschillende groepen de procedure van detoxificatie beschreven in afzonderlijke paragrafen. Eerst wordt een korte schets gegeven van het klinisch beeld van het onthoudingssyndroom van de betreffende stof. Deze schets is ontleend aan de uitgave van de ASAM over detoxificatie (1997). Daarna volgt een samenvatting van de literatuur in contrast met de dagelijkse praktijk. Vervolgens wordt ingegaan op de wegingsfactoren voor het bepalen van de ambulante of intramurale setting en wordt de farmacotherapie beschreven. Er wordt aandacht besteedt aan monitoring en begeleiding en tot slot komt de medicatie na detoxificatie aan de orde.

3.1 Alcohol

3.1a Klinisch beeld

Onthoudingsverschijnselen doen zich voor binnen enkele uren na het gebruik van de laatste alcoholische consumptie en vertonen een piek 24 tot 36 uur na het stoppen. Vroege klachten en symptomen omvatten angst, opwinding, slapeloosheid, transpireren, misselijkheid, braken, trillen, snelle hartactie en verhoogde bloeddruk. Alcoholonthoudingsinsulten kunnen zich op elk moment van de detoxificatie voordoen, maar meestal binnen 48 uren na het staken van het gebruik. Het alcoholonthoudingsdelirium of delirium tremens begint 48 tot 72 uur na het staken van het gebruik en wordt vooraf gegaan door de vroege onthoudingsverschijnselen, hoewel deze kunnen worden gemaskeerd of vertraagd door andere ziekten of medicatie. Er zijn symptomen van ernstige sympathische hyperactiviteit (zoals tachycardie, hypertensie, koorts en ernstig transpireren). Dit zijn voorboden van een delirium. De mortaliteit wordt geschat op 1% tot 5% en neemt toe als de diagnose laat wordt gesteld, de behandeling inadequaat is en er bijkomende somatische stoornissen zijn.

De maximale waarde en het dalingsverloop van de BAC-waarde in de eerste uren van de opname, zijn naast het klinische beeld belangrijke instrumenten bij het medisch beleid en specifiek in medicamenteuze ondersteuning van de detoxificatie.

Richtlijn detoxificatieduur

De opnameduur is niet a priori aan te geven en wordt bepaald door de professional op basis van onderstaande richtlijnen die zijn gebaseerd op de factoren, zoals beschreven in hoofdstuk 2.

Langere detoxificatie 2 tot 3 weken	Benzodiazepines, methadon, marihuana, hasj, polymiddelen
Middellange detoxificatie 2 weken	Opiaten
Korte detoxificatie 1 week	XTC, cocaïne, amfetamine, alcohol

3.1b Relatie tussen huidige praktijk en literatuur

Over het algemeen worden in de praktijk langwerkende benzodiazepinen gebruikt overeenkomstig de literatuur. De literatuur spreekt een lichte voorkeur uit voor het toepassen van symptom triggered toegepaste medicatie met name in de intramurale setting boven de fixed dose schema's. Dit laatste is het best toe te passen in de ambulante setting. De keuze van de setting kan het beste plaats vinden aan de hand van een combinatie van wegingsfactoren, waarbij geldt 'Ambulant als het kan, intramuraal als het moet'.

3.1c Wegingsfactoren voor bepalen van de setting

Voor de keuze tussen ambulante en intramurale setting zijn op basis van klinische ervaring en gegevens uit de literatuur wegingsfactoren geformuleerd voor het gefundeerd vaststellen van de setting van de detoxificatie van alcohol.

Deze wegingsfactoren worden ingedeeld volgens het BioPsychoSociaal (BPS) model. In deze wegingsfactoren zit een geleidelijke schaal waarin een keuze voor ambulante en intramurale detoxificatie kan worden gemaakt. De uitersten van deze schaal zijn in de criteria van de wegingsfactoren weergegeven en worden samengevat in de standaarden.

Ambulante detoxificatie is verantwoord als er:

- 1 een laag bloedalcoholgehalte (BAC < 0,5) is en de patiënt een niet-geïntoxiceerde indruk maakt
- 2 nog enige controle bestaat over het drinken (gedurende een deel van de dag)
- 3 geen afhankelijkheid is van andere psychoactieve stoffen
- 4 geen of milde ontwenningverschijnselen zijn in de voorgeschiedenis (geen onthoudingsinsulten of delirium tremens)
- 5 geen ernstige lichamelijke aandoeningen (bv. diabetes mellitus) bestaan en er sprake is van een redelijke tot goede lichamelijke conditie
- 6 voldoende zelfzorg is
- 7 eerdere succesvolle pogingen gedaan zijn om te stoppen
- 8 geen ernstig psychiatrische toestandsbeeld bestaat
- 9 minimaal één niet gebruikende persoon op de hoogte is van en bereid om de poging tot detoxificatie te ondersteunen
- 10 een voorkeur van de patiënt bestaat voor ambulante detoxificatie.

Intramurale detoxificatie is aangewezen indien er:

- 1 een hoge BAC score (> 1,5), de patiënt een geïntoxiceerde indruk maakt en het alcoholgebruik varieert van jarenlang dagelijks tot periodiek destructief
- 2 er dagelijks van de ochtend tot de avond wordt gedronken
- 3 alcoholgebruik wordt gecombineerd met één of meerdere andere psychoactieve middelen.
- 4 bij eerdere detoxificaties delirante verschijnselen en/of insulten optraden.
- 5 sprake is van een slechte lichamelijke conditie (bijvoorbeeld: De patiënt leeft op alcohol en heeft de laatste weken niet meer gegeten of er is een lichamelijke ziekte)
- 6 de zelfzorg slecht is of er verwacht wordt dat de therapietrouw slecht zal zijn
- 7 meerdere ambulante detoxificatie onsuccesvol zijn geweest of intramurale detoxificaties moeizaam zijn verlopen of er snel een terugval is opgetreden
- 8 psychiatrische ziektebeelden bestaan waarvan verwachting wordt dat deze uitkomst van een detoxificatie negatief zullen beïnvloeden of waarvan is gebleken dat deze dat al hebben gedaan
- 9 sprake is van een alleenstaand persoon is of van iemand die het laatste half jaar geen contact heeft gehad met niet gebruikende personen in de directe sociale omgeving
- 10 een wens is van patiënt of familie voor intramurale detoxificatie.

In de intramurale setting van de verslavingszorg kunnen zich situaties voordoen die een overplaatsing van de patiënt naar een meer geëigende setting rechtvaardigen. Het gaat dan om ernstige psychiatrische of somatische beelden die zich voordoen tijdens het proces van detoxificatie.

3.1d Farmacotherapie

In de detoxificatieperiode kan gebruik gemaakt worden van verschillende farmaca.

> Chloordiazepoxide

Ambulant

Bij ambulante detoxificatie hangt de keuze van de dosering van het medicament af van de mate van ontwenningverschijnselen. Bij lichte ontwenningverschijnselen chloordiazepoxide 10 mg en bij zware ontwenning chloordiazepoxide 25 mg. In de ambulante setting gaat de voorkeur uit naar fixed dose schema's.

Lichte ontwenning (10 mg)	Totale ontwenning (25 mg)	Dosering
1 ^e dag	1 ^e en 2 ^e dag	2 – 3 maal daags
2 ^e dag	3 ^e en 4 ^e dag	1 - 2 maal daags
3 ^e en 4 ^e dag	5 ^e en 6 ^e dag	1 maal daags

Bij een te sterke sedering wordt een dosis overgeslagen. Let in dergelijke gevallen op mogelijke effecten van stapeling van het benzodiazepine t.g.v. leverfunctiestoornissen.

Bij ernstige leverfunctiestoornissen moet dan ook overwogen worden om een benzodiazepine met kortere halfwaardetijd te gebruiken (oxazepam, lorazepam) in equivalente dosering.

Intramuraal

Detoxificatie vindt plaats met chloordiazepoxide 25 mg die op vier tijdstippen per dag wordt verstrekt. Farmacokinetisch is een schema van vier verstrekkingen niet noodzakelijk. Vanwege de voorkeur voor een symptom triggered schema, de daarbij horende observatiemomenten en vanwege psychologische redenen wordt in de afbouwperiode 4 maal daags gedoseerd. De hoogste dagdosis, op de tweede dag van opname, ligt tussen 125 tot 150 mg. Op de opnamedag wordt in de avonduren een oplaaddosis van 50 tot 75 mg gegeven. In de daarop volgende dagen wordt dagelijks met 25 mg geminderd. De avondmedicatie wordt als laatste afgebouwd in verband met de frequent optredende slaapproblemen.

Detoxdagen	1e	2e	3e	4e	5e	6e	7e
8.00 uur		1	1	1	1	1	0
13.00 uur	1	1	1	0	0	0	0
18.00 uur	2	2	1	1	0	0	0
22.00 uur	2	2	2	2	2	1	1

Vanwege het symptom triggered karakter van het schema kan de dosering afhankelijk van het klinisch beeld worden aangepast. 'Zonodig extramedicatie' wordt alleen verstrekt in overleg met de arts.

> Diazepam

Ambulant

Afhankelijk van de mate van de ontwenningverschijnselen wordt diazepam 5 of 10 mg gekozen.

Het doseringsschema is dan hetzelfde als voor de chloordiazepoxide.

Intramuraal

Bij angst of een voorgeschiedenis met epilepsie of onttrekkingsinsulten wordt de afbouw met diazepam uitgevoerd: de ontweningsverschijnselen worden getemperd en complicaties worden voorkomen.

De totale dagdosis ligt op de eerste dag na opname op maximaal 60 mg. Ook hier wordt voor een afbouwschema met vier doses per dag gekozen (8.00, 13.00, 18.00 en 22.00 uur. Bij misselijkheid en braken kan 10 mg diazepam ook parenteraal worden gegeven. Waar mogelijk wordt snel overgeschakeld op oraal. Evenals bij de chloordiazepoxide afbouw blijft de avondmedicatie het langst staan. De totale afbouw duurt ongeveer een week. Afhankelijk van het klinisch beeld wordt de dosering bijgesteld.

Het afbouwschema zoals bij chloordiazepoxide is ook voor diazepam te gebruiken.

Detoxdagen	1e	2e	3e	4e	5e	6e	7e
8.00 uur		1	1	1	1	1	0
13.00 uur	1	1	1	0	0	0	0
18.00 uur	2	2	1	1	1	0	0
22.00 uur	2	2	2	2	1	1	1

Vanwege het symptoom triggered karakter van het schema kan de dosering afhankelijk van het klinisch beeld worden aangepast. 'Zonodig extra-medicatie' wordt alleen verstrekt in overleg met de arts.

Bij epileptische insulten wordt diazepam 10 mg toegediend per rectiole, zonodig herhaald na 10 minuten. Indien zich een delirium ontwikkelt is een intensieve behandeling noodzakelijk. Diazepam wordt intraveneus toegediend in een dosering van 5 tot 20 mg (maximaal 2.5 mg/minuut) en overplaatsing naar een Algemeen Ziekenhuis moet overwogen worden in verband met de intensieve monitoring van het beeld.

> **Haloperidol**

Extreme onrust of delirium kan aanvullend op het voorschrift van benzodiazepinen behandeld worden met haloperidol tot maximaal 5 mg per dag.

> **Vitaminesuppletie**

Ambulant

Het te verwachten vitaminen tekort moet worden aangevuld (3 maal daags, gedurende minimaal 14 dagen). Afhankelijk van de lichamelijke toestand, aanwezigheid van neurologische verschijnselen (polyneuropathie) moet deze suppletie thiamine bevatten, oraal 50 mg per dag gedurende enkele weken. De patiënt wordt gestimuleerd zo snel mogelijk weer normaal te gaan eten. De vitamine B complex suppletie kan zowel ambulant als intramuraal drie maanden worden gecontinueerd.

Intramuraal

De eerste twee dagen wordt een mogelijk vitamine B1 tekort aangevuld middels een parenterale toediening van thiamine 100 mg. Dit moet zo snel mogelijk na opname plaats vinden vanwege het risico op het ontstaan van een acuut Wernicke syndroom. Daarna wordt 3 maal daags 1 tablet Vitamine B-complex (forte) gegeven gedurende 2-12 weken. De patiënt wordt

gestimuleerd zo snel mogelijk weer normaal te gaan eten.

De parenterale toediening kan bij insulten, dreigend delier, slechte maagdarmpunctie, anorexia en onvoldoende herstel van een polyneuropathie worden gecontinueerd. Bij het syndroom van Korsakoff langer dan 10 dagen.

3.1e Monitoring en begeleiding

Ambulant

De ontwenningverschijnselen worden door de patiënt met de Subjectieve Onthoudingschaal (SOS, zie bijlage) vastgelegd. Tijdens de vervolgafspraak na drie dagen worden deze lijsten besproken.

Eventuele medicatie gericht op abstinentie en/of vermindering van craving worden besproken. Begeleidingscontacten gericht op terugvalpreventie worden afgesproken.

Intramuraal

Tijdens de gehele detoxificatieperiode worden de ontwenningverschijnselen door de patiënt (SOS) en de verpleging bijgehouden met de Objectieve Onthoudingschaal (OOS, zie onderdeel patiëntdossier) en besproken met de arts.

De verpleging draagt zorg voor de psychische begeleiding (zie verpleegkundige richtlijnen).

3.1f Medicatie na detoxificatie

Na de detoxificatie zijn er verschillende farmacotherapeutische mogelijkheden om terugval te voorkomen (naltrexon, acamprosaat en disulfiram). De arts bespreekt aan het einde van de detoxificatie met de patiënt de mogelijkheden voor de toepassing van dergelijke verslavingsgerelateerde medicatie binnen de context van het totale behandelplan.

3.2 Opiaten

3.2a Klinisch beeld

Alle opiaten geven vergelijkbare onthoudingssyndromen, hoewel het tijdstip van aanvang, intensiteit en duur aanzienlijk kunnen verschillen. De ernst hangt af van de gebruikte drug, de totale dagelijkse dosering, het interval tussen de doses, de duur van het gebruik en de individuele gevoeligheid. De ernstigste onthouding wordt gezien bij heroïne, methadon en morfine.

Klachten en symptomen treden op binnen 6-12 uur na het staken van het gebruik van kortwerkende opiaten (zoals heroïne), bereiken een piek na 36 tot 72 uur en verdwijnen na 7 tot 10 dagen. Bij gebruik van langwerkende opiaten (zoals methadon) beginnen de klachten en symptomen 12 tot 48 uur na het staken, pieken rond de derde dag en nemen geleidelijk af in de loop van enkele weken. Hoewel de onthouding heel onplezierig is, is er zelden sprake van levensbedreigende situaties. Het symptoomcomplex omvat angst, dysforie, craving, verhoogde sympathische activiteit, slaapproblemen, maagdarmproblemen, spierkrampen en botpijnen. Na de acute fase volgt de chronisch onthoudingsfase, die gekarakteriseerd wordt door een verminderd algemeen welbevinden.

Richtlijn detoxificatieduur

De opnameduur is niet a priori aan te geven en wordt bepaald door de professional op basis van onderstaande richtlijnen die zijn gebaseerd op de factoren, zoals beschreven in hoofdstuk 2.

Langere detoxificatie 2 tot 3 weken	Benzodiazepines, methadon, marihuana, hasj, polymiddelen
Middellange detoxificatie 2 weken	Opiaten
Korte detoxificatie 1 week	XTC, cocaïne, amfetamine, alcohol

3.2b Relatie tussen huidige praktijk en literatuur

De literatuur laat zien dat het resultaat van het ontgiften bij intramurale detoxificatie beter is dan ambulant, een effect dat nauwelijks aanhoudt na ontslag. Een kortdurende ambulante detoxificatie is even effectief als een door de patiënt zelf uitgevoerde detox. De effectiviteit neemt toe bij hogere startdoseringen, langere afbouwperiodes en adequate aandacht voor psychosociale factoren. Adequate medicamenteuze behandeling van onthoudingsklachten verhoogt het resultaat in de detoxfase. In de klinische praktijk zijn deze bevindingen nog niet volledig overgenomen.

3.2c Wegingsfactoren voor het bepalen van de setting

Voor de keuze tussen ambulante en intramurale setting zijn op basis van klinische ervaring en gegevens uit de literatuur wegingsfactoren geformuleerd voor het gefundeerd vaststellen van de setting van de detoxificatie van opiaten.

Ze worden ingedeeld volgens het BioPsychoSociaal (BPS) model. In deze wegingsfactoren zit een geleidelijke schaal waarin een keuze voor ambulante en intramurale detoxificatie kan worden gemaakt. De uitersten van deze schaal zijn in de criteria van de wegingsfactoren weergegeven en worden samengevat in de standaarden.

Ambulante detoxificatie is verantwoord als:

- 1 de gebruikperiode kort is; de hoeveelheid (? gr per dag) beperkt is; de heroïne wordt gerookt; de patiënt jong is
- 2 het gebruik niet gekoppeld is aan (andere) rituelen
- 3 er geen afhankelijkheid bestaat van andere psychoactieve stoffen
- 4 ontwenningverschijnselen door adequate instelling op methadon verdwenen zijn
- 5 geen lichamelijke aandoening aanwezig is die de detoxificatie beïnvloedt of dit in het verleden gedaan heeft
- 6 de zelfzorg niet heeft geleden onder het middelengebruik
- 7 niet eerder is gepoogd te stoppen of eerdere ambulante pogingen succesvol zijn geweest met langdurige abstinentie als gevolg
- 8 er geen duidelijk psychiatrisch ziektebeeld is
- 9 er minimaal 1 niet gebruikende persoon op de hoogte is van en bereid om de poging te ondersteunen
- 10 de wens bestaat om ambulant te ontwennen.

Intramurale detoxificatie is aangewezen als:

- 1 jarenlang heroïne en/of methadon wordt gebruikt met in het laatste jaar dagelijks meer dan 1? gram heroïne of meer dan 60 mg methadon
- 2 de hele dag door heroïne en/of methadon wordt gebruikt en het dagelijks leven draait rond het verwerven van deze middelen
- 3 het gebruik wordt gecombineerd met een of meerdere psychoactieve middelen
- 4 hevige ontwenningverschijnselen zich eerder hebben voorgedaan
- 5 de lichamelijke conditie slecht is of als er sprake is van zwangerschap of een lichamelijke ziekte die naar verwachting de detoxificatie negatief zal beïnvloeden of dat in het verleden heeft gedaan
- 6 de zelfzorg slecht is
- 7 na eerdere detoxificaties snel terugval opgetreden is, twee eerdere ambulante detoxificaties onsuccesvol waren of intramurale detoxificaties moeizaam verliepen of voortijdig werden afgebroken
- 8 een psychiatrisch toestandbeeld naar verwachting het resultaat van de detoxificatie negatief zal beïnvloeden of dat in het verleden al heeft gedaan
- 9 er nauwelijks niet gebruikende sociale contacten zijn
- 10 de wens bestaat voor een intramurale detoxificatie.

3.2d Farmacotherapie

In de detoxificatie periode kan gebruik gemaakt worden van verschillende farmaca.

> **Methadon**

De dosering van verschillende opiaten kan worden bepaald na omrekening (zie tabel). Er is geen lijst van equi-addictieve doseringen, zodat onderstaande lijst gehanteerd kan worden. Als vuistregel kan worden gehanteerd dat bij lichte tot matige gebruikers die tussen de 2 en 6 keer per dag gebruiken, een startdosis van 20-30 mg de meeste onthoudingsverschijnselen doet verminderen/verdwijnen. In zowel de ambulante als intramurale setting is individuele dose finding voor het volledig blokkeren aangewezen. De vloeibare vorm van methadon bevat 2mg/ml. Voorkeur gaat uit naar het eenduidig gebruik van de hoeveelheid in mg. Vanwege het ontbreken van gegevens over equi-addictieve doses wordt gebruik gemaakt van de equi-analgetische dosis².

Opioïd	Equi-analgetische doses parenteraal	Ratio i.v. - oraal	Equi-analgetische dosis oraal	Opmerkingen
Buprenorfine	0,3 - 0,6 mg	1:1,3 (i.v.: sublinguaal)	0,4 mg sublinguaal	
Codeïne		1:1,5	120 mg	
Morfine	10 mg i.m./ i.v. 2 mg epiduraal 0,2 mg intrathecaal	1:2 of 1:3	20 mg, retard 30 mg dosis	orale dosis = rectale
Methadon	5 mg*	1:2	5 mg*	bij hoge dagdosis (> 30 mg i.v.) morfine 1,5 - 3 mg

Omrekening van heroïne, uitgangsdosis is 10 mg morfine ³

	Equi-analgetische doses	Halveringstijd (uur)	Piekeffect (uur)	Duur (uur)
Heroïne	5 mg i.v.	0,5	0,5 - 1,0	4,0 - 5,0

Ambulant

Na een intakegesprek en urinecontrole start de methadonverstrekking.

Gewoonlijk wordt gestart met een dosering tussen de 30-40 mg methadon. De inschatting van de hoogte van de dosering wordt o.a. bepaald door de hoogte van het heroïnegebruik (10 mg per 0,1 gr heroïne per dag met een maximum van 40 mg. Bij aanhoudende onthoudingsverschijnselen wordt de dosis 5-10 mg per 4-5 dagen verhoogd tot de dosis is bereikt, waarop geen onthoudingsverschijnselen meer aanwezig zijn. Meestal volstaat voor deze indicatie 50 mg per dag. Uit veiligheidsoverwegingen kan ook met een halve dosis worden gestart. Afhankelijk van de ontwenningverschijnselen wordt deze dosis in stapjes verhoogd. Bij de korte afbouw wordt de dosis 1-2 weken gestabiliseerd en indien geen bijgebruik van heroïne optreedt kan de afbouw beginnen. De afbouw vindt plaats met 2 mg per keer om de 2-4 dagen. De verstrekking vindt zoveel mogelijk dagelijks plaats en er wordt 2 x per week een urineonderzoek gedaan op opiaat bijgebruik. Bij een dosis van 8 mg methadon wordt een afspraak gemaakt met de arts om de voortgang en de eventuele medicatie na afbouw van methadon te bespreken.

Bij de lange afbouw wordt een stabilisatie in 4-8 weken nagestreefd en verloopt de afbouw in kleinere stapjes. Een van tevoren overeengekomen gedetailleerd afbouwschema verdient de voorkeur.

Intramuraal

Wanneer alleen heroïne is gebruikt wordt op grond van de bovengeschetste vuistregel een equivalent methadon afgesproken als startdosis. Meestal blijkt in het verleden al methadon te zijn gebruikt. Deze hoeveelheid is meestal een juiste richtdosis om mee te starten. Bij heroïnegebruik in combinatie met methadon wordt de heroïne omgezet in een equivalent metha-

² Ontleend aan Van Loenen AC (Eds.) *Farmacotherapeutisch kompas 2004*, College voor zorgverzekeringen (CVZ). Roto Smeets Utrecht, Utrecht

³ Ontleend aan Portenroy RK & Payne R: *Chapter 57: Acute and Chronic Pain*. In: JH Lowinson, P Ruiz, RB Milman & JG Langrod (Eds). *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*, 3rd edition, 1997. Williams & Wilkins, Baltimore.

don en de totale hoeveelheid methadon aangepast. Per gram heroïne bijgebruik wordt 20 mg methadon bijgeteld. Blijkt dit te weinig om de onthoudingsverschijnselen te couperen dan kan via stapjes van 5 mg nog 20 mg methadon worden toegevoegd tot de ontwenningverschijnselen verdwijnen. Meestal volstaat 50 mg.

Intramuraal kan een snel afbouwschema worden gebruikt zeker als bij het optreden van ontwenningverschijnselen actief medicamenteus wordt ingegrepen.

Als vuistregel voor de afbouw wordt het volgende schema gehanteerd: boven de 60 mg met 20 mg per dag, tussen 60 en 40 mg met 10 mg per dag, tussen 40 en 20 mg de ene dag met 6 mg en de andere met 4 mg en onder de 20 mg met 4 mg per dag.

Wanneer vanaf dag één de methadon acuut wordt gestopt en er dus gekozen wordt voor de 'cold Turkey' methode, wordt aan de hand van de te verwachten onthoudingsverschijnselen preventief en ondersteunend medicatie gegeven zoals verder op in dit hoofdstuk vermeld.

> **Buprenorfine**

Buprenorfine is semi-synthetische partiële opiaatagonist met tevens een antagonistische werking. Het heeft een zeer krachtige binding aan de μ -opioïd receptoren. De halfwaardetijd bedraagt 2-5 uur. De piekconcentratie is na 1-2 uur. De stof verlaat de opioïd receptoren zeer langzaam waardoor bij een hoge dosis wel 72 uur werkzaam kan zijn.

Buprenorfine kan gebruikt worden om de onthoudingsverschijnselen van heroïne en methadon (vanaf 30 mg) op te vangen.

De onthoudingsverschijnselen van de afbouw van buprenorfine zijn over het algemeen mild van aard (droge mond, misselijkheid, rusteloosheid, gapen, lichte angst, spier- en botpijnen en slapeloosheid).

Buprenorfine is in Nederland alleen geregistreerd voor de indicatie postoperatieve pijn bij niet-ambulante patiënten (Temgesic 0,2 mg).

Tot het moment van officiële registratie moet bij gebruik voor de indicatie behandeling van opiaatafhankelijkheid een informed consent getekend worden. Daarbij dient er ook een artsenverklaring opgemaakt te worden waarin nadrukkelijk de indicatie wordt vermeld, dat het middel niet in Nederland is geregistreerd voor deze indicatie en dat de arts de volle verantwoordelijkheid draagt voor het risico voor de behandeling (zie behandelovereenkomst in onderdeel 'patientdossier').

Vanuit de literatuur lijkt het gebruik van lage doseringen buprenorfine obsoleet.

Nadere informatie is te vinden in Handboek Verslavingszorg (B-4337), Mw. Drs. Boonstra: Buprenorfine in de behandeling van opioïdafhankelijkheid en E. Voorrath (NEACID): Clinical guidelines: Buprenorfine treatment of heroine dependence. Maart 2001

Contra-indicaties

1. zwangerschap en borstvoeding (onvoldoende onderzocht bij hoge dosis)
2. overgevoeligheid voor buprenorfine
3. ernstige respiratoire of leverinsufficiëntie
4. acute psychiatrische problematiek (acute psychose en ernstige depressie)

Ambulant en intramuraal

Bij het starten met buprenorfine moet men wachten tot er onthoudingsverschijnselen ontstaan. Bij het eerder starten ontstaat er door de sterkere binding dan methadon en heroïne aan opioïd receptoren een onthoudingsbeeld hetgeen zich kan uiten in craving.

Bij het instellen na heroïnegebruik minimaal 6 uur na het laatste gebruik. Bij het instellen na methadongebruik verdient het de voorkeur om de methadon af te bouwen naar 30 mg. Start

met buprenorfine 24-36 uur na de laatste methadon inname. Het bepalen van moment van eerste inname vergt dus goede planning en bereikbaarheid.

Het middel moet men 3-5 minuten onder de tong laten smelten (sublinguaal). Patiënt moet uitgelegd worden dat orale inname niet werkzaam is.

Bij lage inschatting van opioïd tolerantie start men met 2-4 mg en bij een hoge tolerantie met 6-8 mg. Bij aanhouden klachten verhoging met 2 mg. Bij ambulante detoxificatie zal de gemiddelde duur van het afbouwen langer zijn en de dosis iets hoger liggen.

Voorbeeld Buprenorfine afbouwschema (E.Vorrath, Clinical Guidelines: Buprenorfine treatment of heroïne depenence.maart 2001).

<i>Dag</i>	<i>Poliklinische ontgiftig</i>	<i>Intramurale ontgiftig</i>
1	6 mg (4- 8 mg)	4 mg (4-8 mg)
2	10 mg (4-14 mg)	4 mg (4-8 mg)
3	8 mg (2-12 mg)	4 mg (4-6 mg)
4	6 mg (2 -8 mg)	2 mg (0-4 mg)
5	4 mg (0- 8 mg)	2 mg (0-4 mg)
6	- (0- 4 mg)	- (0-2 mg)
7	- (0 -2 mg)	
8		
9		
10		

> **Naltrexon**

Deze opiaatantagonist wordt heden algemeen toegepast in het "nazorgtraject" van de opiaatdetoxificatie (en ook als anti-cravingmiddel bij alcoholproblematiek).

Experimenteel is naltrexon in het kader van de snelle detoxificatie in combinatie met terugvalpreventie toegepast. Het wordt hierbij alleen intramuraal toegepast in een totaal protocol van symptoomgerichte medicatie. Het blijkt daarbij een goed bruikbaar middel. Er wordt verder onderzoek gedaan naar een nog optimaler toepassen van naltrexon bij de snelle detoxificatie van opiaatafhankelijken.

Voor introductie van naltrexon bij/na buprenorfinebehandeling wordt verwezen naar Handboek Verslavingszorg (B 4337-11), Mw. Drs. M.H. Boonstra: Buprenorfine in de behandeling van opoïdafhankelijkheid, en E. Vorrath, de Clinical guidelines: Buprenorfine treatment of heroïne dependence, maart 2001.

3.2e **Aanvullende, symptoomgerichte medicatie**

> **Clonidine**

Intramuraal

Clonidine kan het best worden verstrekt wanneer ontweningsverschijnselen gaan optreden en niet preventief. Het daadwerkelijk effect van de clonidine is zo pas goed op effectiviteit in te schatten. Indicatie is toenemende rusteloosheid in de extremiteiten.

Clonidine wordt gestart op een dosis van 0,1 tot 0,2 mg en kan 3 tot 4 keer per dag worden gegeven. Op geleide van de bloeddruk kan worden opgehoogd tot 0,6-1,2 mg (0,6-2,0 mg volgens sommige onderzoeken). Na een half uur gaat men het effect merken, dat na 2 tot 3 uur wegebt. Voor iedere gift met de bloeddruk worden gecontroleerd. Als de tensie lager is dan 85/50 mm Hg wordt geen clonidine gegeven. Meestal wordt de clonidine tot de tiende dag na de start van de klachten gegeven. In deze dagen zijn de ontwenningssverschijnselen het hevigste.

Naast een droge mond, lethargie, sedatie of zwakte zijn de belangrijkste bijwerkingen hypotensie en duizeligheid. Deze bijwerkingen zijn slechts zelden een reden tot staken van de behandeling.

Doseringschema bij heroïne stop:	
dag 1:	0,1-0,2 mg iedere 4-6 uur (max. 1mg/dag)
dag 2-4:	0,2-0,4 mg iedere 4-6 uur (max. 1mg/dag)
dag 5-stop:	verminderen met 0,2 mg tot nul. Nachtdosis als laatste afbouwen.

Doseringschema bij methadon stop:	
dag 1:	maximaal 0,3 mg dd
dag 2:	maximaal 0,4-0,6 per dag
dag 3:	maximaal 0,5-0,8 mg per dag
dag 4:	maximaal 0,5-1,2 mg per dag
dag 5-10 :	op geleide van de ontwenningssverschijnselen dosis handhaven en hierna verminderen met 0,2 mg per dag

In verband met het grote risico op hypotensie wordt geadviseerd clonidine niet ambulante toe te passen.

> **Loperamide**

Intramuraal

Bij hevige diarree kan loperamide worden gebruikt. Daarbij moet wel de juiste startdosis worden gegeven van 4 mg. Vervolgens kan elke 2 uur 2mg worden verstrekt. De maximale dosis ligt bij 16 mg per dag.

> **Slaapmedicatie**

Ambulant en intramuraal

Middel van eerste keuze bij slaapproblemen is temazepam. Bij ernstige slaapproblemen kunnen verschillende middelen worden toegepast (midazolam, zopiclon, trazodon levomepromazine). Deze middelen moeten slechts voor een beperkte periode gegeven worden.

> **Diazepam**

Ambulant en intramuraal

Bij hevige angst en onrust kan ter ondersteuning van de normale begeleiding voor een periode van enkele dagen diazepam 10 mg worden verstrekt. Meestal gaat het dan om ochtend- en avondmedicatie.

> ***Ibuprofen en diclofenac***

Ambulant en intramuraal

Bij spierpijnen biedt een NSAID zoals ibuprofen of diclofenac ondersteuning. Ibuprofen in een dosis van 600-800 mg of diclofenac 50 mg (oraal of intramusculair), beide elke 6 tot 8 uur. Gezien de maagbelastende werking wordt geadviseerd een protonpompremmer toe te voegen.

> ***Haloperidol***

Ambulant en intramuraal

Tijdens de detoxificatie kan soms hevige onrust met psychotische kenmerken optreden. Haloperidol kan snel tot vermindering leiden. Gestart wordt met een dosis van 2.5 mg. Het resultaat wordt na enkele uren geëvalueerd, waarna een volgende dosis wordt bepaald.

3.2f Monitoring en begeleiding

Ambulant

De ontwenningssverschijnselen worden door de patiënt met de Subjectieve Onthoudingschaal (SOS) vastgelegd. Tijdens de vervolgspraak na drie dagen worden deze lijsten besproken.

Eventuele medicatie gericht op abstinentie en/ of vermindering van craving worden besproken. Begeleidingscontacten gericht op terugvalpreventie worden afgesproken.

Intramuraal

Tijdens de gehele detoxificatie periode worden de ontwenningssverschijnselen door de patiënt (SOS) en de verpleegkundigen bijgehouden met de Objectieve Onthoudingschaal (OOS) en besproken met de arts.

De verpleegkundigen dragen zorg voor de psychische begeleiding (zie verpleegkundig protocol).

3.2g Medicatie na detoxificatie

Na de detoxificatie is er een farmacotherapeutische mogelijkheid om terugval te voorkomen met naltrexon. De arts bespreekt aan het einde van de detoxificatie met de patiënt de mogelijkheden voor de toepassing van dergelijke verslavingsgerelateerde medicatie.

3.2h Zwangerschap

Ambulant en intramurale detoxificatie vindt bij een zwangere alleen plaats in het tweede trimester (voor de 20^e week). Men kiest daarbij voor een langzame afbouw van 5 mg methadon per week. Bij een detoxificatie in het eerste trimester is het risico voor het optreden van stoornissen in de foetale ontwikkeling te groot, in het derde trimester is het risico van een miskraam. Een goede afstemming van de behandeling op die van de gynaecoloog is essentieel. Omtrent de effecten van buprenorfine op de zwangerschap is nog onvoldoende informatie beschikbaar. Ditzelfde geldt ook t.a.v. het geven van borstvoeding.

3.3 Benzodiazepinen

3.3a Klinisch beeld

Het klinisch beeld en beloop van de onthouding van sederende en slaapmedicatie vertoont sterke individuele verschillen. Het kunnen symptomen zijn zoals angst, slaapstoornissen, sympathische hyperactiviteit, maagdarmklachten, epileptische insulten en delirium. Het optreden van deze verschijnselen hangt af van de aard van het middel, het gebruikspatroon, de dosering, de duur van het gebruik, persoonlijke karakteristieken en het eventueel tegelijkertijd bestaand alcoholgebruik. De halfwaardetijd ($T_{1/2}$) bepaalt het moment van optreden van verschijnselen. De halfwaardetijd is het tijd die nodig is om 50% van de stof af te doen breken. Na staken van een stof met een korte $T_{1/2}$ (oxazepam) beginnen de symptomen na 3-6 uur, bij een stof met een lange $T_{1/2}$ (diazepam) mogelijk na meer dan 100 uur. De duur van de symptomen hangt af van de dosering, de duur van het gebruik, de $T_{1/2}$ en eventueel bestaande andere stoornissen. Milde tot matige klachten kunnen vrij lang aanhouden. In het algemeen houden bij stoffen met een korte $T_{1/2}$ de symptomen 3-5 dagen aan en bij stoffen met een lange $T_{1/2}$ 2-3 weken. Gewoonlijk wordt het onthoudingssyndroom verdeeld in een beeld dat optreedt na lage en een na hoge doseringen. Bij onthouding na lage doseringen is het moeilijk onderscheid te maken tussen een onthoudingssyndroom, terugkeer van oorspronkelijke symptomen en rebound (ernstiger optreden) van deze symptomen. Het gaat meestal om klachten zoals angst, slapeloosheid, paniek, stemmingslabiliteit, neurologische symptomen zoals intolerantie voor scherp licht, halo's rond lichten, paresthesieën. Dergelijke klachten kunnen wel een of twee jaar blijven bestaan en verdwijnen geleidelijk.

Abrupt staken van benzodiazepinen bij patiënten die hoge doseringen gebruiken kan leiden tot epileptische insulten, delirium of overlijden. Een dergelijk ernstig beeld kan al ontstaan na gebruik van enkele weken.

Richtlijn detoxificatieduur

De opnameduur is niet a priori aan te geven en wordt bepaald door de professional op basis van onderstaande richtlijnen die zijn gebaseerd op de factoren, zoals beschreven in hoofdstuk 2.

Langere detoxificatie 2 tot 3 weken	Benzodiazepines , methadon, marihuana, hasj, polymiddelen
Middellange detoxificatie 2 weken	Opiaten
Korte detoxificatie 1 week	XTC, cocaïne, amfetamine, alcohol

3.3b Relatie tussen huidige praktijk en literatuur

De praktijk komt vrij goed overeen met de gegevens uit de literatuur. Stabiliseren van de dosering, kortwerkende stoffen vervangen door langwerkende stoffen en geleidelijk afbouwen van deze stof. Verder moet aandacht besteed worden aan eventuele preëxistente klachten en symptomen die de indicatie vormden voor het voorschrijven van benzodiazepinen. In de literatuur worden verschillende afbouwschema's beschreven, maar vergelijking van verschillende schema's ontbreekt.

3.3c Wegingsfactoren voor bepalen van de setting

Voor de keuze tussen ambulante en intramurale setting zijn op basis van klinische ervaring en gegevens uit de literatuur wegingsfactoren geformuleerd voor het gefundeerd vaststellen van de setting van de detoxificatie van benzodiazepines.

Ze worden ingedeeld volgens het BioPsychoSociaal (BPS) model. In deze wegingsfactoren zit een geleidelijke schaal waarin een keuze voor ambulante en intramurale detoxificatie kan worden gemaakt. De uitersten van deze schaal zijn in de criteria van de wegingsfactoren weergegeven en worden samengevat in de standaarden.

Ambulante detoxificatie is verantwoord als:

- 1 minder dan 32 mg diazepam of gelijkwaardige dosis van een ander benzodiazepine wordt gebruikt
- 2 zo veel mogelijk de voorgeschreven dosering wordt genomen.
- 3 als er geen afhankelijkheid is van andere psychotrope stoffen
- 4 er geen onthoudingsinsulten zijn in voorgeschiedenis.
- 5 er geen ernstige lichamelijke ziekte is, die de detoxificatie kan beïnvloeden of in het verleden gedaan heeft
- 6 de zelfzorg niet heeft geleden onder het middelengebruik
- 7 eerder detoxificaties verliepen succesvol
- 8 er geen ernstig psychiatrisch toestandsbeeld aanwezig is
- 9 er minimaal een niet gebruikende persoon op de hoogte is van en bereid om de detoxpoging te ondersteunen
- 10 de wens bestaat ambulante te ontwennen.

Intramurale detoxificatie is aangewezen als:

- 1 dagelijks benzodiazepinen worden gebruikt met een totale equivalent van 32 of meer mg diazepam gedurende enige jaren
- 2 vaker tabletten worden gebruikt dan het dagelijkse voorschrift. Gemis van inname leidt snel tot ernstige belemmering van de dagelijkse functie
- 3 benzodiazepinen in combinatie met andere psychoactieve middelen worden gebruikt of hiermee worden afgewisseld
- 4 hevige ontwenningverschijnselen optreden zoals angst en onrust of preëxistente psychische problematiek optreedt
- 5 het lichamenlijk toestandsbeeld de detoxificatie negatief zal beïnvloeden of in het verleden al heeft gedaan
- 6 de verzorging slecht is
- 7 eerdere ambulante detoxificatie mislukt is of eerdere intramurale detoxificaties moeizaam verliepen of mislukten
- 8 verwacht wordt dat psychiatrische problematiek de uitkomst van de detoxificatie negatief zal beïnvloeden of al eerder heeft beïnvloed.
- 9 persoon alleenstaand is of geen steun heeft van niet-gebruikers in de directe omgeving
- 10 patiënt of zijn familie een intramurale detoxificatie wenst.

3.3d Farmacotherapie

Voorafgaande aan de start van de detoxificatie worden alle gebruikte benzodiazepinen omgezet in een equivalente hoeveelheid diazepam.

Halfwaardetijden van verschillende benzodiazepinen, actieve metabolieten en dosisequivalenties* ten opzichte van 5 mg diazepam.

Stof	T ?	Actieve metaboliet	Dosis (mg)
Alprazolam (Xanax)	12-15	-	0.5
Bromazepam (Lexotanil)	15-22	+	5
Chloordiazepoxide (Librium)	5-30	+	10
Clobazepam (Frisium)	18	+	10
Clonazepam (Rivotril)	1-4	+/-	4
Clorazepate (Tranxene)	2-3	+	6-7
Diazepam (Valium)	20-48	+	5
Flurazepam (Dalmadorm)	47-100	+	15
Flunitrazepam (Rohypnol)	16-25	+	0,5
Lorazepam (Temesta)	12-16	-	1
Lormetazepam (Noctamid, Loramet)	10	-	0,5
Midazolam (Dormicum)	2.1-3.5	+	3-4
Oxazepam (Seresta)	5-15	-	15
Temazepam (Normison)	7-11	-	10
Triazolam (Halcion)	1.5-5.5	+	0,0625

Ambulant

Allereerst wordt de dosis benzodiazepine voor de afbouw omgezet in een equivalente hoeveelheid diazepam. De afbouw start pas in de tweede week en de dosis gaat met 25 % van de totale dosis per week omlaag. Per consult wordt er een lijst met ontwenningssverschijnselen (SOS) ingevuld en besproken.

Bij de ambulante detox kan met 2 mg tabletten afgebouwd worden om kleinere stappen in de afbouw mogelijk te maken en het psychologische effect visueel te krijgen om van veel tabletten naar een geringer aantal af te bouwen.

Intramuraal

De totale hoeveelheid wordt in een equivalente hoeveelheid diazepam omgezet en met 25 % per week afgebouwd. De afbouw start in tegenstelling met de ambulante afbouw direct in de eerste week van de opname om het verblijf zo kort mogelijk te houden.

De afbouw zal zowel met 10,5 alsook met 2 mg tabletten kunnen gebeuren.

3.3e Monitoring en begeleiding

Ambulant

De ontwenningssverschijnselen worden door de patiënt met de Subjectieve Onthoudingschaal (SOS) vastgelegd. Tijdens de vervolgspraak na drie dagen worden deze lijsten besproken.

De werkwijze voor de verpleegkundige is weergegeven in het vademecum 5.4.

Eventuele medicatie gericht op abstinentie en/ of vermindering van craving worden besproken met de arts in een tussenconsult of bij afsluiting van de detoxificatie. Begeleidingscontacten gericht op terugvalpreventie worden afgesproken.

Bij het optreden van psychische klachten of symptomen die niet geduid kunnen worden als

*Dosisequivalenten en afbouwschema zijn gebaseerd op het Algemeen Benzoprotocol©Afdeling Psychiatrie Academisch Ziekenhuis Nijmegen

onthoudingsverschijnselen volgt psychiatrische diagnostiek en eventueel daarop afgestemde behandeling.

Intramuraal

Tijdens de gehele detoxificatie periode worden de ontwenningsverschijnselen door de patiënt (SOS) en de verpleegkundigen bijgehouden met de Objectieve Onthoudingsschaal (OOS) en besproken met de arts.

De verpleegkundigen dragen zorg voor de psychische begeleiding (zie vademecum 5.4).

Bij het optreden van psychische klachten of symptomen die niet geduid kunnen worden als onthoudingsverschijnselen volgt psychiatrische diagnostiek en eventueel daarop afgestemde behandeling.

3.4 Cocaine en Stimulantia

3.4a Klinisch beeld

De stoffen in deze categorie stimuleren het centrale zenuwstelsel door de release van excitierende neurotransmitters zoals serotonine en dopamine. Als het gaat om misbruik of afhankelijkheid gaat het vooral om stoffen zoals cocaine (met name crack), amfetamines en methamfetamine.

De onthoudingsverschijnselen hangen samen met veranderingen in het CZS. Gewoonlijk is er in de acute fase sprake van depressiviteit, slapeloosheid, verminderde of juist verhoogde eetlust, vermoeidheid, geïrriteerdheid en rusteloosheid. De REM slaap kan weken verstoord zijn. Er bestaat vaak intense craving. Somatisch zijn de klachten en symptomen beperkt; specifieke pijnen, tremoren, rillingen en onwillekeurige bewegingen. Op de lange termijn kan een beeld ontstaan dat veel overeenkomsten heeft met een depressie, maar die veel minder of niet reageert op een farmacotherapeutische of psychotherapeutische behandeling.

Richtlijn detoxificatieduur

De opnameduur is niet a priori aan te geven en wordt bepaald door de professional op basis van onderstaande richtlijnen die zijn gebaseerd op de factoren, zoals beschreven in hoofdstuk 2.

Langere detoxificatie 2 tot 3 weken	Benzodiazepines, methadon, marihuana, hasj, polymiddelen
Middellange detoxificatie 2 weken	Opiaten
Korte detoxificatie 1 week	XTC, cocaine, amfetamine, alcohol

3.4b Relatie tussen huidige praktijk en literatuur

In het algemeen is men in de klinische praktijk terughoudend met het voorschrijven van farmaca in de acute onthoudingsperiode. Volgens de literatuur zijn er wel stoffen die de beperkte verschijnselen kunnen minimaliseren. Het gaat dan om stoffen die de dopamine deficiëntie verminderen (bromocriptine, amantidine) of de serotonine heropname remmen. In de praktijk worden deze stoffen niet toegepast.

3.4c Wegingsfactoren voor bepalen van de setting

Voor de keuze tussen ambulante en intramurale setting zijn op basis van klinische ervaring en gegevens uit de literatuur wegingsfactoren geformuleerd voor het gefundeerd vaststellen van de setting van de detoxificatie van alcohol.

Ze worden ingedeeld volgens het BioPsychoSociale (BPS) model. In deze wegingsfactoren zit een geleidelijke schaal waarin een keuze voor ambulante en intramurale detoxificatie kan worden gemaakt. De uitersten van deze schaal zijn in de criteria van de wegingsfactoren weergegeven en worden samengevat in de standaarden.

Ambulante detoxificatie is verantwoord als er:

- 1 korter dan een half jaar en sporadisch wordt gebruikt
- 2 alleen tijdens uitgaan wordt gebruikt
- 3 geen andere psychoactieve stoffen worden gebruikt
- 4 geen ontwenningverschijnselen ontstaan bij stoppen
- 5 geen lichamelijke ziekten zijn die de detoxificatie negatief zal gaan beïnvloeden.
- 6 voldoende zelfzorg is
- 7 na eerdere ambulante detoxificatie langdurig abstinentie werd gerealiseerd
- 8 geen psychiatrisch ziektebeeld bestaat
- 9 minimaal een niet-gebruiker de detoxificatie kan begeleiden
- 10 een voorkeur van de patiënt bestaat voor ambulante detox.

Een **intramurale** detoxificatie is aangewezen indien er:

- 1 dagelijks cocaïne wordt gebruikt, meer dan een half jaar
- 2 meerdere keren per dag wordt gebruikt.
- 3 andere psychoactieve stoffen worden gebruikt
- 4 bij ontwenning sprake is van angst, achterdocht of hallucinaties.
- 5 een ernstig ziektebeeld bestaat dat de detoxificatie negatief zou kunnen beïnvloeden.
- 6 onvoldoende zelfzorg is
- 7 meerder pogingen ambulant zijn mislukt of intramurale detoxificaties moeizaam zijn verlopen.
- 8 een psychiatrisch ziektebeeld bestaat dat het resultaat van de ontwenning negatief zou kunnen beïnvloeden of door de detoxificatie zou kunnen ontstaan of verslechteren
- 9 er sprake is van een alleenstaand persoon of van iemand die het laatste half jaar geen contact meer niet-gebruikende personen in de directe omgeving
- 10 een wens is van de patiënt of familie voor een intramurale detox.

3.4d Farmacotherapie

In de detoxificatie periode kunnen gebruik gemaakt worden van verschillende farmaca.

> **Diazepam**

Ambulant en Intramuraal

Gejaagdheid, tremoren en angst kan behandeld worden met diazepam in een dosering van 10 mg en in een afbouwschema van 3 tot 4 dagen met een maximale dosis van 40 mg per dag.

> **Haloperidol**

Ambulant en intramuraal

Als de onrust overgaat in achterdocht of hallucinaties is het kortdurend gebruik van haloperidol in een dosering 1 tot 5 mg aangewezen. De behandeling en de afbouw ervan wordt uitgevoerd op geleide van de symptomatologie. In de ambulant situatie wordt een opname overwogen zeker indien er sprake is van een ernstige psychotische decompensatie.

Antidepressiva

Ambulant en intramuraal

Gedurende de acute fase van de detoxificatie en een lange periode nadien kunnen zich milde tot ernstige depressieve verschijnselen worden. Een antidepressivum kan dan worden overwogen, met theoretisch gezien de keuze uit een der serotonine heropname remmers.

3.4 e Monitoring en begeleiding

Ambulant

De ontwenningsverschijnselen worden door de patiënt met de Subjectieve Onthoudings-schaal (SOS) vastgelegd. Tijdens de vervolgspraak na drie dagen worden deze lijsten besproken.

Eventuele medicatie gericht op abstinentie en/ of vermindering van craving worden besproken met de arts in een tussenconsult of in het consult ter afsluiting van de detoxificatie. Begeleidingscontacten gericht op terugvalpreventie worden afgesproken.

Bij het optreden van psychische klachten of symptomen die niet geïdentificeerd kunnen worden als onthoudingsverschijnselen volgt psychiatrische diagnostiek en eventueel daarop afgestemde behandeling.

Intramuraal

Tijdens de gehele detoxificatie periode worden de ontwenningsverschijnselen door de patiënt (SOS) en de verpleegkundigen bijgehouden met de Objectieve Onthoudingsschaal (OOS) en besproken met de arts.

De verpleegkundigen dragen zorg voor de psychische begeleiding (zie onderdeel 'vademe-cum').

3.4f Medicatie na detoxificatie

Na de detoxificatie is er geen specifieke farmacotherapeutische mogelijkheid om terugval te voorkomen. De arts bespreekt aan het einde van de detoxificatie met de patiënt de mogelijkheid van het optreden van psychische klachten en de mogelijkheden van behandeling hiervoor.

3.5 Cannabis

3.5a Klinisch beeld

Een specifiek onthoudingsbeeld na het staken van cannabishoudende preparaten (met als actieve stof tetrahydrocannabinol, THC) is niet bekend. THC heeft een $t_{1/2}$ van 25 tot 36 uur. De stof is vetoplosbaar en blijft weken aanwezig in het lichaam. Een geringe verhoging van bloeddruk, hartfrequentie en lichaamstemperatuur worden gemeld bij staken. Bij acuut staken van gebruik melden gebruikers wel angst, depressie, geïrriteerdheid, slapeloosheid, tremoren en koude rillingen. Deze verschijnselen duren een paar dagen.

Richtlijn detoxificatieduur

De opnameduur is niet a priori aan te geven en wordt bepaald door de professional op basis van onderstaande richtlijnen die zijn gebaseerd op de factoren, zoals beschreven in hoofdstuk 2.

Langere detoxificatie 2 tot 3 weken	Benzodiazepines, methadon, marihuana, hasj , polymiddelen
Middellange detoxificatie 2 weken	Opiaten
Korte detoxificatie 1 week	XTC, cocaïne, amfetamine, alcohol

3.5b Relatie tussen huidige praktijk en literatuur

De literatuur geeft geen gegevens betreffende adequate afbouwschema's. Het hier voorgestelde detoxificatie schema is gebaseerd op praktijkervaring.

3.5c Wegingsfactoren voor bepalen van de setting

Voor de keuze tussen ambulante en intramurale setting zijn op basis van klinische ervaring en gegevens uit de literatuur wegingsfactoren geformuleerd voor het gefundeerd vaststellen van de setting van de detoxificatie van cannabis.

Ze worden ingedeeld volgens het BioPsychoSociale (BPS) model. In deze wegingsfactoren zit een geleidelijke schaal waarin een keuze voor ambulante en intramurale detoxificatie kan worden gemaakt. De uitersten van deze schaal zijn in de criteria van de wegingsfactoren weergegeven en worden samengevat in de standaarden.

Ambulante detoxificatie is verantwoord als er:

- 1 slechts enkele keren per week of in het weekeinde wordt gebruikt, in totaal minder dan twee gram per week
- 2 sporadisch overdag of 's avonds wordt gerookt
- 3 geen afhankelijkheid van andere psychoactieve stoffen bestaat
- 4 eerder nauwelijks tot geen ontwenningverschijnselen zijn geweest
- 5 geen lichamelijke ziekte bestaat die de detoxificatie negatief zal beïnvloeden of als gevolg van de detox zal verergeren.
- 6 voldoende zelfzorg is
- 7 niet eerder gepoogd is te stoppen of er na eerdere detoxificatie langdurig abstinentie werd bereikt
- 8 geen psychiatrisch ziektebeeld bestaat die de detoxificatie negatief zal beïnvloeden of als

- gevolg van de detox zal verergeren
- 9 minimaal een niet-gebruiker op de hoogte is van het gebruik en bereid is om de detoxpoging te begeleiden.
 - 10 patiënt of familie wenst ambulante detoxificatie.

Een **intramurale** detoxificatie is aangewezen als er:

- 1 dagelijks cannabis wordt gebruikt (meerdere grammen verspreid over de hele dag of in de avonden)
- 2 gedurende de gehele dag cannabis wordt gebruikt
- 3 cannabis wordt gebruikt in combinatie met andere psychoactieve middelen
- 4 eerder hevige onrust, angst of psychotische decompensatie is opgetreden tijdens de detoxificatie
- 5 een ziekte aanwezig is die de detoxificatie negatief kan beïnvloeden of als de betreffende ziekte kan verergeren tijdens detoxificatie.
- 6 onvoldoende zelfzorg is
- 7 ambulante pogingen zijn mislukt of intramurale detoxificatie problematisch zijn verlopen of mislukt
- 8 sterke aanwijzingen bestaan voor een onderliggend psychiatrisch ziekte beeld of aanwezigheid van een psychiatrische ziekte zoals schizofrenie.
- 9 meer dan een half jaar geen contacten meer zijn geweest met niet-gebruikers in de directe omgeving
- 10 een wens bestaat voor intramuraal detoxificatie.

3.5d Farmacotherapie

In de detoxificatie periode kan gebruik gemaakt worden van verschillende farmaca. In het algemeen is dit echter niet nodig. Als farmaca worden gegeven gebeurt dat 'symptom-triggered'.

> **Diazepam**

Ambulant en intramuraal

Bij angst of onrust kan kortdurend diazepam worden gebruikt. De maximale startdosis ligt daarbij tussen de 40 en 60 mg. De afbouw wordt gerealiseerd volgens het afbouwschema zoals beschreven bij alcoholonthouding. Diazepam kan ook kortdurend gegeven worden als angst en onrust voorkomen in combinatie met slaapstoornissen.

> **Haloperidol**

Ambulant en intramuraal

Bij hevige onrust of psychotische decompensatie wordt gestart met een kortdurende behandeling met een neurolepticum bv. Haloperidol. Twee tot 5 mg in twee doseringen per dag gedurende enkele dagen is meestal voldoende. Als er sprake is van een psychotische decompensatie tijdens een ambulante behandeling wordt een opname overwogen.

3.5 e Monitoring en begeleiding

Ambulant

De ontwenningsverschijnselen worden door de patiënt met de Subjectieve Onthoudings-schaal (SOS) vastgelegd. Tijdens de vervolgspraak na drie dagen worden deze lijsten besproken.

Begeleidingscontacten gericht op terugvalpreventie worden afgesproken.

Intramuraal

Tijdens de gehele detoxificatie periode worden de ontwenningsverschijnselen door de patiënt (SOS) en de verpleegkundigen bijgehouden met de Objectieve Onthoudings-schaal (OOS) en besproken met de arts.

De verpleegkundigen dragen zorg voor de psychische begeleiding (zie verpleegkundig protocol).

3.5f Medicatie na detoxificatie

Na de detoxificatie zijn er geen farmacotherapeutische mogelijkheden om terugval te voorkomen.

3.5g Medicatie na detoxificatie

Na de detoxificatie zijn er geen farmacotherapeutische mogelijkheden om terugval te voorkomen.

3.6 Polydruggebruik

3.6a Klinisch beeld

Patiënten die meerdere psychoactieve stoffen gebruiken zullen daar meer negatieve consequenties van hebben dan wanneer de stoffen alleen worden gebruikt. Alcohol in combinatie met cocaïne gebruik resulteert in een nieuwe metaboliet, cocaethylene, die zelf psychoactieve en toxische eigenschappen heeft. Tijdens detoxificatie worden stoffen met kruistolerantie gerekend tot dezelfde farmacologische klasse (alcohol en benzodiazepinen).

De lichamelijke afhankelijkheid bij gebruik van stoffen uit dezelfde klasse is additief. Bij het schatten van de ernst van de te verwachten onthoudingsverschijnselen moet hiermee rekening worden gehouden.

Als patiënten afhankelijk zijn van stoffen uit verschillende farmacologische klassen moet de behandeling aan elke stof worden aangepast. De combinatie van opiaten met sedativa is het meest complexe, omdat ze beide farmacotherapeutisch behandeld moeten worden. Een sequentiële behandeling geniet de voorkeur.

Richtlijn detoxificatieduur

De opnameduur is niet a priori aan te geven en wordt bepaald door de professional op basis van onderstaande richtlijnen die zijn gebaseerd op de factoren, zoals beschreven in hoofdstuk 2.

Langere detoxificatie 2 tot 3 weken	Benzodiazepines, methadon, marihuana, hasj, polymiddelen
Middellange detoxificatie 2 weken	Opiaten
Korte detoxificatie 1 week	XTC, cocaïne, amfetamine, alcohol

3.6b Relatie tussen huidige praktijk en literatuur

Gezien het grote aantal combinaties is een eenvormige behandeling niet in de literatuur aangegeven. Er worden wel voorkeuren voor behandeling van bepaalde combinaties gegeven, maar vergelijkend onderzoek ontbreekt.

3.6c Wegingsfactoren voor bepalen van de setting

Voor het bepalen van de setting van de detoxificatie bij patiënten met polydrugafhankelijkheid worden de wegingsfactoren gebruikt die gelden bij het gebruik van een enkelvoudige psychoactieve stof. Vaak zal de ernst van de situatie ernstiger ingeschat moeten worden vanwege het additieve effect van verschillende stoffen. Een intramurale detoxificatie zal daarom sneller worden geïndiceerd dan bij gebruik van één psychoactieve stof.

Een **intramurale** detoxificatie is in ieder geval aangewezen als er:

- 1 meer malen per dag verschillende middelen door elkaar worden gebruikt.
- 2 grote hoeveelheden benzodiazepinen (> 30 mg diazepam equivalenten) naast andere middelen worden gebruikt
- 3 afhankelijkheid bestaat van meerdere middelen uit verschillende farmacologische klassen
- 4 eerder heftige ontwenningverschijnselen zich hebben voorgedaan

- 5 een lichamelijke slechte conditie bestaat
- 6 de zelfzorg onvoldoende is
- 7 eerdere detoxificaties zijn mislukt of er snel een terugval is opgetreden
- 8 psychiatrische pathologie bestaat of kan ontstaan tijdens de detoxificatie
- 9 sprake is van een alleenstaand persoon of van iemand die een half jaar geen contact heeft gehad met niet-gebruikende personen in de directe sociale omgeving
- 10 een wens bestaat voor intramurale detoxificatie.

3.6d Farmacotherapie

Er zijn vele combinaties denkbaar. Als vuistregel geldt dat stoffen met kruistolerantie gerekend worden tot dezelfde farmacologische klasse en dat de richtlijnen voor de afzonderlijke stoffen gecombineerd worden.

> **Alcohol en benzodiazepinen**

De detoxificatie van alcohol duurt minder lang dan die van benzodiazepinen. Ter voorkoming van ernstige onthoudingsverschijnselen bij het stoppen met alcohol worden veelvuldig benzodiazepinen gebruikt. De ontwenning van de combinatie wordt dan ook conform de richtlijnen van de afbouwschema van benzodiazepinen uitgevoerd.

> **Heroïne en benzodiazepine**

Bij deze twee dempende stoffen zal de benzodiazepine ontwenning vaak meer tijd in beslag nemen dan de methadonafbouw. Opiaten worden gesubstitueerd door methadon en benzodiazepinen door diazepam. In het algemeen worden de stoffen na elkaar afgebouwd. Diazepam wordt benut om de ontwenningverschijnselen in de eerste vier dagen na de methadon stop te temperen. De eerste 75% van de hoeveelheid diazepam kan echter meestal tijdens de methadonafbouw geleidelijk worden verminderd. Als de onthoudingsklachten van opiaten zijn verdwenen wordt diazepam verder afgebouwd.

Het volgende schema kan als voorbeeld worden gebruikt:

Detoxdagen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Methadon (mg)	4	3	2	2	1	1	1	1	8	6	4	2	0							
8.00 uur	0	0	5	0	8	5	2	0												
Diazepam 10 mg																				
8.00 uur	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1									
13.00 uur	1	1																		
18.00 uur	2	1	1																	
22.00 uur	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0

> **Alcohol en cocaïne**

Bij cocaïne wordt in eerste instantie niet gekozen voor medicamenteuze ondersteuning. Bij deze combinatie wordt de medicamenteuze ondersteuning uitgevoerd zoals bij alcohol onttenning.

> **Heroïne en cocaïne**

Bij cocaïne wordt in eerste instantie geen medicamenteuze ondersteuning gegeven. Bij deze combinatie van middelen kan men zich dus richten op de methadonafbouw (zie opiaten).

3.6 e Monitoring en begeleiding

Ambulant

De ontwenningssverschijnselen worden door de patiënt met de Subjectieve Onthoudings-schaal (SOS) vastgelegd. Tijdens de vervolgspraak na drie dagen worden deze lijsten besproken.

Eventuele medicatie gericht op abstinentie en/ of vermindering van craving worden besproken. Begeleidingscontacten gericht op terugvalpreventie worden afgesproken.

Intramuraal

Tijdens de gehele detoxificatie periode worden de ontwenningssverschijnselen door de patiënt (SOS) en de verpleegkundigen bijgehouden met de Objectieve Onthoudings-schaal (OOS) en besproken met de arts.

De verpleegkundigen dragen zorg voor de psychische begeleiding (zie verpleegkundig protocol).

3.6f Medicatie na detoxificatie

Na de detoxificatie zijn er verschillende farmacotherapeutische mogelijkheden om terugval te voorkomen (naltrexon, acamprosaat en disulfiram) De arts bespreekt aan het einde van de detoxificatie met de patiënt de mogelijkheden voor de toepassing van dergelijke verslavingsgerelateerde medicatie.

Hoofdstuk 4

Vademecum

Taakverdeling & richtlijnen voor arts en verpleegkundige

4.1 Taakverdeling van arts en verpleegkundige

- > De arts neemt een anamnese af en onderzoekt de patiënt en vormt zich een beeld van de toestand van de patiënt. De arts stelt naar aanleiding van de anamnese en het onderzoek de diagnose en bepaalt het behandelplan. De arts houdt zijn gegevens bij in de medische status.
- > De verpleegkundige houdt zich vooral bezig met de verpleegkundige anamnese om van daaruit een gedegen probleeminventarisatie te maken. De verpleegkundige zal dit vertalen in een voor de cliënt op maat gemaakt verpleegplan. Dit verpleegplan is afgeleid van het standaard verpleegplan behorende bij de richtlijn. De verpleegkundige rapporteert in het verpleegkundig dossier.

4.2 Algemene richtlijnen voor artsen

De volgende uitgangspunten staan centraal tijdens de consulten met de patiënt:

- > De wegingsfactoren worden gebruikt bij het indiceren van patiënten voor ambulante of intramurale detoxificatie.
- > Het detoxificatierichtlijn wordt als leidraad gebruikt voor het opstellen van een behandelplan.
- > Tijdens de consulten worden de principes van motivationele gespreksvoering (Schippers; Prochaska en DiClemente) gebruikt.
- > De arts werkt nauw samen met de verpleegkundige, d.w.z. de arts start de behandeling op en sluit deze af, de verpleegkundige doet de monitoring van het detoxificatieproces tussen deze twee momenten.
- > Bij de monitoring wordt gebruik gemaakt van de **Objectieve Onthoudings Schaal (OOS)**, de **Subjectieve Onthoudings Schaal (SOS)** voor de onthoudingsverschijnselen en de CIWA-Ar specifiek voor alcohol. Verder wordt de VAS (Visual Analogue Scale) gebruik voor het in kaart brengen van de craving, "zucht".
- > Bij complicaties vindt er overleg plaats tussen verpleegkundige en arts en wordt zonodig een extra (tussen)consult gepland met de arts.
- > Bij ambulante ontgiftiging kan het zeer waardevol zijn om een persoon uit de directe omgeving (partner, broer/zus, kind) bij de behandeling te betrekken. Deze persoon kan een belangrijke rol spelen in de ondersteuning tijdens de detoxificatie en bij de inname van de medicatie.

1 Ambulante Detoxificatie - Artsen

Indicatiestelling en start (indien) ambulante detoxificatie

Consult 1

Consult 1	Contact 1	Tussenconsult	Tussencontacten contact	Afsluitend x consult	Afsluitend
arts	verpleegkundige	arts	verpleegkundige	verpleegkundige	arts

Inleiding

Dit consult vindt plaats als er vanuit intakecontacten de vraag voor detoxificatie naar voren komt.

Inhoudelijke beschrijving van het consult

1. De arts maakt kennis met patiënt (en de beoogde coach.).
2. De verslavingsanamnese, somatische anamnese en lichamelijk onderzoek worden gedaan.
3. Daarna wordt de indicatie voor detoxificatie vanuit medisch standpunt bekeken tegen de achtergrond van de reeds bekende gegevens vanuit de intakeprocedure (of begeleidings/ behandelingstraject). Hierbij worden de volgende wegingsfactoren gebruikt.
 1. Middelengebruik, hoeveelheid, duur, vorm, frequentie
 2. Gebruikgedrag
 3. Gebruik van andere psychoactieve middelen
 4. Ontwenningsverschijnselen (actueel en anamnestic o.a via CIWA-Ar)
 5. Ernstige lichamelijke aandoeningen of graviditeit
 6. Zelfzorg (GAF)
 7. Behandelingsvoorgeschiedenis
 8. Psychiatrisch ziektebeeld (actueel en anamnestic)
 9. Inbedding in de sociale omgeving (relatie, familie, werk)
 10. Wens van en praktische haalbaarheid voor de patiënt
Nadere toelichting: zie onderdeel 'Algemene Uitgangspunten', zowel algemeen als per middel.
4. De conclusie uit dit wegingsproces van de arts en het lichamelijk onderzoek wordt met de patiënt besproken
5. Er wordt in het kort uitleg gegeven over de detoxificatie, de te verwachten verschijnselen, de begeleidende medicatie, afbouwschema's, gehanteerde vragenlijsten en verdere medische begeleiding door arts en verpleegkundige. Ook de bijdrage van een "coach" kan duidelijk worden uitgelegd. Beschikbare schriftelijke informatie wordt verstrekt.
6. Eventuele laboratoriumuitslagen worden besproken voor zover dit al niet in het wegingsproces is gebeurd. Indien noodzakelijk wordt aanvullend laboratoriumonderzoek aangevraagd.
7. Samen met patiënt wordt een definitief starttijdstip bepaald en afspraken gemaakt omtrent urineonderzoek op gebruikte middelen. Dit alles wordt vastgelegd in een behandelovereenkomst.
8. Er wordt een vervolgspraak gemaakt met de verpleegkundige.

Overzicht consult 1 ambuland

Taken voor consult 1

1. Kennismaking met de patiënt (en de beoogde coach)
2. Indicatie detoxificatie aan de hand van de wegingsfactoren
3. Bespreken conclusie wegingsproces en lichamelijk onderzoek
4. Eventuele laboratoriumuitslag bespreken/ aanvullend onderzoek aanvragen
5. Uitgebreide uitleg over detoxificatie, klachtenpatroon en te gebruiken medicatie
6. Samen met patiënt definitief starttijdstip bepalen van detoxificatie, bespreken van urineonderzoek op gebruikte middelen en opstellen van behandelovereenkomst
7. Afsluiten consult met het maken van een vervolgspraak met verpleegkundige

Observatie:

Opmerkingen:

Checklist voor consult 1 arts (Ambulant)

In deze sessie werden verschillende aspecten aan de orde gesteld. De checklist biedt de mogelijkheid na te gaan of alle elementen daadwerkelijk aan de orde zijn geweest.

- | | | |
|-----|---|--------------------------|
| 1. | Is de patiënt op zijn/ haar afspraak gekomen? | ja/ nee /nvt |
| 2. | Was de patiënt op tijd? | ja/ nee /nvt |
| 3. | Beoordeling Wegingsfactoren | ja/ nee /nvt |
| 4. | CIWA-Ar | <input type="checkbox"/> |
| 5. | VAS | <input type="checkbox"/> |
| 6. | GAF | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Indicatiestelling | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Behandelovereenkomst met afspraken over medicatie en evt urineonderzoek op gebruikte middelen | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Invoegen medische status | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Informatie verstrekking aan patiënt | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Berichtgeving huisarts | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Afspraak voor contact 1 met verpleegkundige | <input type="checkbox"/> |

Tussenconsult

Consult 1	Contact 1	Tussenconsult	Tussencontacten contact	Afsluitend x consult	Afsluitend
arts	verpleegkundige	arts	verpleegkundige	verpleegkundige	arts

Inleiding

Indicatie voor tussenconsult:

- > te verwachten complicaties n.a.v. het voorgaande consult
- > op indicatie van de verpleegkundige

Inhoudelijke beschrijving van consult(en)

1. Navragen hoe de tussenliggende periode is verlopen wat betreft onthoudingsklachten (**O**bjectieve **O**nthoudings **S**chaal), middelengebruik., inname en bijwerkingen van de voorgeschreven medicatie
2. Bespreken met patiënt wat nu de voor- en nadelen zijn van het middelen gebruik en het stoppen ermee. Indien het moeizaam gaat, dit empathisch benaderen, indien er positieve veranderingen zijn deze positief bekrachtigen, bij negatieve situatie begripvol reageren.
3. Bekijken hoe patiënt om moet/ kan gaan met de bestaande klachten. Bespreken wat hem/haar nog te wachten staat afhankelijk van de bestaande klachten.
4. Tenslotte wederom formuleren wat de uitgangspunten waren van de detoxificatie en de ingezette medicamenteuze behandeling .
5. Eventueel aanpassen van de medicatie.

Overzicht tussenconsult ambuland

Taken voor tussenconsult

1. Navragen (onthoudings)klachten (bekijken OOS, SOS, VAS), middelengebruik, inname medicatie
2. Voor- en nadelen van gebruik bespreken
3. Hoe om te gaan met bestaande klachten
4. Formuleren van uitgangspunten van de ingezette behandeling

Observatie:

Opmerkingen:

Checklist voor tussenconsult arts (Ambulant)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Is de patiënt op zijn/ haar afspraak gekomen? | ja/ nee /nvt |
| 2. Was de patiënt op tijd? | ja/ nee /nvt |
| 3. VAS | <input type="checkbox"/> |
| 4. Verzamellijst meetinstrumenten (OOS,SS,VAS) raadplegen | <input type="checkbox"/> |
| 5. Invoegen medische status | <input type="checkbox"/> |
| 6. Informatie verstrekking aan patiënt | <input type="checkbox"/> |

1.3. Afsluitend consult ambulante detoxificatie

Gesprek bij beëindiging van detoxificatie

Consult 1	Contact 1	Tussenconsult	Tussencontacten contact	Afsluitend x consult	Afsluitend
arts	verpleegkundige	arts	verpleegkundige	verpleegkundige	arts

Inleiding

De detoxificatie wordt als beëindigd beschouwd als er geen objectieve onthoudingsverschijnselen meer aanwezig zijn. Het tijdstip waarop dit punt bereikt is, is erg afhankelijk van het middel.

Voor alcohol kan dit reeds binnen ca 7 dagen bereikt zijn. Voor opiaten is dit punt ca 5-10 dagen na het laatste gebruik van een opiaat.

Inhoudelijke beschrijving van het consult

1. Met cliënt worden samen de O(bjectieve) O(nthoudings) S(chaal), de S(ubjectieve) O(nthoudings) S(chaal) en VAS doorgenomen. Samen wordt teruggekeken hoe de detoxificatie is verlopen. De CIWA-Ar en de VAS afnemen.
2. Het verloop van de detoxificatie wordt besproken op een motiverende manier. Er wordt stilgestaan bij de situatie voor de start van de detoxificatie wat betreft lichamelijk en geestelijk welbevinden. De behandeling wordt geëvalueerd aan de hand van het evaluatieformulier (zie behandelplan). Tenslotte wordt het doel van de detoxificatie nog eens geformuleerd met de cliënt en hoe deze naar de toekomst kijkt.
3. Indien nodig worden er afspraken gemaakt omtrent (andere) voort te zetten ondersteunende medicatie. Er wordt zonodig informatie gegeven over deze medicatie.
4. De overdracht voor verdere begeleiding/ behandeling wordt in samenspraak met of op aangeven van de intaker (casemanager, mentor) tot stand gebracht.
5. De huisarts wordt een bericht gestuurd en een kopie wordt in het eigen dossier bewaard.

Overzicht afsluitend consult ambulante

Taken voor afsluitend consult

1. Terugblik op detoxificatie aan de hand van OOS, SOS en VAS
2. Motiverend gesprek over situatie voor detoxificatie en de huidige situatie
3. Motivatieversterking door doorvragen
4. Bemoedigen en bekrachtigen van voortgang
 - > Craving
 - > Hoe nu verder? Bespreken verder begeleidings/ behandelingstraject
5. Samenvatting van de sessie
6. Snelle berichtgeving naar huisarts en verwijzer

Observatie:

Opmerkingen:

Checklist voor afsluitend consult arts (Ambulant)

- | | | |
|-----|---|--------------------------|
| 1. | Is de patiënt op zijn/ haar afspraak gekomen? | ja/ nee /nvt |
| 2. | Was de patiënt op tijd? | ja/ nee /nvt |
| 3. | Verzamellijst meetinstrumenten bespreken | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Evaluatie detoxificatie | <input type="checkbox"/> |
| 5. | VAS | <input type="checkbox"/> |
| 6. | CIWA-Ar | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Bespreken evt medicatie | ja/ nee /nvt |
| 8. | Invoegen medische status | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Informatie verstrekking aan patiënt | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Berichtgeving huisarts | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Vervoltraject na detoxificatie | <input type="checkbox"/> |

Intramurale Detoxificatie - Artsen

Consult / contact 1

Consult 1	Contact 1	Tussenconsult	Tussencontacten contact	Afsluitend x consult	Afsluitend
arts	verpleegkundige	arts	verpleegkundige	verpleegkundige	arts

Inleiding

Dit consult vindt plaats bij opname van de cliënt op de detoxificatieafdeling. Dit opnamegesprek kan samen gevoerd worden door arts en verpleegkundige, maar ook afzonderlijk. Dan is reeds de indicatie voor intramurale detoxificatie gesteld op basis van de wegingsfactoren en de intake-informatie door de ambulante/poliklinisch werkende arts.

Inhoudelijke beschrijving van het consult

1. Tijdens dit consult actualiseert de arts de gegevens die zijn verzameld bij een eerder consult, met name de verslavingsanamnese. Van belang is na te gaan of er zaken veranderd zijn t.o.v. het eerdere consult met patiënt. Voor het somatisch onderzoek zie onderdeel 'standaarden'. Betreft het een patiënt met een alcoholprobleem dan wordt de CIWA-Ar afgenomen.
2. De patiënt wordt de gelegenheid geboden vragen te stellen over de detoxificatie. Zo nodig wordt hier uitgebreid uitleg gegeven over de te verwachten verschijnselen, de duur ervan, het verloop en de begeleiding van verpleegkundigen en arts.
3. Opname op de afdeling betekent dat de detoxificatie begint. Door de arts wordt de behandelovereenkomst indien die al was opgesteld, geactualiseerd en de verpleegkundige maakt een verpleegkundig behandelplan.

Overzicht consult 1 intramuraal

Taken voor consult 1

1. Kennismaking met de patiënt
2. Actualisering van verslavingsanamnese (bij alcohol ook CIWA-Ar)
3. Lichamelijk onderzoek
4. Uitleg over detoxificatie en klachtenpatroon
5. Afspraken rond medicatie volgens de richtlijnen en vastleggen in de behandelovereenkomst.

Observatie:

Opmerkingen:

Checklist voor consult 1 arts (Intramuraal)

In deze sessie werden verschillende aspecten aan de orde geteld. De checklist biedt de mogelijkheid na te gaan of alle elementen daadwerkelijk aan de orde zijn geweest.

- | | | |
|-----|---|--------------------------|
| 1. | Is de patiënt op zijn/ haar afspraak gekomen? | ja/ nee /nvt |
| 2. | Was de patiënt op tijd? | ja/ nee /nvt |
| 3. | Actualisering verslavingsanamnese | ja/ nee /nvt |
| 4. | CIWA-Ar | <input type="checkbox"/> |
| 5. | VAS | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Lichamelijk onderzoek (evt aanvullend onderzoek) | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Opstellen (of actualiseren) van behandelovereenkomst, inclusief detoxificatieplan | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Invoegen medische status | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Informatie verstrekking aan patiënt | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Berichtgeving huisarts | <input type="checkbox"/> |

Tussenconsult

Gesprek(ken) indien noodzakelijk tussen start detoxificatie en afsluitend consult op aanvraag van verpleegkundige en/of patiënt.

Consult 1	Contact 1	Tussenconsult	Tussencontacten contact	Afsluitend x consult	Afsluitend
arts	verpleegkundige	arts	verpleegkundige	verpleegkundige	arts

Inleiding

Indicatie voor tussenconsult:

- > te verwachten complicaties n.a.v. het voorgaande consult
- > op indicatie van de verpleegkundige
- > op verzoek van de patiënt .

Inhoudelijke beschrijving van consult(en)

1. Navragen hoe de tussenliggende periode is verlopen wat betreft onthoudingsklachten (SOS, OOS, VAS), middelengebruik, inname en bijwerkingen van de voorgeschreven medicatie.
2. Eventueel ook: Bespreken met patiënt wat nu de voor- en nadelen zijn van het middelengebruik en het stoppen ermee. Indien het moeizaam gaat, dit empathisch benaderen, indien er positieve veranderingen zijn deze positief bekrachtigen, bij negatieve situatie begripvol reageren.
3. Bekijken hoe patiënt om moet/ kan gaan met de bestaande klachten. Bespreken wat hem/ haar nog te wachten staat afhankelijk van de bestaande klachten.
4. Tenslotte wederom formuleren wat de uitgangspunten waren van de detoxificatie en de ingezette medicamenteuze behandeling.
5. Eventueel aanpassen medicatie.

Overzicht tussenconsult intramuraal

Taken voor tussencontact

1. Navragen (onthoudings)klachten (OOS, SOS, VAS), middelengebruik, inname medicatie
2. Voor- en nadelen van gebruik bespreken
3. Hoe om te gaan met bestaande klachten
4. Formuleren van uitgangspunten van de ingezette behandeling

Observatie:

Opmerkingen:

Checklist voor tussencontact arts (Intramuraal)

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Is de patiënt op zijn/ haar afspraak gekomen? | ja/ nee /nvt |
| 2. Was de patiënt op tijd? | ja/ nee /nvt |
| 3. VAS/OOS/SOS | <input type="checkbox"/> |
| 4. Medicatie | ja/ nee/ nvt |
| 5. Verzamellijst meetinstrumenten raadplegen | <input type="checkbox"/> |
| 6. Invoegen medische status | <input type="checkbox"/> |
| 7. Informatie verstrekking aan patiënt | |

Afsluitend consult intramurale Detoxificatie

Gesprek bij beëindiging van detoxificatie

Consult 1	Contact 1	Tussenconsult	Tussencontacten contact	Afsluitend x consult	Afsluitend
arts	verpleegkundige	arts	verpleegkundige	verpleegkundige	arts

Inleiding

De detoxificatie wordt als beëindigd beschouwd als er geen objectieve onthoudingsverschijnselen meer aanwezig zijn. Het tijdstip waarop dit punt bereikt is, is erg afhankelijk van het middel.

Voor alcohol kan dit reeds binnen ca 7 dagen bereikt zijn. Voor opiaten is dit punt ca 5-10 dagen na het laatste gebruik van een opiaat (methadon of buprenorphine).

Inhoudelijke beschrijving van het consult

1. Samen met de patiënt worden de verzamellijsten van de (onthoudings)schalen (OOS, SOS) en de VAS doorgenomen. Samen wordt teruggekeken hoe de detoxificatie is verlopen. De CIWA-Ar en de VAS worden afgenomen.
2. Het verloop van de detoxificatie wordt besproken op een motiverende manier. Er wordt stilgestaan bij de situatie voor de start van de detoxificatie wat betreft lichamelijk en geestelijk welbevinden. De behandeling wordt geëvalueerd aan de hand van het evaluatieformulier (zie 'patiëntdossier'). Tenslotte wordt het doel van de detoxificatie nog eens geformuleerd met de patiënt en hoe deze naar de toekomst kijkt.
3. Indien nodig worden er afspraken gemaakt omtrent (andere) voort te zetten ondersteunende medicatie. Er wordt zonodig informatie gegeven over deze medicatie.
4. De overdracht voor verdere begeleiding / behandeling wordt in samenspraak met of op aanvragen van de intaker tot stand gebracht.
5. De huisarts wordt een bericht gestuurd en een kopie wordt in het eigen dossier bewaard.

Overzicht afsluitend consult intramuraal

Taken voor afsluitend consult

1. Terugblik op detoxificatie aan de hand van de verzamellijsten van OOS, SOS, VAS.
2. Motiverend gesprek over situatie voor detoxificatie en de huidige situatie
3. Motivatieversterking door doorvragen
4. Bemoedigen en bekrachtingen van voortgang
 - > Craving
 - > Hoe nu verder? Bespreken verder begeleidings / behandelingstraject
5. Samenvatting van de sessie
6. Snelle berichtgeving naar huisarts

Observatie:

Opmerkingen:

Checklist voor afsluitend consult arts (Intramuraal)

In deze laatste consult worden verschillende aspecten aan de orde geteld. De checklist biedt de mogelijkheid na te gaan of alle elementen daadwerkelijk aan de orde zijn geweest.

- | | | |
|-----|---|--------------------------|
| 1. | Is de patiënt op zijn/ haar afspraak gekomen? | ja/ nee /nvt |
| 2. | Was de patiënt op tijd? | ja/ nee /nvt |
| 3. | Verzamellijst meetinstrumenten bespreken | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Evaluatie detoxificatie | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Medicatiebeleid bespreken | <input type="checkbox"/> |
| 6. | VAS en CIWA-Ar | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Invoegen medische status | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Informatie verstrekking aan cliënt | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Vervolg op detoxificatie bespreken | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Berichtgeving huisarts | <input type="checkbox"/> |

4.3 Algemene richtlijnen voor verpleegkundigen

Verpleegkundigen betrokken bij de detoxificatie zullen werken volgens de volgende centrale uitgangspunten om te voldoen aan de basiskwaliteit van verpleegkundig handelen:

- > De patiënt is het uitgangspunt van het verpleegkundig handelen
- > Verpleegkundig handelen dient effectief en efficiënt te zijn
- > Verpleegkundig handelen dient transparant te zijn voor de cliënt
- > De verpleegkundige zal in het algemeen werken volgens de principes van de motiverende gespreksvoering (Schippers; Proschaska en DiClemente)
- > Verpleegkundig handelen dient controleerbaar en evalueerbaar te zijn
- > De verpleegkundige kan samen werken met andere disciplines ten behoeve van de coördinatie van de zorg.

De verpleegkundige maakt gebruik van zijn theoretische kennis en inzicht in methodisch en procesmatig handelen en is daarbij in staat om de beide fasen van het verpleegkundig proces (diagnose en uitvoering) te beheersen.

- > De diagnostische fase behelst het verzamelen van gegevens, het selecteren naar bruikbaarheid en het formuleren van een verpleegkundige diagnose.
- > De uitvoerende fase bestaat uit het vaststellen van korte- en lange termijn doelen, het kiezen van effectieve interventies en het evalueren van het handelen.

Diagnostische fase

- > Voeren van intake / opnamegesprekken
- > Informatie verstrekken over het verloop van de ontwenning
- > Afsluiten van behandelingsovereenkomsten
- > Maken van verpleegplannen
- > Motiverende gesprekken voeren
- > Onderhouden van controle en - begeleidingscontacten
- > Rapporteren en evalueren

Uitvoerende fase

- > Verpleegkundige taken gedurende de detoxificatie periode:
- > Begeleiden bij detoxificatie volgens de richtlijn
- > Structuur en veiligheid bieden door regelmatige aandacht voor de lichamelijke afbouwklachten en bespreken van eventuele klachten
- > Verstrek de voorgeschreven medicatie (per os – per injectie) op de afgesproken tijden en teken de medicatielijsten af
- > Let op de effecten van deze medicatie:
- > Licht de behandelend arts tijdig in bij wijziging van de lichamelijke en / of psychische toestand
- > Regelmatig overleg met de behandelend arts omtrent de voortgang
- > Houdt oog op de ADL functies (de basis vaardigheden met betrekking tot de somatische zelfzorg) en stimuleert, begeleidt of ondersteunt de patiënt hierin.
- > Let op voor overbelasting bij psychische en fysieke rehabilitatie van de patiënt.

Attitude verpleegkundige

- > Vertrouwen geven door achter de behandeling te staan.
- > Kennis hebben van het ontwenningproces en de daarbij behorende symptomen en interventies.

- > Zorgzaam, luisterend en begripvol kunnen zijn maar indien nodig ook directief.
- > Geef duidelijk wat de cliënt van jou kan verwachten.
- > Duidelijke uitleg aan de cliënt over elke stap in het proces.

Verpleegkundige contacten

De contacten voor verslavingsverpleegkundigen in het kader van de Richtlijnen Verantwoord Ontgiften zijn onder te brengen in de volgende hoofdgroepen

- > Ambulante contacten
 - > *individuele*
- > Intramurale
 - > *individuele*

Ambulante Detoxificatie - Verpleegkundigen

Contact 1

Consult 1	Contact 1	Tussenconsult	Tussencontacten contact	Afsluitend x consult	Afsluitend
arts	verpleegkundige	arts	verpleegkundige	verpleegkundige	arts

Volgens behandelplan 2 tot 4 dagen na aanvang van de ambulante detoxificatie Inleiding

Dit contact is het eerste na het ingaan van de detoxificatie. Het medicatiebeleid is afgesproken en de patiënt is in zijn eigen omgeving gestopt met gebruik. Dit gesprek wordt gevoerd met de patiënt (en zijn coach). Het contact staat in het kader van controle en ondersteuning en eventuele bijstelling van het behandelplan.

Inhoudelijke beschrijving van het contact

1. Informeer naar de algehele toestand van de patiënt nu hij gestopt is met gebruik van alcohol of andere middelen
2. Informeer naar het verloop van de ontgiftiging, wanneer precies gestopt, welke medicatie en wanneer gestart, gebruik van andere middelen, terugval etc.
3. Bespreek voorkomende klachten met de patiënt. Let hierbij op specifieke onthoudingsklachten, mogelijke (bij-) verschijnselen van medicatie en specifieke klachten
4. Vul de OOS in, laat de patiënt de SOS en VAS invullen en bepaal de GAF-score
5. Volgens de behandelovereenkomst de patiënt zo nodig laten blazen (BAC) of een urine-onderzoek doen
6. Overleg de voortgang met de verslavingsarts en pas zo nodig het behandelplan aan, of maak bij calamiteiten een afspraak voor de patiënt bij de arts
7. Spreek een datum voor het contact 2 af.
8. Vul de verzamellijsten OOS en SOS aan.

Overzicht contact 1 ambulante

Taken voor contact 1

1. Kennismaking met de patiënt
2. Motiverend (vraag)gesprek
3. OOS, SOS, VAS afnemen en GAF-score bepalen
4. Zo nodig BAC bepalen, urineonderzoek doen
5. Overleg met verslavingsarts
6. Vervolgafspraken maken

Observatie:

Opmerkingen:

Checklist voor contact 1 verpleegkundige (Ambulant)

- | | | |
|-----|---|--------------------------|
| 1. | Is de patiënt op zijn/ haar afspraak gekomen? | ja/ nee /nvt |
| 2. | Was de patiënt op tijd? | ja/ nee /nvt |
| 3. | OOS | <input type="checkbox"/> |
| 4. | SOS | <input type="checkbox"/> |
| 5. | BAC, urineonderzoek | <input type="checkbox"/> |
| 6. | VAS, | <input type="checkbox"/> |
| 7. | GAF-score | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Verzamellijst meetinstrumenten invullen | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Informatie verstrekking aan cliënt | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Vervolg afspraak plannen | <input type="checkbox"/> |

Let op !

Bij afbouw met Buprenorfine wordt in het contact 1 pas gestart met het verstrekken van het middel (zie werkinstructie).

(tussen)contact 2

3 tot 5 dagen na contact¹

Consult 1	Contact 1	Tussenconsult	Tussencontacten contact	Afsluitend x consult	Afsluitend
arts	verpleegkundige	arts	verpleegkundige	verpleegkundige	arts

Inleiding

Dit contact is bedoeld om de patiënt te ondersteunen tijdens de detoxificatie. De onthoudingschalen geven hierbij inzicht in het verloop onthoudingsverschijnselen.

Inhoudelijke beschrijving van het contact

1. Informeer naar de algehele toestand van de cliënt nu hij/ zij gestopt is met gebruik van alcohol of andere middelen
2. Informeer naar het verloop van de ontgifting, wanneer precies gestopt, welke medicatie en wanneer gestart, gebruik van andere middelen, terugval etc.
3. Bespreek voorkomende klachten met de patiënt. Let hierbij op specifieke onthoudingsklachten, mogelijke (bij-) verschijnselen van medicatie en aspecifieke klachten
4. Vul de OOS in, laat de patiënt de SOS en VAS invullen en bepaal de GAF-score
5. Volgens de behandelovereenkomst zo nodig de patiënt laten blazen (BAC) of een urine-onderzoek doen
6. Overleg de voortgang met de verslavingsarts en pas het behandelplan aan, of maak bij calamiteiten een afspraak voor de cliënt bij de arts
7. Spreek een datum voor het contact 3 af
8. Vul de verzamellijsten OOS, SOS en VAS aan.

¹ Er kunnen zo nodig ook meerdere tussencontacten plaats vinden

Overzicht tussencontact ambulante

Taken voor tussencontact

1. Motiverend vraaggesprek
2. OOS, SOS en VAS afnemen, GAF-score bepalen
3. Zo nodig BAC bepalen, urineonderzoek doen
4. Overleg met verslavingsarts
5. Vervolgafspraken maken

Observatie:

Opmerkingen:

Checklist voor tussencontact verpleegkundige (Ambulant)

- | | | |
|-----|---|--------------------------|
| 1. | Is de patiënt op zijn/ haar afspraak gekomen? | ja/ nee /nvt |
| 2. | Was de patiënt op tijd? | ja/ nee /nvt |
| 3. | OOS | <input type="checkbox"/> |
| 4. | SOS | <input type="checkbox"/> |
| 5. | VAS | <input type="checkbox"/> |
| 6. | BAC | <input type="checkbox"/> |
| 7. | UC | <input type="checkbox"/> |
| 8. | GAF | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Verzamellijst meetinstrumenten invullen | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Informatie verstrekking aan cliënt | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Vervolg afspraak plannen | <input type="checkbox"/> |

Let op ! Bij afbouw met Buprenorfine wordt het contact 2 gepland op de 3e dag na de start van de Buprenorfine.

Afsluitend contact

3 tot 5 dagen na het (laatste) tussencontact

Dit is het laatste verpleegkundige contact in het kader van ambulante detoxificatie.

Consult 1	Contact 1	Tussenconsult	Tussencontacten contact	Afsluitend x consult	Afsluitend
arts	verpleegkundige	arts	verpleegkundige	verpleegkundige	arts

Inleiding

Dit contact is bedoeld om de patiënt te ondersteunen tijdens de detoxificatie. De onthoudingsschalen geven hierbij inzicht in het verloop ontwenningsschijnselen.

Inhoudelijke beschrijving van het contact

1. Informeer naar de algehele toestand van de patiënt nu hij gestopt is met gebruik van alcohol of andere middelen en de detoxificatie bijna heeft afgerond
2. Vul de OOS in, laat de patiënt de SOS en VAS invullen en bepaal de GAF-score
3. Bespreek nog voorkomende klachten met de patiënt
4. Volgens behandelovereenkomst zo nodig patiënt laten blazen of urineonderzoek doen.
5. maak bij calamiteiten op korte termijn een afspraak voor de patiënt bij de arts
6. Spreek een datum af voor een afrondend gesprek met de arts
7. Vul de verzamellijsten OOS, SOS en VAS aan.

Overzicht afsluitend contact ambulante

Taken voor afsluitend contact

1. Motiverend vraaggesprek
2. OOS, SOS en VAS afnemen en de GAF bepalen
3. Verzamellijsten van OOS, SOS en VAS doornemen
4. Zo nodig BAC bepalen, urineonderzoek doen
5. Overleg met verslavingsarts
6. Maak afspraak bij de behandelend arts en meldt dit aan de cliënt

Observatie:

Opmerkingen:

Checklist voor afsluitend contact verpleegkundige (Ambulant)

- | | | |
|-----|--|--------------------------|
| 1. | Is de cliënt op zijn/ haar afspraak gekomen? | ja/ nee /nvt |
| 2. | Was de cliënt op tijd? | ja/ nee /nvt |
| 3. | OOS | <input type="checkbox"/> |
| 4. | SOS | <input type="checkbox"/> |
| 5. | VAS | <input type="checkbox"/> |
| 6. | GAF | <input type="checkbox"/> |
| 7. | BAC | <input type="checkbox"/> |
| 8. | UC | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Verzamellijst meetinstrumenten invullen | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Informatie verstrekking aan cliënt | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Vervolg afspraak plannen | <input type="checkbox"/> |

Let op ! Bij afbouw met Buprenorfine wordt het contact 3 gepland op de 8e dag na de start van de detoxificatie.

Intramurale Detoxificatie - Verpleegkundigen

Contact 1

Afhankelijk van de instellingsprocedure voor opname kan dit gesprek door arts en verpleeg-

Consult 1	Contact 1	Tussenconsult	Tussencontacten contact	Afsluitend x consult	Afsluitend
arts	verpleegkundige	arts	verpleegkundige	verpleegkundige	arts

kundige samen of afzonderlijk gevoerd worden.

Opname voor detoxificatie

Inleiding

Eerste contact van de patiënt met de klinische zorg. De indicatiestelling is geschied en de patiënt meldt zich bij de kliniek.

De arts weegt nogmaals de ernst van de klachten om een goede behandeling te kunnen starten en verricht standaard medisch onderzoek.

De verpleegkundige draagt zorg voor een de opnameprocedure en de voorbereiding op de intramurale detoxificatie.

Iedere vorm van detoxificatie zal zij eigen verpleegkundige aandachtspunten kennen. De opnameprocedure zal echter identiek zijn.

Inhoudelijke beschrijving van het verpleegkundige contact

1. Maak kennis met de patiënt
2. Verzorg informatie aan begeleiders van de patiënt
3. Bevraag de patiënt op de actuele toestand met betrekking tot middelen, middelengebruik en het verlangen om te stoppen met gebruik en bepaal de GAF-score.
4. Geef uitleg over de komende detoxificatie
5. Leg de afspraken met patiënt vast in het verpleegkundig deel van de behandelingsovereenkomst
6. Voer de bij het middel afgesproken onderzoeken uit (blaastest / urineonderzoek) en werk deze administratief af
7. Check de bagage op verboden middelen
8. Wijs een kamer toe, licht de cliënt in over de geldende huisregels en introduceer de patiënt op de afdeling
9. Begeleid de patiënt naar de arts voor het medisch onderzoek
10. Zet voorgeschreven medicatie uit
11. Rapporteer en draag informatie over aan andere verpleegkundigen.

Overzicht contact 1 intramuraal

Taken voor contact 1

1. Kennismaking
2. Informatie begeleiding
3. Blaastest uitvoeren en BAC lijst aanleggen
4. Opnamegesprek
5. Uitleg geven detoxificatie en GAF-score bepalen
6. Behandelingsovereenkomst laten tekenen
7. Urineonderzoek (urine opvangen en administratief afwerken)
8. Bagagecontrole
9. Kamer toewijzen
10. Begeleid patiënt naar de arts voor medische screening
11. Huisregels uitleggen
12. Introductie op de afdeling
13. Medicatie uitzetten
14. Rapportage overdracht

Observatie:

Opmerkingen:

Checklist voor contact 1 verpleegkundige (Intramuraal)

- | | | |
|----|---|--------------------------|
| 1. | Is de patiënt op zijn/ haar afspraak gekomen? | ja/ nee /nvt |
| 2. | Was de patiënt op tijd? | ja/ nee /nvt |
| 3. | VAS | <input type="checkbox"/> |
| 4. | AF | <input type="checkbox"/> |
| 5. | BAC | <input type="checkbox"/> |
| 6. | UC | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Informatie verstrekking aan patiënt | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Verzamellijst meetinstrumenten invullen | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Vervolgafpraak plannen | <input type="checkbox"/> |

Tussencontacten

Tussencontact na start van de detoxificatie

Consult 1	Contact 1	Tussenconsult	Tussencontacten contact	Afsluitend x consult	Afsluitend
arts	verpleegkundige	arts	verpleegkundige	verpleegkundige	arts

Inhoudelijk beschrijving van de contact

1. Aandacht voor onthoudingsverschijnselen door middel van gesprekken
2. Vul nu de onthoudingsschalen (OOS) in en registreer (**1 x per dag, of op 1^e, 2^e, 3^e, 5^e en 10 dag**)
3. Laat nu de cliënt de onthoudingsschalen (SOS) en VAS in vullen en registreer (**1 x per dag, of op 1^e, 2^e, 3^e, 5^e en 10^e dag**)
4. Bepaal de GAF-score
5. Ondersteun de afbouw met aandacht en een open houding
6. Begeleid lichamelijke ongemakken ten gevolge van de onthouding
7. Volgens behandelovereenkomst patiënt zo nodig laten blazen (BAC)of urineonderzoek doen.
8. Verstrek de medicatie volgens recept op tijd
9. Onderhoudt contact met de arts.

Overzicht tussencontacten intramuraal

Taken voor tussencontact

1. Motiverend gesprek
2. Invullen SOS, VAS en OOS (1 maal per dag, of op 1e, 2e, 3e, 5e en 10e dag)
3. Bepaal GAF-score
4. Zo nodig BAC, urineonderzoek
5. Medicatie
6. Dagelijks contact met arts
7. Rapportage en overdracht

Observatie:

Opmerkingen:

Checklist voor tussencontact(en) verpleegkundige (Intramuraal)

- | | | |
|-----|---|--------------------------|
| 1. | Is de patiënt op zijn/ haar afspraak gekomen? | ja/ nee /nvt |
| 2. | Was de patiënt op tijd? | ja/ nee /nvt |
| 3. | OOS | <input type="checkbox"/> |
| 4. | SOS | <input type="checkbox"/> |
| 5. | VAS | <input type="checkbox"/> |
| 6. | GAF | <input type="checkbox"/> |
| 7. | BAC, | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Zo nodig urineonderzoek | ja/ nee /nvt |
| 8. | Informatie verstrekking aan patiënt | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Verzamellijst meetinstrumenten invullen | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Vervolg afspraak plannen | <input type="checkbox"/> |

. Afsluitend contact

Consult 1	Contact 1	Tussenconsult	Tussencontacten contact	Afsluitend x consult	Afsluitend
arts	verpleegkundige	arts	verpleegkundige	verpleegkundige	arts

Inhoudelijk beschrijving van de contact

1. Aandacht voor de lichamelijke toestand van patiënt na verdwijnen van onthoudingsverschijnselen
2. Craving laten bepalen aan de hand van VAS en zelf GAF-score bepalen.
3. Volgens behandelovereenkomst zo nodig een urineonderzoek doen
4. Evalueren van verblijf op de detoxafdeling.
5. Vooruitkijken naar moment van beëindigen van verblijf op detoxafdeling, kort inventariseren van nog ervaren problematiek door patiënt.
6. Afspraak maken bij arts voor afsluitend gesprek.

Overzicht afsluitend contact intramuraal

Taken voor afsluitend contact

1. Inventariseren van resterende lichamelijke klachten
2. VAS
3. GAF
4. Zo nodig urineonderzoek
5. Evalueren van opnameperiode
6. Afspraak maken met arts voor afsluitend gesprek
7. Eindrapportage ten behoeve van vervolgtraject

Observatie:

Opmerkingen:

Checklist voor afsluitend contact verpleegkundige (Intramuraal)

- | | | |
|----|--|--------------------------|
| 1. | Is de cliënt op zijn/ haar afspraak gekomen? | ja/ nee /nvt |
| 2. | Was de cliënt op tijd? | ja/ nee /nvt |
| 3. | VAS | <input type="checkbox"/> |
| 4. | GAF | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Urineonderzoek | ja/ nee /nvt |
| 6. | Verzamellijst meetinstrumenten invullen | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Informatie verstrekking aan cliënt | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Afspraak bij de arts plannen | |

Verpleegkundige werkinstructie per middel

Alcohol

Methadon

Bupronorfine

Benzodiazepinen

Stimulantia

Cannabis

Alcohol

Werkinstructie bij de begeleiding van alcoholdetoxificatie (intramuraal)

Detoxdag 1

1. Verstrek de voorschreven ondersteunende medicatie volgens recept op afgesproken tijden
2. Bespreek de algemene toestand met de patiënt nu hij gestopt is met gebruik
3. **08.00 uur**⁵ vul de onthoudingsschalen (OOS) in en registreer
4. **08.00 uur** laat patiënt de onthoudingsschalen (SOS) invullen en registreer
5. Geef bijzonderheden door aan de arts en spreek verder beleid af
6. Begeleidt lichamelijk ongemak ten gevolge van de ontwenning
7. Blijf attent op heftige onthoudingsverschijnselen (delier, insulten)
8. Let op hygiëne, voedingspatroon en zelfzorg

Detoxdag 2

1. Verstrek de voorschreven ondersteunende medicatie volgens recept op afgesproken tijden
2. Bespreek de algemene toestand met de patiënt nu hij gestopt is met gebruik
3. **08.00 uur** vul de onthoudingsschalen (OOS) in en registreer
4. **08.00 uur** laat patiënt de onthoudingsschalen (SOS) invullen en registreer
5. Geef bijzonderheden door aan de arts en spreek verder beleid af
6. Begeleidt lichamelijk ongemak ten gevolge van de ontwenning
7. Blijf attent op heftige onthoudingsverschijnselen (delier, insulten)
8. Let op hygiëne, voedingspatroon en zelfzorg

Detoxdag 3

1. Verstrek de voorschreven ondersteunende medicatie volgens recept op afgesproken tijden
2. Bespreek de algemene toestand met de patiënt nu hij gestopt is met gebruik
3. **08.00 uur** vul de onthoudingsschaal (OOS) in en registreer
4. **08.00 uur** laat patiënt de (onthoudings)schalen (SOS en VAS) invullen en registreer
5. Geef bijzonderheden door aan de arts en spreek verder beleid af
6. Begeleidt lichamelijk ongemak ten gevolge van de ontwenning
7. Stimuleer de patiënt om door te gaan
8. Blijf attent op heftige onthoudingsverschijnselen (delier, insulten)
9. Let op hygiëne, voedingspatroon en zelfzorg

Hersteldagen

1. De ondersteunende medicatie van de cliënt wordt opgebouwd. Verstrek deze medicatie volgens het afbouwschema
2. Over het algemeen zie je toch de patiënt nog klachten hebben.
3. Tijdens de hersteldagen is het belangrijk dat de patiënt weer wat ritme krijgt in activiteiten, eten en drinken.
4. Slaapproblemen zijn soms hardnekkig
5. Vul samen 1 maal daags de onthoudingsschalen (OOS en SOS) in (of op 1^e, 2^e, 3^e, 5^e en 10^e dag) en registreer. Doe dit tot aan dag 10 van de detoxificatie.

⁵ Een vast moment in het dagprogramma bij voorkeur in de ochtend, voor of 2 uur na de medicatieverstrekking

Bij **ambulante** detoxificatie kan de patiënt of elke dag of op de 1^e, 3^e, 5^e en 10^e dag de SOS invullen en die meenemen naar de afspraak met de verpleegkundige, zodat deze besproken kunnen worden. Tijdens die afspraak kan de verpleegkundige ook de OOS en de patiënt de VAS invullen.

Methadon

Werkinstructie bij de begeleiding van opiaatdetoxificatie via Methadonafbouw

Inleiding

Gedurende de detox van opiaten met Methadonafbouw dient men rekening te houden met oplopende onthoudingsklachten. Evenredig aan de daling van de hoeveelheid methadon zullen de klachten stijgen. Afhankelijk van de startdosering en snelheid van afbouw van de methadon zal de duur van de monitoring 2-4 weken kunnen duren. Het is zinnig om op het einde van de methadonafbouw meer inzet te waarborgen omdat de klachten dan met hevigst zijn.

Om goed zicht te houden op het klachtenpatroon is het raadzaam om met het afnemen van de onthoudingsschalen te starten bij het begin van de afbouw, de eerste week dagelijks en dan over te gaan tot een 2-daagse afname tot ca 8 dagen na de laatste dosis methadon.

Detoxdagen

1. Verstrek de voorgeschreven Methadon volgens afbouwschema en eventuele ondersteunende medicatie op afgesproken tijdstip(pen)
2. Bespreek de algemene toestand met de patiënt nu hij gestopt is met gebruik
3. **08.00** uur vul de onthoudingsschaal (OOS) in en registreer
4. **08.00** uur laat patiënt de (onthoudings)schalen (SOS en VAS) invullen en registreer.
5. Geef bijzonderheden door aan de arts en spreek verder beleid af
6. Begeleidt lichamelijk ongemak ten gevolge van de ontwenning en geef structuur
7. Blijf attent op heftige onthoudingsverschijnselen
8. Let op hygiëne, voedingspatroon en zelfzorg

Hersteldagen

1. De ondersteunende medicatie van de cliënt wordt afgebouwd. Verstrek deze medicatie via het aangegeven schema
2. Over het algemeen zie je toch dat de patiënt nog klachten heeft.
3. Tijdens de hersteldagen is het belangrijk dat de patiënt weer wat ritme krijgt in activiteiten, eten en drinken.
4. Slaapproblemen zijn soms hardnekkig
5. Vul de onthoudingsschalen (OOS, SOS) VAS in tot aan dag 8 na de stop van de methadon.

Bij **ambulante** detoxificatie met methadon kan om de twee dagen de SOS ingevuld worden. Op de volgende afspraak met de verpleegkundige kunnen deze dan besproken worden. Op die afspraak kan de patiënt de VAS en de verpleegkundige de OOS invullen.

Buprenorfine

Werkinstructie bij de begeleiding van opiaatdetoxificatie door middel van de afbouw van Buprenorfine

Inleiding

Bij deze methodiek wordt het gebruikte opiaat vervangen door een opioïd met zowel een agonistische als een antagonistische werking. De patiënt dient goed op de hoogte te zijn van een mogelijke toename van onthoudingsklachten direct na inname van het middel.

Detoxdagen 1 tot 6

1. Bespreek de algemene toestand met de patiënt nu hij gaat afbouwen
2. Verstrek de voorgeschreven Buprenorfine volgens afbouwschema om 08.00 uur
3. **10.00 uur** vul de onthoudingsschaal (OOS) in en registreer
4. **10.00 uur** laat patiënt de (onthoudings)schalen (SOS) en VAS invullen en registreer
5. Geef bijzonderheden door aan de arts en spreek verder beleid af (mogelijk een tweede dosis op het eind van de dag, zie Algemene Uitgangspunten)
6. Begeleidt lichamelijk ongemak ten gevolge van de ontwenning en geef structuur
7. Blijf attent op heftige onthoudingsverschijnselen
8. Let op hygiëne, voedingspatroon en zelfzorg

Hersteldagen 7 tot 15

1. Bespreek de algemene toestand met de patiënt nu de afbouw achter de rug is
2. **10.00 uur** vul de onthoudingsschaal (OOS) in en registreer
3. **10.00 uur** laat patiënt de (onthoudings)schalen (SOS en VAS) invullen en registreer
4. Geef bijzonderheden door aan de arts en spreek verder beleid af
5. Begeleidt lichamelijk ongemak ten gevolge van de ontwenning
6. Tijdens de hersteldagen is het belangrijk dat de cliënt weer wat ritme krijgt in activiteiten, eten en drinken
7. Slaapproblemen zijn soms hardnekkig
8. Vul samen de onthoudingschalen (OOS, SOS en VAS) in en registreer. Doe dit tot aan dag 15 na de start van de detoxificatie

Bij ambulante detoxificatie moet er frequent contact zijn zoals al aangegeven, nl. op dag 3, 8 en 10 na de start van de buprenorfine. Inhoud van de contacten zoals boven beschreven.

. Benzodiazepinen

Werkinstructie bij de begeleiding van Benzodiazepinen

Inleiding

Door de arts is het door de patiënt gebruikte benzodiazepine omgezet in een langwerkende variant diazepam. Het hangt van de hoogte van de startdosering af hoe lang de afbouw duurt en hoe lang dus de monitoring zal duren. Na aanvankelijk elke dag, kunnen na de eerste week om de dag de lijsten worden ingevuld tot 10 dagen na de laatste dosis diazepam.

Detoxdagen

1. Verstrek de voorgeschreven medicatie volgens afbouwschema op afgesproken tijden
2. Bespreek de algemene toestand met de patiënt nu hij gaat stoppen met gebruik
3. **08.00⁶ uur** vul de onthoudingsschaal (OOS) in en registreer
4. **08.00 uur** laat patiënt de (onthoudings)schaal (SOS) invullen en registreer
5. Geef bijzonderheden door aan de arts en spreek verder beleid af
6. Begeleidt lichamelijk en geestelijke ongemakken ten gevolge van de ontwenning
7. Stimuleer de patiënt om door te gaan met de afbouw
8. Blijf attent op heftige ontwenningverschijnselen (delier, insulten, angst en heftige paniekaanvallen)
9. Let op hygiëne, voedingspatroon en zelfzorg

Hersteldagen

1. Verstrek de eventueel voorgeschreven ondersteunende medicatie volgens op de afgesproken tijden
2. Bespreek de algemene toestand met de patiënt nu de afbouw van diazepam gestopt is. Biedt structuur en veiligheid
3. **08.00 uur** vul de onthoudingsschaal (OOS) in en registreer
4. **08.00 uur** laat patiënt de (onthoudings)schalen (SOS en VAS) invullen en registreer
5. Geef bijzonderheden door aan de arts en spreek verder beleid af
6. Begeleidt lichamelijk ongemak ten gevolge van de ontwenning
7. Tijdens de hersteldagen is het belangrijk dat de cliënt weer wat ritme krijgt in activiteiten, eten en drinken
8. Stimuleer de patiënt om door te gaan
9. Slaapproblemen zijn soms hardnekkig
10. Let op hygiëne, voedingspatroon en zelfzorg
11. Vul samen de onthoudingsschalen (OOS en SOS en VAS) in en registreer. Doe dit tot aan dag 10-14 na de laatste dosis diazepam .

*Bij **ambulante** detoxificatie kan de patiënt de SOS om de dag invullen en meenemen naar de eerst volgende afspraak met de verpleegkundige. Daar kunnen deze dan besproken worden. Op die afspraak kan de patiënt de VAS en de verpleegkundige de OOS invullen.*

⁶ Een vast moment in het dagprogramma bij voorkeur in de ochtend, voor of 2 uur na de medicatieverstrekking

Stimulantia

Werkinstructie bij de begeleiding bij het stoppen van stimulantia

Detoxdag 1-3

1. Verstrek de eventueel voorgeschreven ondersteunende medicatie volgens voorschrift op afgesproken tijdstippen
2. Bespreek de algemene toestand met de patiënt nu hij gestopt is met gebruik.
3. **08.00⁷ uur** vul de onthoudingsschaal (OOS) in en registreer
4. **08.00 uur** laat patiënt de (onthoudings)schalen (SOS, VAS) invullen en registreer
5. Geef bijzonderheden door aan de arts en spreek verder beleid af
6. Begeleidt ongemak ten gevolge van de ontwenning
7. Let op hygiëne, voedingspatroon en zelfzorg

Hersteldagen dag 4 tot 10

1. De eventuele ondersteunende medicatie van de patiënt wordt afgebouwd. Verstrek deze medicatie via het afbouwschema
2. Over het algemeen zie je toch de patiënt nog klachten heeft.
3. Tijdens de hersteldagen is het belangrijk dat de patiënt weer wat ritme krijgt in activiteiten, eten en drinken.
4. Slaapproblemen zijn soms hardnekkig.
5. Vul samen de onthoudingsschalen (OOS, SOS en VAS) in en registreer. Doe dit tot aan dag 10 van de start van de detoxificatie.

⁷De CIWA-Ar is in de VS vrij van copyright. De Nederlandse versie is dat ook. Voor de vergelijking van gegevens die worden verkregen met de Nederlandse versie is het aanbevelenswaardig deze versie te gebruiken.

Cannabis

Er is geen duidelijk onthoudingspatroon bij cannabis. Er is sprake van een breed, wisselend patroon van verschijnselen en klachten. Als je richtlijnen zou moeten volgen, zou je dit kunnen doen aan de hand van het schema van de lichte benzodiazepinen.

In de Algemene Richtlijnen staat meer informatie over cannabis vermeld.

4.4 Vignetten

Inleiding

Centraal bij de indicatiestelling staan de wegingsfactoren op basis waarvan beslissingen worden genomen over de setting waar de detoxificatie plaatsvindt. Dit hoofdstuk bevat 16 vignetten die dienen om te oefenen met de wegingsfactoren als het gaat om de besluitvorming rond de setting van de detoxificatie. Zij kunnen als oefenstof gebruikt worden om met de wegingsfactoren te oefenen. Dit is ook gedaan door een groep van deskundigen uit de verslavingszorg. Verder op in dit hoofdstuk is er de mogelijkheid om per casus een score uit te brengen. De pagina's daarna worden de resultaten besproken uit de expertgroep en ook grafisch weergegeven.

Vignetten

1. Een alleenstaande 74 jarige oud-leraar gebruikt al jarenlang periodiek forse hoeveelheden alcohol. Vanuit depressieve gevoelens en eenzaamheid drinkt hij al weer enkele weken dagelijks drie liter wijn. In sterk verwaarloosde en vermagerde toestand meldt hij zich bij u.
2. Een 35 jarige ex-taxichauffeur, getrouws en twee kinderen gebruikt al jarenlang opiaten, de laatste anderhalf jaar in de vorm van methadon. Hij is steeds meer zijn leven aan het opbouwen. Inmiddels werkt een half jaar bij een taxicentrale en hij wil ontwennen om uiteindelijk zelf weer taxi te rijden. Een ambulante detoxificatie driekwart jaar geleden en ook eerdere pogingen jaren geleden mislukte door een maniforme decompensatie. Bij navraag blijken een broer en een oom van cliënt onder psychiatrische behandeling te hebben gestaan voor soortgelijke klachten.
3. Een 45-jarige vrouw werkt als lerares in het voortgezet onderwijs. Zij heeft al jarenlang een benzodiazepine probleem. Tien jaar geleden heeft zij van de huisarts lozapam gekregen in verband met hyperventilatie. Momenteel slikt zij dagelijks 6 tot 10 maal 1 milligram. Met name in examenperioden ligt het gebruik hoger. Zelf ervaart zij het gebruik al jaren als storend, maar eerdere pogingen om zelfstandig af te bouwen mislukten door toename van spanningen. De laagste dosis was 4 maal daags 1 milligram. Zij is alleenstaand met een paar goede vrienden die haar dagelijks thuis bezoeken en steunen. Zij is gezond. Bij eerder detoxificatie thuis is zij een paar keer gevallen waarbij zij een keer haar onderarm brak.
4. Een 20-jarige timmerman snuift in de weekenden cocaïne. Hij gebruikt al vanaf zijn vijftiende jaar regelmatig cannabis, de laatste drie jaar 's avonds gemiddeld twee joints. De laatste twee jaar neemt gebruik van cocaïne toe tot twee gram per avond gedurende het laatste jaar. Door slechte werkprestaties heeft zijn baas met ontslag bedreigd.
5. Een 40-jarige alleenwonende vrouw gebruikt al jarenlang 4 daags 10 mg oxazepam om spanningen te verminderen. Zij is hier zes jaar geleden mee begonnen na een auto ongeluk tijdens haar werk als artsbezoekster. Na een half jaar in ziekteverzuim heeft zij met hard werken haar positie in het bedrijf terug. Rond haar twintigste heeft zij een ambulante behandeling gehad voor een alcoholprobleem met goed resultaat. Pogingen van haar om zelf te stoppen met de oxazepam liepen door hevige spanningen en hyperventilatie op niets uit. De huisarts verwijst haar naar de geestelijke gezondheidszorg in verband met spanningsklachten. Vanwege het verslavingsprobleem verwijst men haar naar de verslavingszorg.
6. Een 26-jarige man gebruikt cannabis vanaf zijn 20e jaar. Na een goed doorlopen middelbare school mislukt zijn universitaire theologiestudie. Het lukte hem niet sociale contacten op te

bouwen met studiegenoten. Vanwege heimwee, verhardheid en angst vertrok hij uiteindelijk weer naar zijn ouders. Via een uitzendbureau werkt hij nu al weer drie jaar als magazijnmedewerker bij een cd groothandel. Zijn ouders maken zich zorgen over zijn cannabis gebruik. Na zijn werk en in de weekenden ligt hij op zijn kamer te blowen. Van zijn huisarts krijgt hij al twee jaar terbutaline voor zijn kortademigheid. Twee broers van vader waren ooit in verband met verwardheid opgenomen in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis.

7. Een 44-jarige man, gehuwd en met 3 kinderen, werkt als accountmanager bij een bank. Hij drinkt sinds 4 jaar door de week 4 - 5 pilsjes per dag en in het weekend 15-25 glazen bier. Het drinken begint 's middags na 16.00. Vanwege een agressieve uitbarsting thuis onder invloed van alcohol meldt hij zich voor behandeling. Hij herinnert zich het voorval niet, maar zijn vrouw heeft blauwe plakken. De angstige en verontruste echtgenote is bij het gesprek aanwezig. De toenamen van het alcohol gebruik onder andere toegeschreven aan de hoge eisen, die zijn werk aan hem stelt. Cliënt is eerder een periode van 3 maanden gestopt. Hij heeft toen drie dagen last gehad van trillen, onrust en slecht slapen. Zijn lichamelijke conditie is goed en hij heeft een evenwichtig voedingspatroon. De medische voorgeschiedenis laat geen bijzonderheden zien. Bij onderzoek wordt enigszins opgeblazen, verder gezonde man gezien (Bloed Alcohol Concentratie: 0,0).
8. Via de GGD wordt een 32-jarige man aangemeld. Vanwege klachten uit de buurt over stankoverlast en ongedierte heeft de GGD zijn woning bezocht. Zij troffen daar de cliënt aan, sterk vermagerd en angstig in een geheel verduisterd huis vol afval. Het bleek dat cliënt al 2 maanden alleen 's nachts buiten kwam en nauwelijks gegeten had. Hij had geen contacten meer met burens of familie. Hij liet niemand binnen en sloot zich steeds meer af vanwege de stemmen in zijn hoofd en de angst voor andere mensen. Hij haalde één maal per twee dagen zijn cannabis en bracht de gehele dag door met het roken van een joint om de angst en de stemme te verdrijven.
9. Een 28-jarige man meldt zich aan in gezelschap van zijn vriendin. Hij is accountmanager bij een uitzendbureau. Hij is heel tevreden met zijn werk en het biedt hem veel mogelijkheden. Zijn vriendin heeft hem er op gewezen, dat zijn cocaïnegebruik in de weekends uit de hand aan het lopen is. Hij heeft inmiddels, behalve op vrijdag en zaterdag ook op de doordeweekse dag al eens cocaïne gesnoven (1/2 - 1 gram per keer). Zijn direct leidinggevende heeft hem kort daarna aangesproken over zijn jachtige gedrag. Hij begint zich zorgen te maken over zijn baan. Hij realiseert zich dat hij de cocaïne gebruik om de dagen te verlengen, de vermoeidheid te verdrijven en meer te kunnen doen. Cliënt wil ondersteuning bij het stoppen. Hij heeft voor de komende periode zelf een alternatief programma voor de indeling van de weekenden.
10. Een 21-jarige vrouw meldt zich aan omdat zij in steeds grotere financiële problemen raakt door haar cocaïnegebruik. Zij gebruikt al 3 jaar. Sinds 1 jaar is het een bijna dagelijkse gewoonte geworden, waarbij het gebruik op kan lopen tot 75-100 per dag. Alcohol drinkt zij dagelijks variërend van 1 tot 1 fles wijn per dag. Het gebruik is met name toegenomen sinds zij zelfstandig is gaan wonen. Zij is 15 kg afgevallen en weegt nog 51 kg bij een lengte van 1.79m. Zij maakt een zeer gespannen indruk en schrikt van het minste geluid wat in het gebouw klinkt. Zij werkt 's avonds en 's nachts in een café. Overdag probeert ze nog wat bij te verdienen met schoonmaakwerk.

11. Een 46 jarige vrouw meldt zich onder invloed van alcohol (bloed alcohol concentratie: 2.01). Ze was opgenomen vanwege een 4e tentamen suïcide. Na haar scheiding 7 jaar geleden is haar drinkpatroon sterk veranderd. Zij begint al te drinken meteen na het opstaan om het trillen te van de handen tegen te gaan. Zij heeft geen contacten meer met haar kinderen, die haar drinkgedrag sterk afwijzen. Ze heeft de laatste jaar verschillende keren geprobeerd te stoppen. De laatste keer kreeg ze een epileptisch insult. Bij haar pogingen om te stoppen heeft zij via de huisarts oxazepam gekregen., waarvan zij er inmiddels 4x daags 50 mg gebruikt. Zij drinkt 2-3 flessen port per dag. Zij verwaarloost zichzelf en haar woonruimte. Zij heeft maagklachten sinds 2 jaar en eet mede daardoor slecht. Zij kan moeilijk lange stukken lopen vanwege verminderde kracht en tintelingen in voeten en benen. Ze wil nu stoppen omdat bij een brand door haar onachtzaamheid met roken haar 2 poezen om het leven zijn gekomen. Bij onderzoek maakt ze een redelijk adequate indruk. De bloeddruk is verhoogd (170/95), de lever is vergroot met aanwijzingen voor ascites en er is een polyneuropathie.
12. Een 20-jarige man vergezeld van zijn moeder meldt zich aan met de wens te stoppen met heroïne gebruik. Hij rookt sinds 7 maanden ca. ? gram van folie. Hij heeft eerder cannabis gebruikt, maar is daarmee gestopt omdat hij er erg onrustig van werd. Heroïne blijkt een middel om onrust te verminderen. Hij heeft 1x eerder getracht te stoppen met heroïnegebruik, maar dit is niet gelukt vanwege onthoudingsverschijnselen. Zijn ouders willen hem deze keer graag steunen bij zijn poging te stoppen. Hij volgt een Mbo-opleiding en wil deze graag afmaken. Cliënt is enig kind met al duidelijk wat oudere ouders. Bij onderzoek zien we een gezonde jonge man, die zijn ouders nog duidelijk nodig lijkt te hebben.
13. Een 18-jarige man meldt zich vanwege cannabisgebruik. Zijn schoolprestaties zijn duidelijk achteruit gegaan sinds hij dagelijks en vaker op een dag blowt. Hij is in de loop va 3 jaar VWO naar Havo en nu naar Mavo gegaan. Nu hij ook hier dreigt af te haken zijn hem de ogen geopend. Zijn ouders dreigen hem niet verder financieel te ondersteunen, als hij niets aan zijn cannabisgebruik doet. Hij rookt zijn eerste joint in de eerste pauze op school, een tweede in de middag en sluit zijn dag af met nog eens twee joints 's avonds. Hij kan zijn aandacht niet bij de lessen houden en brengt ook moeilijk de discipline op om 's avonds nog te leren. Hij heeft een uitgebreide vriendenkring, waarvan de kern ook regelmatig blowt. Hij heeft onder druk van zijn ouders wel geprobeerd om te stoppen.
14. Een 37-jarige man meldt zich aan vanwege dreigend ontslag. Hij gebruikt sinds zijn 19e jaar heroïne, de laatste jaren 1 ? gram per dag intraveneus. Hij is hepatitis C positief. Als slaapmutsje drinkt hij in de avond 1 fles wijn. Hij werkt 3 jaar bij de sociale werkvoorziening, maar kan daar aan de geldende minimale eisen nauwelijks voldoen. Hij heeft 4-5x eerder geprobeerd om te stoppen, maar dit is steeds mislukt door het ziek zijn. Bij onderzoek wordt een magere man gezien met veel spuitlittekens op zijn armen, handen, benen en voeten, de sclerae zijn licht icterisch. De BAC is 0.42 (om 10.30 's morgens).
15. Op het spreekuur meldt zich een 32-jarige vrouw, die vertelt dat zij sinds 4 jaar bromazepam 10 mg 4x dd 1 tablet gebruikt. Zij is hier mee begonnen naar aanleiding van langdurig ziekbed en overlijden van haar vader en moeder. Bromazepam hielp haar om te gaan met de spanning rond de gezondheidstoestand van haar ouders en het verdriet ten gevolge van hun overlijden. Om haar ouders te verzorgen heeft zij vijf jaar geleden haar baan opgezegd. Nu is zij bezig met zich te oriënteren op een nieuwe werkkring. Hierbij is het haar opgevallen tijdens de korte baantje, die zij inmiddels heeft gehad, dat zij zich minder goed kan concentreren dan voorheen. Zij heeft zelf bedacht dat dit met haar medicatiegebruik te maken kan hebben. Hierop heeft de bromazepam gestaakt, waarop zij zich heel gejaagd, onrustig voelde en

slecht ging slapen en dus de medicatie weer voortzette. Zij vraagt hulp bij het stoppen met de bromazepam. Bij onderzoek wordt matig verzorgde vrouw gezien in goede lichamelijke conditie, die goed aanspreekbaar is en adequaat antwoord.

16. Een 42-jarige man wordt verwezen door de huisarts vanwege medicijnverslaving. Pogingen tot stoppen zijn mislukt. Cliënt gebruikt sinds 8 jaar oxazepam vanwege angstklachten, die resteerden na een hyperventilatieaanval op zijn werk. Hij heeft een leidinggevende functie, waarbij ook representatieve taken horen. Hij is erg bang om in het openbaar weer een aanval te krijgen. Aanvankelijk gebruikte hij 1-2 oxazepam 10 mg per dag. Een jaar geleden heeft hij een hartinfarct gehad, wat zijn angst heeft vergroot. De huidige dosering bedraagt 3-5x daags 50 mg. Van de behandelend cardioloog krijgt hij flurazepam 40 mg voor de nacht. Cliënt neemt meestal bij een gering gevoel van angst of spanning een tablet, meestal 's morgens al bij het opstaan. Daardoor komt hij regelmatig zonder medicatie te zitten. De huisarts meldt dat cliënt 1 maand geleden een auto-ongeluk heeft gehad, waarvan hij vermoedt, dat dit is ontstaan door een epileptisch insult. Hij woont momenteel alleen omdat zijn vrouw bij hem is weggegaan. Hij leeft van afhaalmaaltijden en verwaarloost zijn uiterlijk. Bij onderzoek wordt een zeer nerveuze magere man gezien, die een opgeblazen gezicht heeft, een duidelijk verhoogde bloeddruk (180/110). In het gesprek wisselt het bewustzijn. Op de vraag of hij zelf met de medicatie wil stoppen antwoordt de cliënt aarzelend. Zijn leven wordt wel erg door de medicatie geregeerd, maar hij is erg bang om af te bouwen.

Beoordeling vignetten

Vignet 1 alleenstaande 74 jarige oud-leraar

ambulant										intramuraal	
5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
absoluut zeker					maakt niet uit		absoluut zeker				

Vignet 2 35 jarige ex-taxichauffeur

ambulant										intramuraal	
5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
absoluut zeker					maakt niet uit		absoluut zeker				

Vignet 3 45 jarige lerares

ambulant										intramuraal	
5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
absoluut zeker					maakt niet uit		absoluut zeker				

Vignet 4 20 jarige timmerman

ambulant										intramuraal	
5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
absoluut zeker					maakt niet uit		absoluut zeker				

Vignet 5 40 jarige alleenwonende vrouw

ambulant										intramuraal	
5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
absoluut zeker					maakt niet uit		absoluut zeker				

Vignet 6 26 jarige cannabis gebruikende man

ambulant										intramuraal	
5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
absoluut zeker					maakt niet uit		absoluut zeker				

Vignet 7 44 jarige gehuwde man met 3 kinderen

ambulant									intramuraal	
5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
absoluut zeker					maakt niet uit		absoluut zeker			

Vignet 8 een door de GGD verwezen 32 jarige man

ambulant									intramuraal	
5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
absoluut zeker					maakt niet uit		absoluut zeker			

Vignet 9 een 28 jarige man met vriendin

ambulant									intramuraal	
5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
absoluut zeker					maakt niet uit		absoluut zeker			

Vignet 10 een 21 jarige vrouw

ambulant									intramuraal	
5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
absoluut zeker					maakt niet uit		absoluut zeker			

Vignet 11 een 46 jarige vrouw onder invloed

ambulant									intramuraal	
5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
absoluut zeker					maakt niet uit		absoluut zeker			

Vignet 12 een 20 jarige man met heroïne gebruik

ambulant									intramuraal	
5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
absoluut zeker					maakt niet uit		absoluut zeker			

Vignet 13 een 18 jarige man met cannabisgebruik

ambulant									intramuraal	
5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
absoluut zeker					maakt niet uit		absoluut zeker			

Vigniet 14 een 37 jarige man met dreigend ontslag

ambulant

5	4	3	2	1	0	1	2	3	intramuraal	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
absoluut zeker					maakt niet uit		absoluut zeker			

Vigniet 15 een 32 jarige vrouw met bromazepam

ambulant

5	4	3	2	1	0	1	2	3	intramuraal	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
absoluut zeker					maakt niet uit		absoluut zeker			

Vigniet 16 een 42 jarige man met medicijnverslaving

ambulant

5	4	3	2	1	0	1	2	3	intramuraal	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
absoluut zeker					maakt niet uit		absoluut zeker			

Weging gewogen: kort verslag van de oordelen van 21 experts over de 16 patiënten die ambulante kunnen, of intramuraal moeten detoxificeren.

Het verslag beperkt zich tot weergave van de expertoordelen in de tabel en per vignet een histogram. De notering '-1' in de tabel geeft aan dat een ambulante detoxificatie wordt gekozen.

Tabel	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
leraar 74 jaar	21	-1	5	4,10	1,55
ex-taxichauffeur	21	-2	5	3,29	1,79
lerares 45 jaar	21	-3	5	1,62	2,85
Timmerman	21	-5	4	-,43	2,64
alleenstaande vrouw	21	-5	5	-1,76	2,86
cannabisgebruiker 26 jaar	21	-5	4	,33	2,89
man met kinderen	21	-5	4	-2,48	2,64
man via GGD	21	1	5	4,43	1,12
man met vriendin	21	-5	0	-4,10	1,34
vrouw, 21 jaar	21	-2	5	3,00	2,00
vrouw onder invloed	21	2	5	4,52	,81
heroïnegebruiker 20 jaar	21	-5	4	-1,67	2,54
cannabisgebruiker 18 jaar	21	-5	3	-2,52	2,32
man met dreigend ontslag	21	2	5	4,29	1,06
vrouw met bromazepam	21	-5	3	-2,05	2,85
medicijnverslaafde man	21	-3	5	3,24	2,21

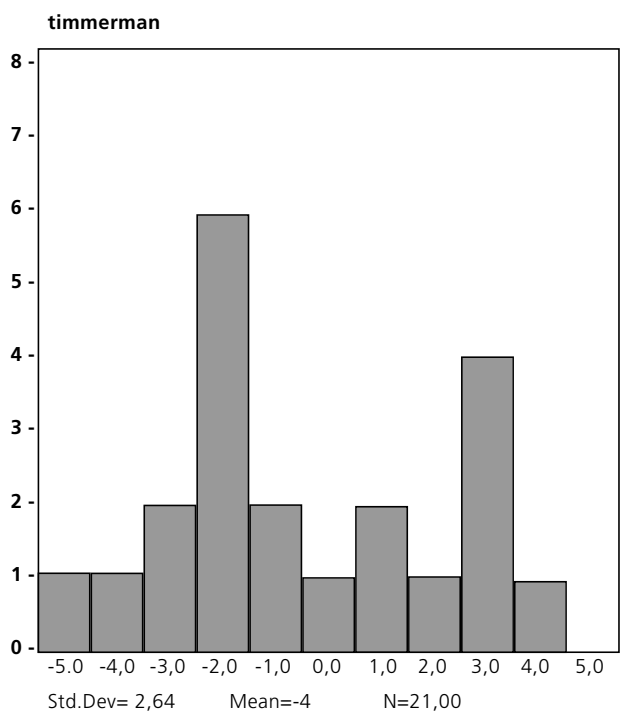
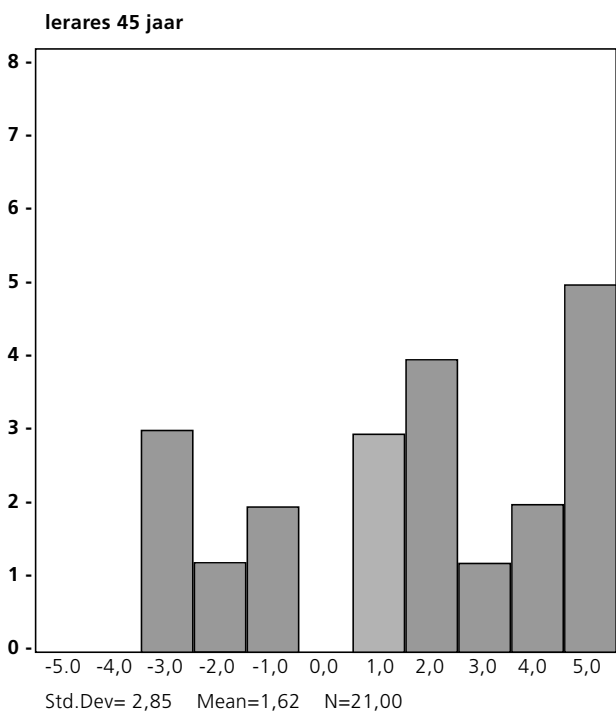
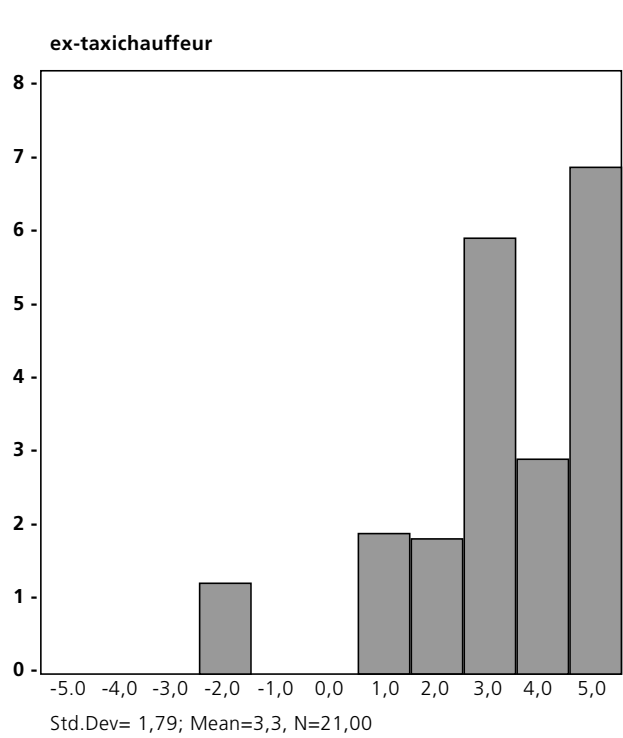
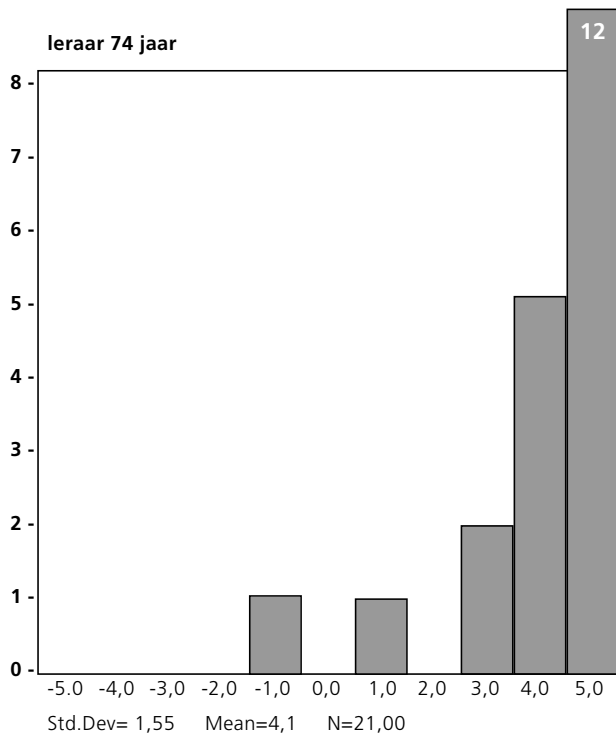
Het gemiddelde (mean) geeft aan wat de 21 experts vinden dat er met een patiënt moet gebeuren.

De leraar van 74 jaar moet intramuraal behandeld worden, de man met vriendin ambulante. Er zijn 9 patiënten die een positief gemiddelde hebben, die gaan intramuraal. De 7 overige gaan ambulante. Volledige overeenstemming over de setting is er slechts bij drie patiënten, de man via de GGD, de vrouw onder invloed en de man met dreigend ontslag. Bij de alleenstaande vrouw lopen de meningen het sterkst uiteen (-5 tot en met 5).

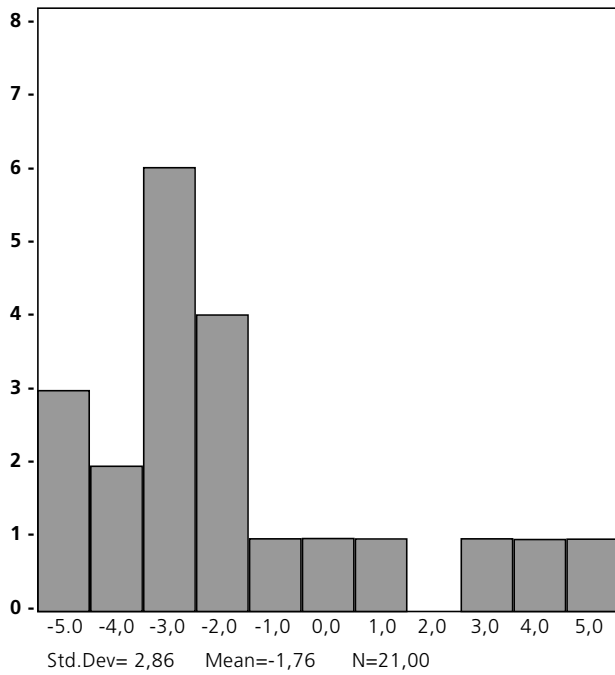
In de grafieken wordt duidelijk hoeveel experts voor een bepaalde zekerheid over de setting hebben gekozen. Ze spreken voor zich.

De analyse naar de oordelen van verpleegkundigen en artsen levert geen verschillen op.

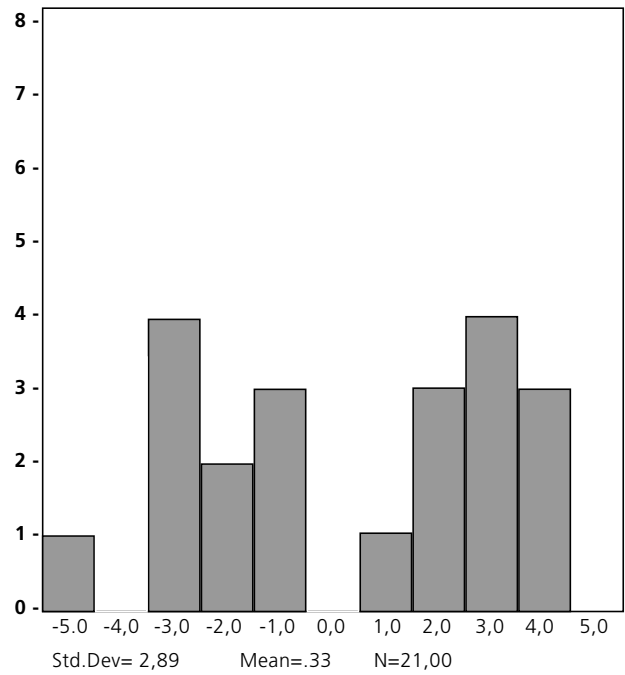
De conclusie is dat met dezelfde gegevens 21 experts komen tot verschillende antwoorden op de vraag of een patiënt ambulante of intramuraal moet detoxificeren.



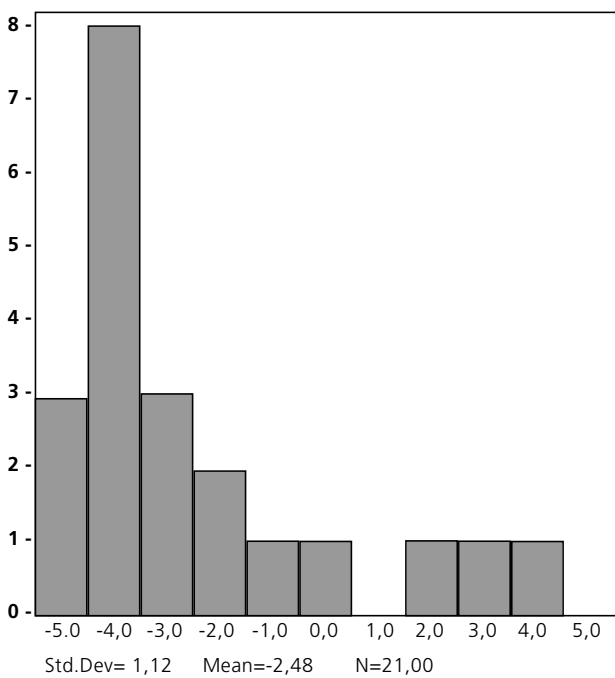
alleenstaande vrouw



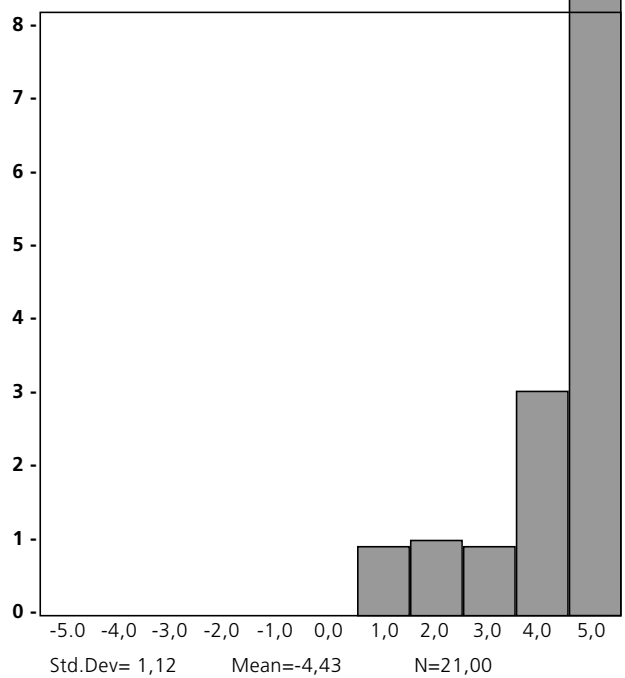
cannabisgebruiker 26 jaar

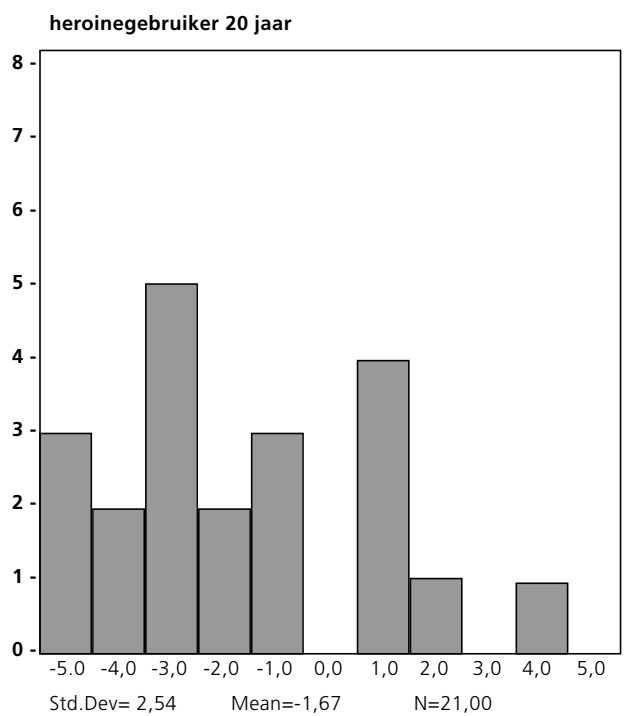
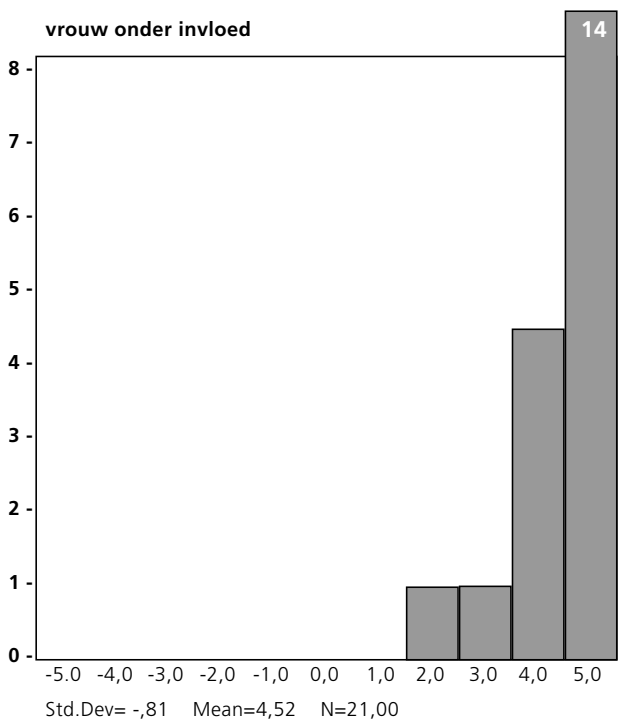
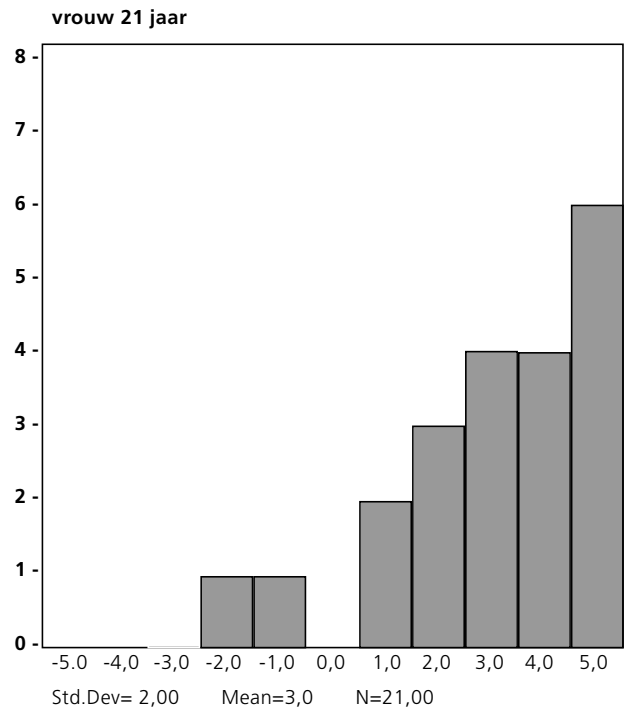
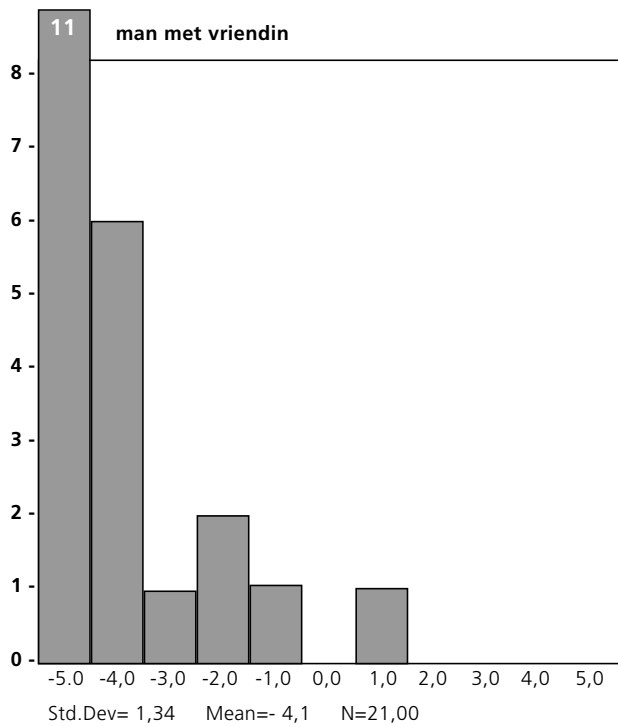


man met kinderen

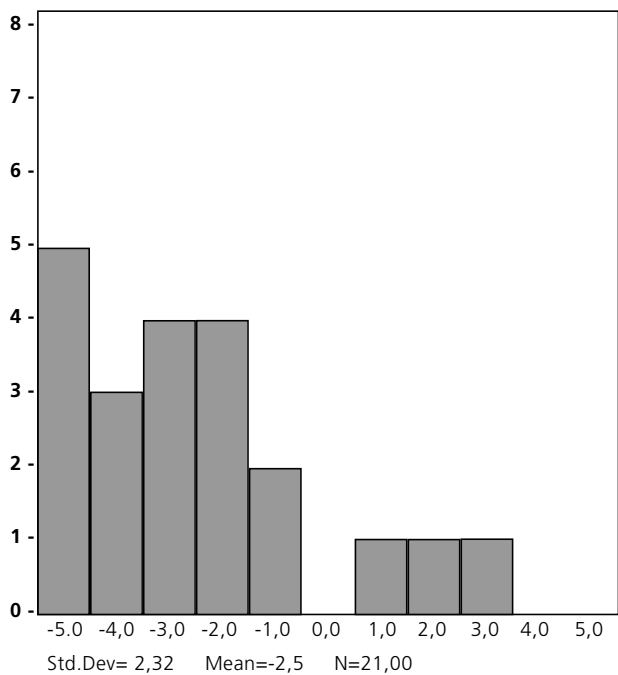


man via GGD

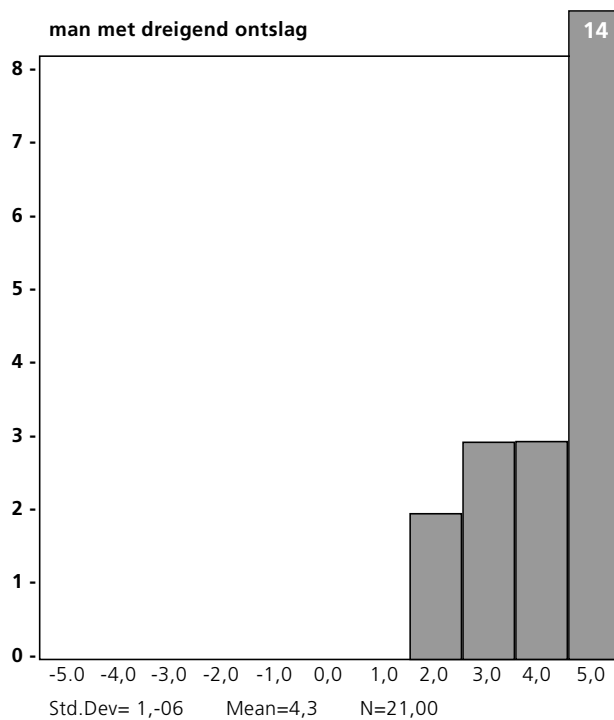




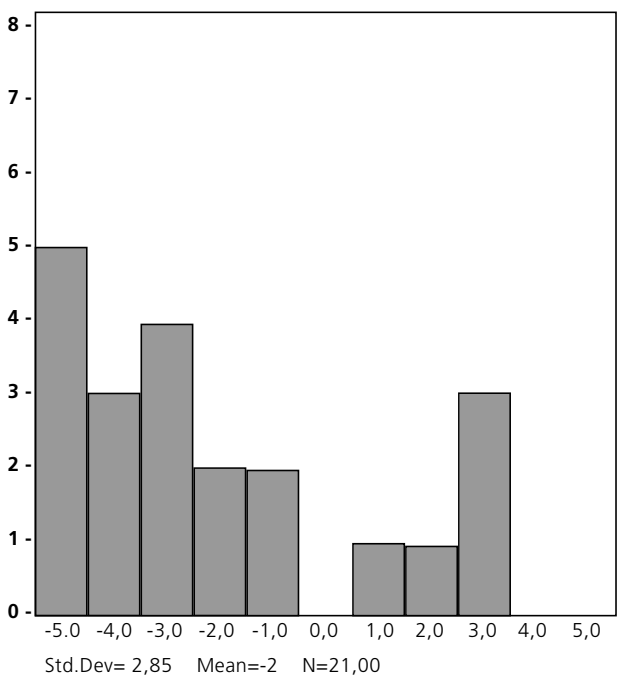
cannabisgebruiker 18 jaar



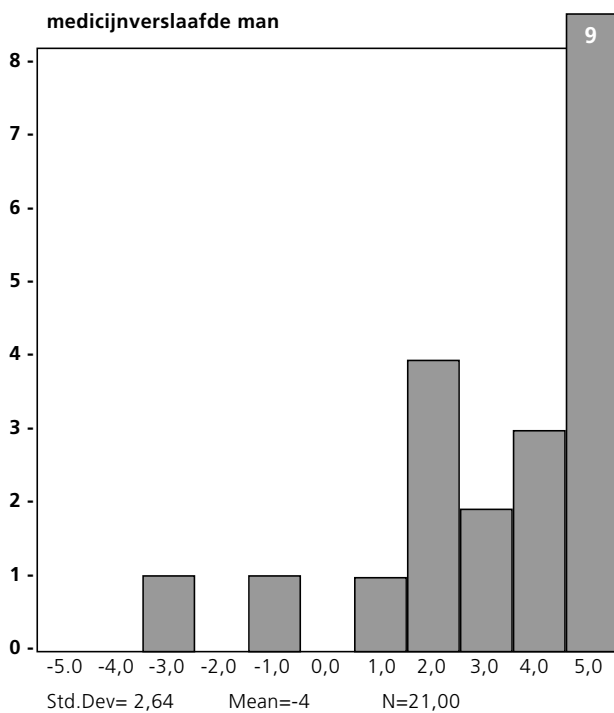
man met dreigend ontslag



vrouw met bromazepam



medicijnverslaafde man



Hoofdstuk 5

Standaarden

standaarden

Wegingsfactoren algemeen

Middelengebruik, hoeveelheid, duur, vorm, frequentie

Welk middel, de gebruiksduur en frequentie van gebruik bepalen in belangrijke mate de aard en ernst van de ontwenningverschijnselen.

Gebruikgedrag

De dagelijkse gebruiksmomenten zijn een eerste maat voor de invloed op het dagelijkse functioneren en zijn daarmee. Een belangrijke maat voor de ontwenningverschijnselen.

Gebruik van andere psychoactieve middelen

Bijgebruik van andere psychoactieve stoffen zal de ontwenningverschijnselen van het hoofdmiddel versterken of verzwakken. Tevens kunnen nieuwe onverwachte ontwenningverschijnselen ontstaan.

Ontwenningverschijnselen (oud of te verwachten)

Eerder opgetreden ontwenningverschijnselen bepalen de noodzaak van ondersteunende medicatie of noodzakelijke hulpmiddelen. Bij bepaalde ontwenningverschijnselen zal een opname onafwendbaar zijn.

Ernstige lichamelijke aandoeningen of graviditeit

Bepaalde ziekten zullen het verloop van een detoxificatie negatief beïnvloeden. Anderzijds kan een ziekte als gevolg van een detoxificatie juist verergeren of onnodige risico's geven.

Zelfzorg

Tekenen van zelfzorg, zoals lichamelijke conditie en voedingstoestand, zijn een belangrijke maat voor de ernst van het verslavingsprobleem. Daarmee dus ook voor de keuze intramuraal of ambulante detoxificatie.

Behandelingsvoorgeschiedenis

Het verloop van eerdere detoxificaties is bepalend bij de keuze ambulant of intramuraal en bepalend in de keuze van de ondersteunende medicatie en afbouwschema's.

Psychiatrisch toestandsbeeld

Het psychiatrisch toestandsbeeld zal een sterke invloed hebben op het verloop en het eindresultaat van de detoxificatie. Merendeels noodzaakt dit tot een intramurale detoxificatie.

Inbedding in de sociale omgeving

De vorm en mogelijkheden van ondersteuning vanuit het sociale omveld zijn van grote invloed op het succes van de detoxificatie. Bij de juiste steun kan de detoxificatie ambulant of zeer kort intramuraal (vroeg ontslag).

Wens van en de praktische haalbaarheid voor de patiënt

Vaak heeft de patiënt of zijn omgeving een bepaalde voorkeur in de manier van ontwennen. Hoe schat men de haalbaarheid van deze wens in.

Standaarden

Alcohol	ambulant
----------------	----------

<p>Algemene checklist :</p> <p>Anamnese</p> <p>Onderzoek</p> <p>Aanvullend onderzoek</p>	<p>zie de standaard "anamnese "</p> <p>zie de standaard "onderzoek "</p> <p>zie de standaard "aanvullend onderzoek "</p>																								
<p>Wegingsfactoren :</p> <p>Middelengebruik</p> <p>Gebruiksgedrag</p> <p>Andere psychoactieve stoffen</p> <p>Ontwenningverschijnselen</p> <p>Lichamelijke aandoeningen</p> <p>Zelfzorg</p> <p>Behandelingsvoorgeschiedenis</p> <p>Psychiatrische toestand</p> <p>Sociale omgeving</p> <p>Wens / haalbaarheid</p>	<p>laag bloedalcoholpromillage</p> <p>drinkt gedurende een deel van de dag</p> <p>geen andere middelen</p> <p>geen of mild</p> <p>afwezig / redelijk tot goede conditie</p> <p>voldoende zelfzorg</p> <p>eerdere succesvolle pogingen</p> <p>geen psychiatrische ziekten</p> <p>ondersteuning van minstens een bekende niet gebruiker</p> <p>patiënt wil ambulant ontwennen</p>																								
<p>Uitwerking:</p> <p>Chloordiazepoxide</p> <p>Diazepam</p> <p>Vitaminesuppletie</p>	<p>10 mg. tot 25 mg. tabletten.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Lichte ontwenning (10 mg)</td> <td style="width: 33%;">duidelijk ontwenning (25 mg)</td> <td style="width: 33%;">dosering</td> </tr> <tr> <td>1^e dag</td> <td>1^e en 2^e dag</td> <td>2-3 maal daags</td> </tr> <tr> <td>2^e dag</td> <td>3^e en 4^e dag</td> <td>1-2 maal daags</td> </tr> <tr> <td>3^e en 4^e dag</td> <td>5^e en 6^e dag</td> <td>1 maal daags</td> </tr> </table> <p>afhankelijk van de mate van ontwenning 5 tot 10 mg. tabletten.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Lichte ontwenning</td> <td style="width: 33%;">duidelijk ontwenning</td> <td style="width: 33%;">dosering</td> </tr> <tr> <td>1^e dag</td> <td>1^e en 2^e dag</td> <td>2-3 maal daags</td> </tr> <tr> <td>2^e dag</td> <td>3^e en 4^e dag</td> <td>1-2 maal daags</td> </tr> <tr> <td>3^e en 4^e dag</td> <td>5^e en 6^e dag</td> <td>1 maal daags</td> </tr> </table> <p>vitamine B forte 3 maal daags 1 tablet gedurende 14 dagen. Afhankelijk van de lichamelijke toestand suppletie p.o thiamine 50 mg dd.</p>	Lichte ontwenning (10 mg)	duidelijk ontwenning (25 mg)	dosering	1 ^e dag	1 ^e en 2 ^e dag	2-3 maal daags	2 ^e dag	3 ^e en 4 ^e dag	1-2 maal daags	3 ^e en 4 ^e dag	5 ^e en 6 ^e dag	1 maal daags	Lichte ontwenning	duidelijk ontwenning	dosering	1 ^e dag	1 ^e en 2 ^e dag	2-3 maal daags	2 ^e dag	3 ^e en 4 ^e dag	1-2 maal daags	3 ^e en 4 ^e dag	5 ^e en 6 ^e dag	1 maal daags
Lichte ontwenning (10 mg)	duidelijk ontwenning (25 mg)	dosering																							
1 ^e dag	1 ^e en 2 ^e dag	2-3 maal daags																							
2 ^e dag	3 ^e en 4 ^e dag	1-2 maal daags																							
3 ^e en 4 ^e dag	5 ^e en 6 ^e dag	1 maal daags																							
Lichte ontwenning	duidelijk ontwenning	dosering																							
1 ^e dag	1 ^e en 2 ^e dag	2-3 maal daags																							
2 ^e dag	3 ^e en 4 ^e dag	1-2 maal daags																							
3 ^e en 4 ^e dag	5 ^e en 6 ^e dag	1 maal daags																							

Monitoring	SOS lijsten worden door de patiënt bijgehouden. Controle afspraak na 2-3 dagen bij verpleegkundige of arts
Verslavingsgerelateerde Medicatie Acamprosaat Refusal Naltrexon	zie de standaard "acamprosaat" zie de standaard "refusal" zie de standaard "naltrexon"

Standaarden

Alcohol	intramuraal
----------------	-------------

<p>Algemene checklist : Anamnese Onderzoek Aanvullend onderzoek</p>	<p>zie de standaard "anamnese " zie de standaard "onderzoek " zie de standaard "aanvullend onderzoek "</p>																																												
<p>Wegingsfactoren : Middelengebruik Gebruiksgedrag Andere psychoactieve stoffen Ontwenningverschijnselen Lichamelijke aandoeningen Zelfzorg Behandelingsvoorgeschiedenis Psychiatrische toestand Sociale omgeving Wens / haalbaarheid</p>	<p>jarenlang gebruik, hoog bloedalcoholpromillage drinkt dagelijks de gehele dag combinatie met andere middelen delirante symptomen of insulten ADL wordt verwaarloosd, eet al weken niet zelfzorg is ver onder de norm , therapie ontrouw eerdere detoxificatie verliepen moeizaam psychiatrische ziekten aanwezig is alleenstaand of half jaar nauwelijks contacten patiënt wenst intramurale ontgiftiging</p>																																												
<p>Uitwerking : Chloordiazepoxide</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Detoxdagen</th> <th style="text-align: left;">opname</th> <th style="text-align: left;">1^e</th> <th style="text-align: left;">2^e</th> <th style="text-align: left;">3^e</th> <th style="text-align: left;">4^e</th> <th style="text-align: left;">5^e</th> <th style="text-align: left;">6^e</th> <th style="text-align: left;">7^e</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding-left: 20px;">8.00 uur</td> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">13.00 uur</td> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">18.00 uur</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">22.00 uur</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </tbody> </table> <p>zonodig worden 1 tot 2 tabletten toegevoegd en verschuift het schema. Toevoeging kan alleen gebeuren door een verpleegkundige na overleg met de (wacht) arts.</p> <p>Diazepam</p> <p>Bij een voorgeschiedenis van epilepsie, benzodiazepinegebruik, of wanneer er sprake is van angst wordt de detoxificatie ondersteunt met diazepam 10 mg. Afhankelijk van het klinische beeld wordt de dosering bijgesteld.</p>	Detoxdagen	opname	1 ^e	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e	8.00 uur		1	1	1	1	1	0	0	13.00 uur		1	1	0	0	0	0	0	18.00 uur	2	2	1	1	0	0	0	0	22.00 uur	2	2	2	2	2	1	1	1
Detoxdagen	opname	1 ^e	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e																																					
8.00 uur		1	1	1	1	1	0	0																																					
13.00 uur		1	1	0	0	0	0	0																																					
18.00 uur	2	2	1	1	0	0	0	0																																					
22.00 uur	2	2	2	2	2	1	1	1																																					

Detoxdagen	opname	1 ^e	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e dag
8.00 uur		1	1	1	1	1	0	0
13.00 uur		1	1	0	0	0	0	0
18.00 uur	2	2	1	1	0	0	0	0
22.00 uur	2	2	2	2	2	1	1	0
Vitaminesuppletie		Het thiaminetekort wordt snel aangevuld middels neurobioninjecties. Na twee dagen nog veertien dagen vit. B forte 3 dd. 1. De patiënt wordt verder gestimuleerd snel een normaal eetpatroon op te pakken.						
Monitoring		<i>SOS- lijsten worden door de patiënt en de OOS-lijsten door verpleegkundige bijgehouden. Tijdens de dagelijkse overdrachten worden de scores van deze lijsten gebruikt bij de behandlingsafspraken.</i>						
Verslavingsgerelateerde Medicatie Acamprosaat Refusal Naltrexon		zie de standaard " acamprosaat " zie de standaard " refusal " zie de standaard " naltrexon "						

Standaarden

Opiaten	ambulant
----------------	----------

<p>Algemene checklist Anamnese Onderzoek Aanvullend onderzoek</p>	<p>zie de standaard "anamnese " zie de standaard "onderzoek " zie de standaard "aanvullend onderzoek "</p>
<p>Wegingsfactoren Middelengebruik Gebruiksgedrag Andere psychoactieve stoffen Ontwenningverschijnselen Lichamelijke aandoeningen Zelfzorg Behandelingsvoorgeschiedenis Psychiatrische toestand Sociale omgeving Wens / haalbaarheid</p>	<p>rookt sinds kort een geringe hoeveelheid (? gr. dd.) gebruik is niet gekoppeld aan andere rituelen geen andere middelen geringe verschijnselen geen lichamelijke klachten zelfzorg lijdt niet onder het gebruik langdurig abstinente na ambulante detox. psychiatrische ziekten afwezig min. 1 niet-gebruiker begeleidt de detoxificatie. patiënt wil ambulante detox</p>
<p>Uitvoering Methodon</p> <p>Diazepam</p> <p>Ibuprofen</p> <p>Haloperidol</p> <p>Buprenorphine</p>	<p><i>Heroïne wordt in equivalente hoeveelheid methadon omgezet. Instelling 10 mg per 0,1 g heroïne tot max 40 mg, na 4 dagen Dagen bij aanhouden onthoudingsverschijnselen ophogen met 5 5-10 mg per dag.</i> <i>Detoxificatieprogramma van 30 dagen: De dosis wordt voor 1-2 weken gestabiliseerd en hierna met 2 mg per 2-4 dagen afgebouwd.</i> <i>Detoxificatieprogramma van 3 maanden en meer : De dosis wordt voor 4 tot 8 weken gestabiliseerd en hierna geleidelijk afgebouwd.</i></p> <p>Voor een zeer korte periode kan , bij hevige angst , diazepam 10 mg. worden gebruikt.</p> <p>Bij spierpijn heeft ibuprofen of diclofenac een goed effect. Ibuprofen 600-800 mg. om de 6 tot 8 uur. Diclofenac 50 mg. 3 dd 1.</p> <p>Bij hevige onrust met psychotische kenmerken dient men adequaat te reageren middels voorschrijven b.v. haloperidol 2 tot 5 mg. Waarnodig overgaan tot crisisopname.</p> <p>Start met 4-8 mg , 2^e dag 4-14 mg, 3^e dag 2-12 mg, 4^e dag 2-8 mg, 5^e dag 108, 6^e dag 0-2 mg.</p>

Bijzonderheden Zwangerschap	<p>Bij graviditeit kan alleen in het tweede trimester worden afgebouwd, middels een langzame afbouw met 5 mg. per week. Een goede afstemming met een gynaecoloog is essentieel.</p>
Monitoring	<p><i>De SOS-lijsten worden door de patiënt bijgehouden, dagelijks, maar minimaal 1x per 3 dagen.</i> <i>Een controle afspraak (SOS-lijsten meenemen) om de week heeft de voorkeur.</i></p>
Verslavingsgerelateerde Medicatie Naltrexon	<p>zie de standaard "naltrexon "</p>

Standaarden

Opiaten	intramuraal
----------------	-------------

<p>Algemene checklist Anamnese Onderzoek Aanvullend onderzoek</p>	<p>zie de standaard "anamnese " zie de standaard "onderzoek " zie de standaard "aanvullend onderzoek "</p>
<p>Wegingsfactoren Middelengebruik Gebruiksgedrag Andere psychoactieve stoffen Ontwenningverschijnselen lichamelijke aandoeningen Zelfzorg Behandelingsvoorgeschiedenis Psychiatrische toestand Sociale omgeving Wens / haalbaarheid</p>	<p>jarenlang meer dan 1 1/2 gr. heroïne of 60 mg. methadon dd. gehele door gebruiken, alles draait rond "scoren " combinatie met een of meerdere middelen hevige onrust, diarree, en etcetera. lichamelijke klachten of ziekte aanwezig zelfzorg is slecht, GAF-score is onder de 60 2 x ambulante detox onsuccesvol of terugval psychiatrische ziekte aanwezig. nog nauwelijks sociale contacten behoudens "scene " familie wenst intramurale detox.</p>
<p>Uitvoering Methadon</p> <p>Buprenorfine</p>	<p>Heroïne wordt in equivalente hoeveelheid methadon omgezet.. In overleg met de cliënt kunnen verschillende afbouwmethoden worden gehanteerd. Acute stop van heroïne zonder omzetting in methadon (medicatie ondersteuning). Acute stop van methadon (medicatie ondersteuning). Geleidelijke afbouw van methadon : Boven de 60 mg. met 20 mg. per dag minderen. Tussen 60 en 40 mg. met 10 mg. per dag Tussen 40 en 20 mg. afwisselend 6 en 4 mg. per dag minderen. Onder de 20 mg met 4 mg per dag omlaag.</p> <p>Snelle afbouw van methadon. Met stappen van 20 mg. of meer per dag verminderen waarbij medicamenteuze ondersteuning van de ontwenning nodig is.</p> <p>1e dag 4 mg bij optreden van ontwenning, 's avonds 2-4 mg 2^e dag 4 mg, 's avonds 2-4 mg 3^e dag 4 mg , 's avonds 2 mg 4^e dag 2 mg, 's avonds 2 mg 5^e dag 2 mg; 6^e</p>

<p>Monitoring</p>	<p><i>SOS- en VAS-lijsten worden door de patiënt en de OOS-lijsten door de verpleegkundige bijgehouden. Tijdens de dagelijkse overdrachten wordt de informatie van deze lijsten gebruikt bij de behandelingsafspraken.</i></p>
<p>Verslavingsgerelateerde Medicatie Naltrexon</p>	<p>zie de standaard "naltrexon "</p>

Standaarden

Benzodiazepine	ambulant
-----------------------	----------

<p>Algemene checklist Anamnese Onderzoek Aanvullend onderzoek</p>	<p>zie de standaard "anamnese " zie de standaard "onderzoek " zie de standaard "aanvullend onderzoek "</p>
<p>Wegingsfactoren Middelengebruik Gebruiksgedrag Andere psychoactieve stoffen Ontwenningverschijnselen Lichamelijke aandoeningen Zelfzorg Behandelingsvoorgeschiedenis Psychiatrische toestand Sociale omgeving Wens / haalbaarheid</p>	<p>gebruikt minder dan 30 mg. diazepam of een equivalent gebruikt de voorgeschreven hoeveelheid en niet meer. geen andere middelen geringe verschijnselen, geen insulten geen lichamelijke klachten zelfzorg lijdt niet onder het gebruik abstinentie na ambulante detox. psychiatrische ziekten afwezig min. 1 niet-gebruiker begeleidt de detoxificatie patiënt wenst een ambulante detox</p>
<p>Uitvoering Omrekening</p> <p>Diazepam</p>	<p>alle benzodiazepines worden in een equivalente Hoeveelheid diazepam omgezet</p> <p>De startdosering wordt een week gestabiliseerd, waarna er met 25% van de totale dosis per week wordt afgebouwd. Te overwegen valt om 2 mg. tabletten te gebruiken vanwege het psychologisch affect van duidelijke visuele dosisvermindering.</p>
<p>Monitoring</p>	<p><i>De SOS-lijsten worden door de patiënt bijgehouden, dagelijks, maar minimaal 1 x per 3 dagen Een controle afspraak (SOS- lijsten meenemen) om de week heeft de voorkeur.</i></p>
<p>Verslavingsgerelateerde Medicatie</p>	<p><i>Geen, wel kan in de eindfase van de detoxificatie worden bekeken in hoeverre ondersteuning met antidepressiva of neuroleptica wenselijk is.</i></p>

Standaarden

Benzodiazepine	intramuraal
-----------------------	-------------

<p>Algemene checklist Anamnese Onderzoek Aanvullend onderzoek</p>	<p>zie de standaard "anamnese " zie de standaard "onderzoek " zie de standaard "aanvullend onderzoek "</p>
<p>Wegingsfactoren Middelengebruik Gebruiksgedrag Andere psychoactieve stoffen Ontwenningverschijnselen Lichamelijke aandoeningen Zelfzorg Behandelingsvoorgeschiedenis Psychiatrische toestand Sociale omgeving Wens / haalbaarheid</p>	<p>gebruikt al verscheiden jaren meer dan 30 mg. diazepam meermaals daags, gemis belemmert het dagelijks functioneren in combinatie met of afwisseling van diazepam hevige onrust of angst of insulpen lichamelijke klachten, welke door detox zullen verergeren slechte zelfzorg met een lage GAF-score eerdere detox mislukte of verliep moeizaam psychiatrische ziekte of persoonlijkheidstoornis alleenstaand of weinig sociale contacten. familie wenst een intramurale detox</p>
<p>Uitvoering Omrekening</p> <p>Diazepam</p>	<p>alle benzodiazepines worden in een equivalente Hoeveelheid diazepam omgerekend</p> <p>Wanneer het gebruik in combinatie met andere psychoactieve stoffen is kan de volgende richtlijn voor de afbouw worden gebruikt. De eerste 75 % wordt in stappen van 10 mg. per dag afgebouwd. De resterende 25 % met stappen van 5 mg. per dag.</p>
<p>Monitoring</p>	<p>SOS- en VAS-lijsten worden door de patiënt en de OOS-lijst door de verpleegkundige bijgehouden. Tijdens de dagelijkse overdrachten wordt de informatie van deze lijsten gebruikt bij de behandelingsafspraken.</p>
<p>Verslavingsgerelateerde Medicatie</p>	<p>Geen, wel kan in de eindfase van de detoxificatie worden bekeken in hoeverre ondersteuning met antidepressiva of neuroleptica wenselijk is.</p>

Standaarden

Cannabis	ambulant
-----------------	----------

<p>Algemene checklist Anamnese Onderzoek Aanvullend onderzoek</p>	<p>zie de standaard "anamnese " zie de standaard "onderzoek " zie de standaard "aanvullend onderzoek "</p>
<p>Wegingsfactoren Middelengebruik Gebruiksgedrag Andere psychoactieve stoffen Ontwenningverschijnselen Lichamelijke aandoeningen Zelfzorg</p> <p>Psychiatrische toestand Sociale omgeving Wens / haalbaarheid</p> <p>Uitvoering</p> <p>Diazepam</p> <p>Haloperidol</p> <p>Temazepam</p>	<p>slechts enkele keren per week, totaal nog geen 2 gram. gebruik alleen 's avonds geen andere psychoactieve stoffen nauwelijks ontwenningverschijnselen geen lichamelijke ziekten zelfzorg lijdt niet onder het gebruik, woont zelfstandig Behandelingsvoorgeschiedenis langdurig abstinente na ambulante detox psychiatrische ziekten afwezig min. 1 niet-gebruiker begeleidt de detoxificatie patiënt wenst een ambulante detox</p> <p>Het uitgangspunt is een detoxificatie zonder medicatie. Bij eventuele problemen zijn dit middelen van eerste keus</p> <p>Naast de begeleidingsgesprekken kan bij angst en / of onrust voor diazepam als ondersteuning worden gekozen. Men zou hetzelfde afbouwschema kunnen gebruiken als bij de alcohol detoxificatie</p> <p>Wanneer de afbouw onttaardt in een hevige onrust of psychotische decompensatie dient men adequaat te reageren middels het voorschrijven van een antipsychoticum. Haloperidol 2 tot 5 mg. is meestal afdoende. Bij onvoldoende effect overplaatsen naar psychiatrie.</p> <p>Medicatie slechts 2 tot 3 nachten gebruiken. Controle door ouders of partner.</p>
<p>Monitoring</p>	<p>De SOS-lijsten worden door de patiënt bijgehouden, dagelijks, of minimaal 3 x per week. Een controle afspraak (SOS-lijsten meenemen) om de week heeft de voorkeur.</p>
<p>Verslavingsgerelateerde Medicatie</p>	<p>Geen, wel kan in de eindfase van de detoxificatie worden bekeken in hoeverre ondersteuning met antidepressiva of neuroleptica wenselijk is.</p>

Standaarden

Cannabis	intramuraal
-----------------	-------------

<p>Algemene checklist Anamnese Onderzoek Aanvullend onderzoek</p>	<p>zie de standaard "anamnese " zie de standaard "onderzoek " zie de standaard "aanvullend onderzoek "</p>																																			
<p>Wegingsfactoren Middelengebruik Gebruiksgedrag Andere psychoactieve stoffen Ontwenningverschijnselen Lichamelijke aandoeningen Zelfzorg Behandelingsvoorgeschiedenis Psychiatrische toestand Sociale omgeving Wens / haalbaarheid</p>	<p>meerdere grammen per dag al enkele jaren gebruik gedurende de gehele dag in combinatie met ander psychoactieve stoffen hevige angst , onrust (psychose ?) ziekte kan verergeren tijdens detoxificatie slechte zelfzorg. Gebruiker ligt vrijwel gehele dag op bed, komt niet buiten eerdere detox mislukte of verliep moeizaam er is sprake van psychiatrie (of persoonlijkheidsstoornis) gebruiker woont alleen en / of heeft minimaal sociale contacten patiënt wil een intramurale detox</p>																																			
<p>Uitvoering</p> <p>Diazepam</p> <p style="text-align: center;">Detoxdagen</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>1^e</th> <th>2^e</th> <th>3^e</th> <th>4^e</th> <th>5^e</th> <th>6^e</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding-left: 20px;">8.00 uur</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">13.00 uur</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">18.00 uur</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">22.00 uur</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table> <p>Haloperidol</p> <p>Temazepam</p>		1 ^e	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	8.00 uur	1	1	1	1	0	0	13.00 uur	1	0	0	0	0	0	18.00 uur	1	1	1	0	0	0	22.00 uur	2	2	2	1	1	0	<p>Naast de begeleidingsgesprekken kan bij angst en / of Onrust voor een diazepam ondersteuning worden gekozen. Men zou het zelfde afbouwschema kunnen gebruiken als bij de alcohol detoxificatie</p> <p>Wanneer de afbouw ontardt in een hevige onrust of psychotische decom- pensatie dient men adequaat te reageren middels het voorschrijven van een antipsychoticum Haloperidol 2 tot 5 mg. is meestal afdoende. Bij onvoldoende effect overplaatsen naar psychiatrie</p> <p>Medicatie slechts 2 tot 3 nachten gebruiken. Controle door ouders of partner</p>
	1 ^e	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e																														
8.00 uur	1	1	1	1	0	0																														
13.00 uur	1	0	0	0	0	0																														
18.00 uur	1	1	1	0	0	0																														
22.00 uur	2	2	2	1	1	0																														
<p>Monitoring</p>	<p>SOS-lijsten worden door de patiënt en de OOS-lijsten door de verpleegkun- dige bijgehouden. Tijdens de dagelijkse overdrachten wordt de informatie van deze lijsten gebruikt bij de behandelingsafspraken.</p>																																			

<i>Verslavingsgerelateerde Medicatie</i>	Geen, wel kan in de eindfase van de detoxificatie worden bekeken in hoeverre ondersteuning met antidepressiva of neuroleptica, na beoordeling door psychiater, wenselijk is.
---	--

Standaarden

Cocaïne	ambulant
----------------	----------

<p>Algemene checklist Anamnese Onderzoek Aanvullend onderzoek</p>	<p>zie de standaard "anamnese " zie de standaard "onderzoek " zie de standaard "aanvullend onderzoek "</p>
<p>Wegingsfactoren Middelengebruik Gebruiksgedrag Andere psychoactieve stoffen Ontwenningverschijnselen Lichamelijke aandoeningen Zelfzorg Behandelingsvoorgeschiedenis Psychiatrische toestand Sociale omgeving Wens / haalbaarheid</p>	<p>gebruikt sinds een jaar sporadisch gebruikt tijdens het uitgaan geen andere middelen geen ontwenningverschijnselen geen lichamelijke klachten zelfzorg lijdt niet onder het gebruik langdurig abstinente na ambulante detox. psychiatrische ziekten afwezig min. 1 niet-gebruiker begeleidt de detoxificatie patiënt wenst een ambulante detox</p>
<p>Uitvoering</p> <p>Diazepam</p> <p>Haloperidol</p> <p>Temazepam</p> <p>Monitoring</p>	<p>Normaliter kan de detoxificatie zonder medicamenteuze ondersteuning goed worden volbracht. Bij onverhoopte problemen zijn dit de medicijnen van eerste keuze.</p> <p>Naast de begeleidingsgesprekken kan bij angst en / of Onrust voor een diazepam ondersteuning worden gekozen. Men zou hetzelfde afbouwschema kunnen gebruiken als bij de alcohol detoxificatie.</p> <p>Wanneer de afbouw onttaardt in een hevige onrust of psychotische decompensatie dient men adequaat te reageren middels het voorschrijven van een antipsychoticum. Haloperidol 1 tot 5 mg. is meestal afdoende. Bij onvoldoende effect overplaatsen naar psychiatrie.</p> <p>Medicatie slechts 2 tot 3 nachten gebruiken. Controle door ouders of partner.</p> <p>De SOS-lijsten worden door de patiënt bijgehouden, dagelijks of minimaal 1 x per 3 dagen. Een controle afspraak (SOS- lijsten meenemen) om de week heeft de voorkeur.</p>
<p>Verslavingsgerelateerde Medicatie</p>	<p>Geen, wel kan in de eindfase van de detoxificatie Worden bekeken in hoeverre ondersteuning met antidepressiva of neuroleptica wenselijk is. Pas enige weken na de detoxificatie is de diagnose depressie enigszins zeker te stellen en kan na een psychiatrisch consult tot behandeling worden overgegaan.</p>

Standaarden

Cocaïne	intramuraal
----------------	-------------

<p>Algemene checklist Anamnese Onderzoek Aanvullend onderzoek</p>	<p>zie de standaard "anamnese " zie de standaard "onderzoek " zie de standaard "aanvullend onderzoek "</p>																																			
<p>Wegingsfactoren Middelengebruik Gebruiksgedrag Andere psychoactieve stoffen Ontwenningverschijnselen Lichamelijke aandoeningen Zelfzorg Behandelingsvoorgeschiedenis Psychiatrische toestand Sociale omgeving Wens / haalbaarheid</p>	<p>al meer dan een half jaar wordt dagelijks gebruikt meermaals daags gedurende de gehele dag. tevens andere psychoactieve stoffen angst, achterdocht, zelfs hallucinaties lichamelijke ziekte aanwezig zelfzorg lijdt fors, afgevallen, eet nauwelijks eerdere pogingen mislukten psychiatrische ziekten aanwezig woont alleen of beperkte sociale contacten patiënt wenst een intramurale detox</p>																																			
<p>Uitvoering</p> <p>Diazepam</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Detoxdagen</th> <th style="text-align: center;">1^e</th> <th style="text-align: center;">2^e</th> <th style="text-align: center;">3^e</th> <th style="text-align: center;">4^e</th> <th style="text-align: center;">5^e</th> <th style="text-align: center;">6^e</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding-left: 20px;">8.00 uur</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">13.00 uur</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">18.00 uur</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">22.00 uur</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table> <p>Haloperidol</p>	Detoxdagen	1 ^e	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	8.00 uur	1	1	1	1	0	0	13.00 uur	1	0	0	0	0	0	18.00 uur	1	1	1	0	0	0	22.00 uur	2	2	1	1	1	0	<p>Normaliter kan de detoxificatie zonder medicamenteuze ondersteuning goed worden volbracht. Bij onverhoopte problemen zijn dit de medicijnen van eerste keuze.</p> <p>Naast de begeleidingsgesprekken kan bij angst en / of onrust voor een diazepam ondersteuning worden gekozen. Men zou hetzelfde afbouwschema kunnen gebruiken als bij de alcohol detoxificatie.</p> <p>Wanneer de afbouw onttaardt in een hevige onrust of psychotische decompensatie dient men adequaat te reageren middels het voorschrijven van een antipsychoticum. Haloperidol 1 tot 5 mg. is meestal afdoende. Bij onvoldoende effect overplaatsen naar psychiatrie.</p>
Detoxdagen	1 ^e	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e																														
8.00 uur	1	1	1	1	0	0																														
13.00 uur	1	0	0	0	0	0																														
18.00 uur	1	1	1	0	0	0																														
22.00 uur	2	2	1	1	1	0																														
<p>Temazepam</p>	<p>Medicatie slechts 2 tot 3 nachten gebruiken.</p>																																			

<p>Monitoring</p> <p>Verslavingsgerelateerde Medicatie</p>	<p>SOS-lijsten worden door de patiënt en OOS-lijsten door de verpleegkundige bijgehouden. Tijdens de dagelijkse overdrachten wordt de informatie van deze lijsten gebruikt bij de behandlingsafspraken.</p> <p>Geen, wel kan in de eindfase van de detoxificatie worden bekeken in hoeverre ondersteuning met antidepressiva of andere psychofarmaca, na beoordeling door psychiater, wenselijk is.</p>
---	--

Standaarden

Polygebruik	intramuraal
--------------------	-------------

<p>Algemene checklist Anamnese Onderzoek Aanvullend onderzoek</p>	<p>zie de standaard "anamnese " zie de standaard "onderzoek " zie de standaard "aanvullend onderzoek "</p>																																																																																																																																									
<p>Wegingsfactoren</p>	<p>Bij polymiddelengebruik is het gebruik van wegingsfactoren niet nodig. Het is namelijk altijd een indicatie voor een intramurale detoxificatie. De wegingsfactoren zullen veel meer een leidraad Vormen om problemen bij de detoxificatie in te schatten.</p>																																																																																																																																									
<p>Uitvoering</p> <p>Alcohol en cocaïne</p> <p>Heroïne en benzodiazepine</p>	<p>Alcohol en benzodiazepine Alcoholdetoxificatie neemt minder tijd in beslag dan de afbouw van benzodiazepine. De standaard "benzodiazepine intramuraal " is hier de leidraad.</p> <p>De alcoholontwenning is hier de bepalende richtlijn daar er bij cocaïne op voorhand geen medicatie wordt gebruikt. De standaard "alcohol intramuraal " is hier de richtlijn.</p> <p>Een krachtige dempende stof in combinatie met een langwerkende stof. De eerste 75 % van de lang werkende diazepam kan al tijdens de methadonafbouw worden verminderd. De stop van de diazepam is enige dagen na de stop van de methdaon.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Detoxdagen</td> <td></td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Methadon 8.00 uur</td> <td></td> <td>40</td><td>30</td><td>25</td><td>20</td><td>18</td><td>15</td><td>12</td><td>10</td><td>8</td><td>6</td><td>4</td><td>2</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">8.00 uur</td> <td></td> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">diazepam 13.00 uur</td> <td></td> <td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">10 mg. 18.00 uur</td> <td></td> <td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">22.00 uur</td> <td></td> <td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td> </tr> </table>	Detoxdagen		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Methadon 8.00 uur		40	30	25	20	18	15	12	10	8	6	4	2	0									8.00 uur		1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0									diazepam 13.00 uur		1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0									10 mg. 18.00 uur		2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0									22.00 uur		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	0
Detoxdagen		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																																																																																																																					
Methadon 8.00 uur		40	30	25	20	18	15	12	10	8	6	4	2	0																																																																																																																												
8.00 uur		1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																																																												
diazepam 13.00 uur		1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																																																												
10 mg. 18.00 uur		2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																																																												
22.00 uur		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	0																																																																																																																				
<p>Heroïne en cocaïne</p>	<p>Daar in eerste instantie geen medicijnen worden gebruikt bij de cocaïneafbouw is ook hier de methadon afbouw de bepalende factor. De standaard "opiaten intramuraal " is richtlijn. Ben alert voor de hevige onrust m.n. wanneer de laatste dagen nog cocaïne is gebruikt.</p>																																																																																																																																									

<p>Combinaties van meerdere stoffen</p> <p>Monitoring</p> <p>Verslavingsgerelateerde Medicatie</p> <p>Acamprosaat</p> <p>Disulfiram</p> <p>Naltrexon</p>	<p>De ontwenning van de dempende stoffen staat voorop. Door bovengenoemde combinaties met elkaar te verenigen komt men altijd tot een weloverwogen detoxificatie.</p> <p>SOS- en VAS-lijsten worden door de patiënt en de OOS-lijsten door de verpleegkundige bijgehouden. Tijdens de dagelijkse overdrachten wordt de informatie van deze lijsten gebruikt bij de behandelingsafspraken.</p> <p>zie de standaard "acamprosaat " zie de standaard "refusal " zie de standaard "naltrexon " Psychofarmaca na psychiatrisch consult</p>
--	---

Standaarden

Anamnese	
Algemene opbouw	<p>Korte verslavingsanamnese</p> <p>Middelengebruik in de laatste 4 weken</p> <p>Onthoudingsverschijnselen</p> <p>Eerdere opnames in de verslavingszorg</p> <p>Ambulante hulpverleningscontacten</p> <p>Medische voorgeschiedenis</p> <p>Psychiatrische voorgeschiedenis</p> <p>Somatische anamnese</p> <p>Huidige medicatie</p> <p>Korte sociale anamnese</p> <p>Familie anamnese</p>
Korte toelichting	<p>Korte verslavingsanamnese</p> <p>Hierin wordt een onderscheid gemaakt in het hoofdmiddel en bijgebruik. Van elk middel wordt geïnformeerd naar totale gebruiksduur, frequentie van gebruik, dagelijkse dosis, manier van gebruik, aantal keren en tijdsduur van abstinentie en doel van gebruik. Speciaal wordt het intraveneus spuiten en nicotine gebruik in kaart gebracht.</p> <p>Middelengebruik in de laatste vier weken</p> <p>Hierbij wordt in deze periode elk gebruikt middel genoteerd met daarbij hoeveelheid, frequentie van gebruik, manier van gebruik en laatste datum van gebruik.</p> <p>Onthoudingsverschijnselen</p> <p>Dit onderdeel omvat optreden en aard van ontwenningverschijnselen. Specifiek wordt naar het voorkomen van een delier en insulpen gevraagd.</p> <p>Eerdere opnames in verslavingszorg</p> <p>Dit is een kort historisch overzicht van alle opnames in verslavingsklinieken.</p> <p>Ambulante hulpverleningscontacten</p> <p>Hierin wordt een overzicht gegeven van alle eerdere contacten met hulpverleners in de ambulante verslavingszorg en psychiatrie .</p> <p>Medische voorgeschiedenis</p> <p>Alle ernstige ziekten en vroegere operaties worden onder dit katern vermeld.</p> <p>Psychiatrische opnames</p> <p>Eerdere opnames in APZ of PAAZ en eventuele actuele psychiatrische behandelingen vallen onder dit katern.</p>

	<p>Somatisch anamnese De algemene anamnese en tractus anamnese worden hier samengevoegd met bijzonderheden over eventuele overgevoeligheden. Ook worden eerdere infectieziekten zoals hepatitis, hiv, tbc en eerdere vaccinaties hier vermeld.</p> <p>Huidige medicatie In dit gedeelte staat louter en alleen de medicatie vermeld.</p> <p>Korte sociale anamnese Hierin geven we een kort overzicht over opleiding, beroep, werk, huisvesting, bron van inkomen, burgerlijke staat, relatie en kinderen.</p> <p>Familie anamnese Als laatste anamnese onderdeel omvat dit deel informatie over de gezondheidstoestand en leeftijd van vader en moeder, broers en zussen. Tevens wordt geïnformeerd naar andere familiale aandoeningen. Ook informeren we naar andere familieleden met verslavings en /of psychiatrische problemen.</p>
--	--

Standaarden

Onderzoek	
Algemene opbouw	<p>Een algemeen intern onderzoek met samenvatting Een oriënterend neurologisch onderzoek en samenvatting Een psychiatrisch indruk Aanvullend onderzoek Algemene samenvatting en conclusie Verslavingsdiagnose volgens DSM-IV Beleid</p>
Korte toelichting	<p>Intern onderzoek Behalve de gebruikelijke aandachtsgebieden van het interne onderzoek ligt bij een predetox onderzoek een extra accent bij de voedingstoestand, ontweningsverschijnselen, tensie en pols, icterus ,haematomen, hart en longen. Bij het abdomenonderzoek gaat de aandacht uit naar de grootte van de lever, ascites en aanwijzingen voor levercirrose en veneuze insufficiëntie.</p> <p>Neurologische onderzoek Binnen het neurologische onderzoek moet er specifieke aandacht zijn voor de bewustzijnsstoestand, pupilgrootte, tremoren, reflexen, coördinatie en aanwijzingen voor polyneuropathie.</p> <p>Psychiatrische indruk Het gaat hier puur om een eerste indruk die men krijgt bij opname. Deze indruk kan men meewegen in het beleid tijdens detoxificatie en daarna. Met dit voortijdig opdoen van deze psychiatrische indruk kan men bepaalde problemen tijdens de detoxificatie anticiperen. Zeker wanneer deze indruk met de verpleging worden besproken en als extra aandachtsgebied in de verpleegkundige observatie wordt afgesproken. Daardoor kan ook adequater worden gereageerd op bijvoorbeeld hevige onrust of psychotische verschijnselen.</p> <p>Aanvullend onderzoek Dit onderdeel omvat een aftekenlijst van nog te verrichten specialistische onderzoeken zoals een laboratorium onderzoek (haematologie, kreatinine, bilirubine, ALAT, Gamma GT), X-thorax, MMSE. Op indicatie Hep B en C en HIV-serologie. Enige dagen na opname wordt standaard een Mantoux gedaan. Afhankelijk van de leeftijd van de patiënt (geboren voor 1945) volgt een thoraxfoto en bij positieve Mantouxtest</p>

	<p>Samenvatting / conclusie / DSM-IV</p> <p>Na samenvatting en conclusie worden zowel afhankelijkheid, misbruik en psychiatrisch stoornis beschreven volgens de DSM-IV.</p> <p>Beleid</p> <p>Ter afsluiting worden afspraken ten aanzien van medicatie concreet vastgelegd. Zo wordt het afbouwschema nadrukkelijk beschreven evenals vitaminesuppletie en te continueren overige medicatie.</p>
--	--

Standaarden

Acamprosaat	
Ter voorbereiding	<p>Voldoet de problematiek aan de indicatie DSM IV Somatisch toestandsbeeld Psychiatrisch toestandsbeeld</p> <p>Laboratoriumgegevens Hb, kreatinine ALAT en ASAT</p> <p>Contra indicaties Nierfunctiestoornis (kreat boven 120 mmol/ l), overgevoeligheid, Ernstig leverfalen, zwangerschap en lactatie. Slechte therapie trouw o.a. bij anti-sociale persoonlijkheidsstoornis of bij ADHD. Ernstige sociale problemen of een beperkt sociaal netwerk.</p>
Bijwerking	<p>Frequent Diarree en jeuk</p> <p>Minder frequent Misselijkheid, braken en buikpijn</p> <p>Zelden Maculopapuleuze rash, bulleuze huidreactie</p>
Behandeling	<p>Zo spoedig mogelijk na de detoxificatie starten met acamprosaat Boven de 60 kg. 3 dd 2 tabletten van 333 mg. Onder de 60 kg. 2 dd 2 tabletten van 333 mg.</p> <p>Voor verstrekking patiënt goed informeren over de werking</p> <p>Regelmatig vervolgesprek Indicatoren t.a.v. het effect van de acamprosaat zijn het drinkgedrag en craving.</p>

Standaarden

Disulfiram	
Ter voorbereiding	<p>Voldoet de problematiek aan de indicatie DSM IV Somatisch toestandbeeld Psychiatrisch toestandbeeld</p> <p>Laboratoriumgegevens Hb, kreatinine ALAT en ASAT</p> <p>Contra indicaties Ischaemische hartziekte en coronaire trombose Overgevoeligheid voor het middel Psychotische symptomen welke niet een gevolg waren van het alcoholgebruik. Recent gebruik van alcohol of alcohol bevattende middelen.</p>
Bijwerking	<p>Frequent Vermoeidheid, slaperigheid, hoofdpijn Gastro-intestinale klachten, metaalachtige of knoflook nasmaak Acne uitslag, allergische dermatitis.</p> <p>Minder frequent Verminderde libido, verminderde potentie</p>
Zelden	<p>Psychotische reactie, insulten, polyneuropathie Hepatotoxiciteit Optische neuropathie.</p>
Behandeling	<p>Na de detoxificatie kan met disulfiram worden gestart Begindosering : 800 mg. gedurende 2 tot 3 dagen Onderhoudsdosis : 100-200 mg. per dag of 400-800 mg. per week</p> <p>Voor verstrekking patiënt goed informeren over de werking Inname onder toezicht verdient de voorkeur</p>
Regelmatig vervolgesprek	<p>Indicatoren t.a.v. het effect van de acamprosaat zijn het drinkgedrag en craving.</p>

Standaarden

Naltrexon							
Ter voorbereiding	<p>Voldoet de problematiek aan de indicatie DSM IV Somatisch toestandsbeeld Psychiatrisch toestandsbeeld</p> <p>Laboratoriumgegevens Hb, kreatinine ALAT en ASAT Hepatitis B en C</p> <p>Contra indicaties Acute hepatitis en leverinsufficiëntie, Recent opiaatgebruik Overgevoeligheid voor het middel</p>						
Bijwerking	<p>Frequent Futloosheid, slaapproornissen Nervositeit, angst, hoofdpijn Misselijkheid, braakneiging, buikkrampen Gewrichts-en spierpijn</p> <p>Minder frequent Verminderde eetlust, diarree, obstipatie, Moedeloosheid, slaperigheid, prikkelbaarheid, duizeligheid Vertraagde ejaculatie, verminderde potentie</p>						
Behandeling	<p>7 tot 10 dagen na de detoxificatie kan met naltrexon worden gestart (urineonderzoek is schoon)</p> <p>Begindosering : 12,5 mg. Treden binnen een uur geen ontwen- ningsverschijnselen dan kan nogmaals 12,5 mg. worden gegeven.</p> <p>Onderhoudsdosis : 50 mg. vanaf de tweede dag 1 dd 1 of</p> <table><tr><td>3 maal per week ; maandag</td><td>2</td></tr><tr><td></td><td>woensdag 2</td></tr><tr><td></td><td>vrijdag 3</td></tr></table> <p>Voor verstrekking patiënt goed informeren over de werking Met name de risico's van de naltrexon in combinatie met opiaten</p> <p>Regelmatig vervolggesprek</p>	3 maal per week ; maandag	2		woensdag 2		vrijdag 3
3 maal per week ; maandag	2						
	woensdag 2						
	vrijdag 3						

Standaarden

Verpleegkundig handelen	
Algemeen	<p>Voer een blaastest uit en start de Bloed Alcohol Curve registratie</p> <p>Checklijst detoxificatie</p> <p>Observatie</p> <ul style="list-style-type: none"> Algemene aspecten Bewegingspatroon Eventuele ontweningsverschijnselen Eventuele psychische verschijnselen Eventuele geheugenstoornissen
Opnamegesprek	<p>Inventariseer gegevens omtrent gebruik, laatste gebruik , hoeveelheden etc.</p> <p>Neem anamnestiche gegevens af over de situatie</p> <ul style="list-style-type: none"> Somatisch Psychisch Sociaal <p>Informeel naar de huidige toestand</p> <ul style="list-style-type: none"> Somatisch Psychisch Sociaal <p>Bespreek de komende detox en informeer naar het voor de patiënt specifieke verloop.</p> <ul style="list-style-type: none"> Leg alle formulieren ter tekening voor Behandelingsovereenkomst Ondrzoekstoestemmingen <p>Draag patiënt over naar de arts</p> <p>BAC-lijst en urinecontrole</p>
Rapportage	<p>Verpleegkundig dossier (o.a. BAC lijst) opmaken</p> <p>Rapportage en SOS- en OOS-lijsten</p>

Hoofdstuk 6

Patiëntdossier

Naam Patiënt:

Geboortedatum:

Detoxificatie:

0 Ambulant

0 Intramuraal

Startdatum:

Datum beëindiging detox:

Reden beëindigen detox:

6.1 Detoxificatieplan

Cliënt : Geboortedatum :

Datum opmaak behandelplan :

Behandelend arts:

Primair behandeldoel

Detoxificatie van de middelen :

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> alcohol | <input type="radio"/> cocaïne | <input type="radio"/> psychofarmaca |
| <input type="radio"/> heroïne | <input type="radio"/> amfetamine | <input type="radio"/> vluchtige middelen |
| <input type="radio"/> methadon | <input type="radio"/> cannabis | <input type="radio"/> XTC |
| <input type="radio"/> overige opioïden | <input type="radio"/> benzodiazepinen | <input type="radio"/> anders: |

Diagnostiek en indicatiestelling

Diagnostische conclusie

Verslavingsproblematiek :

Somatiek :

Psychiatrie :

Sociale problematiek :

Wegingsfactoren

Beoordeling van de mate waarin de betreffende wegingsfactor bijdraagt aan uw beslissing over de detoxificatie

Instructie Wegingsfactoren

Bij het nemen van een beslissing over de setting waar de detoxificatie zal plaatsvinden spelen diverse factoren een rol. In de richtlijn 'Verantwoord Ontgiften' spreken we over de tien zogenaamde wegingsfactoren.

Ze spelen in de eerste plaats een rol bij het vastleggen van de inschatting van de invloed van deze factoren op de verwachte ernst van de onthoudingspathologie. Gewogen wordt wat de invloed is van bijvoorbeeld het drinkgedrag op de verwachte ernst van de onthouding.

De wegingsfactoren spelen daarmee ook een rol bij het nemen van de beslissing op het ambulant dan wel intramuraal ontgiften.

In de vragenlijst komen deze twee aspecten allebei aan de orde. Eerst geeft u aan in hoeverre u van mening bent dat de betreffende factor de ernst van de onthoudingspathologie beïnvloedt. Daarna geeft u aan of de betreffende factor een rol heeft gespeeld bij uw beslissing de detoxificatie ambulant dan wel intramuraal uit te voeren.

Bijvoorbeeld:

Wegingsfactor	Negatieve invloed op de ernst van de onthoudingspathologie					Speelt een rol bij de beslissing ambulant of intramuraal	
	Nauwelijks 1	Beetje 2	Matig 3	Veel 4	Erg veel 5	Ja	Nee
Zelfzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In het voorbeeld heeft de arts een dusdanige kwaliteit van de zelfzorg vastgesteld dat hij van mening is dat dat **veel** invloed zal hebben op de ernst van de onthoudingspathologie. Dit gegeven heeft voor de arts ook een rol gespeeld bij de beslissing over de setting (**ja**).

Bij veel invloed op de ernst zal dit meestal ook bijdragen aan de beslissing voor een intramurale setting. Indien een factor echter **geen** invloed heeft op de ernst kan dit toch **sterk** bijdragen aan de beslissing voor een ambulante setting. Probeer bij het invullen deze overweging goed te maken.

Sla geen enkele wegingsfactor over, ook niet als u denkt dat deze factor geen invloed heeft op de ernst en op uw beslissing over de setting.

Naam patiënt:

Datum:

Beslissing: 0 Ambulante detoxificatie
0 Intramurale detoxificatie
0 Anders

Wegingsfactor	Negatieve invloed op de ernst van de onthoudingspathologie					Speelt een rol bij de beslissing ambulant of intramuraal	
	Nauwelijks 1	Beetje 2	Matig 3	Veel 4	Erg veel 5	Ja	Nee
1. Middelengebruik, hoeveelheid, duur, vorm, frequentie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gebruikgedrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gebruik van andere psychoactieve middelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ontwenningverschijnselen (actueel en anamnestic)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ernstige lichamelijke aandoeningen of graviditeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Zelfzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Behandelingsvoorgeschiedenis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Psychiatrisch ziektebeeld (huidig en anamnestic)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Inbedding in de sociale omgeving (relatie, familie, werk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patiënt: 0 Ambulante detoxificatie
0 Intramurale detoxificatie
0 Geen mening

Omgeving: 0 Ambulante detoxificatie
0 Intramurale detoxificatie
0 Geen mening
0 nvt

Totaal score (min.0 – max. 50):

Indicatiestelling

- Ambulante detoxificatie
- Klinische detoxificatie
- Anders

Motiveer de beslissing hieronder

Beleid

Medicatie en suppletie

1	2
Ingaande per : 3	Ingaande per : 4

Verpleegkundig beleid

- Conform richtlijnen Vademecum

Extra aandacht voor:

- Lichamelijke toestand, met name
- Psychische toestand, met name
- ADL functioneren, in het bijzonder
- Medicatietrouw
- Gedragsobservaties, met name
- Verpleegkundige diagnostiek, namelijk
- Anders, namelijk

Afspraken en maatregelen

Afdelingsbeleid

- Geen restricties of excepties t.o.v. algemeen geldend afdelingsbeleid
- Restricties, namelijk
- Excepties, namelijk

Aanvullend onderzoek

Psychiatrisch, met de vraagstelling :

(Neuro)psychologisch, met de vraagstelling :

Laboratorium, namelijk :

Medisch specialist (extern), namelijk :

met de vraagstelling:

Verwachte duur van opname/deelname: 1 2 3 4 5 weken (omcirkel)

Bij afwijking van de standaard, motiveer :

Verwachte datum van ontslag / datum beëindiging deelname : - -

6.2 Behandelingsovereenkomst

- > rechten en plichten van patiënt
- > rechten en plichten van de instelling
- > behandelplan (detoxificatieplan) gezien en akkoord

Aanhangsel aan detoxificatieplan :

'Evaluatie detox'

Detox is volgens plan verlopen

- Patiënt is voortijdig vertrokken
- Feitelijke duur van opname was : dagen
- Voorziene complicatie waren :
- Onvoorziene complicaties waren :

Bijlage

Meetinstrumenten

6.3 Clinical Institute Withdrawal Assessment⁸ for Alcohol, Revised (CIWA-Ar)

Oktober 2001
Vertaling⁹
C.A.J. de Jong
A van Hoek

⁸ De CIWA-Ar is in de VS vrij van copyright. De Nederlandse versie is dat ook. Voor de vergelijking van gegevens die worden verkregen met de Nederlandse versie is het aanbevelenswaardig deze versie te gebruiken.

⁹ De CIWA-Ar is door beide auteurs onafhankelijk van elkaar in het Nederlands vertaald. Vervolgens is een consensusversie bereikt die door een native speaker in het Engels is terug vertaald. Deze versie is vergeleken met de oorspronkelijke Engelse versie, waarna de definitieve versie is vastgesteld.

Naam patiënt:

Datum:

Tijdstip:

Polsfrequentie of hartslag, opgenomen gedurende 1 minuut:

Bloeddruk:

1. MISSELIJKHEID EN BRAKEN

Vraag: 'Voelt u zich misselijk?' 'Heeft u gebraakt?'

Observatie:

- 0. Geen misselijkheid en geen braken
- 1. Lichte misselijkheid en geen braken
- 2.
- 3.
- 4. Intermitterende misselijkheid met braakneigingen
- 5.
- 6.
- 7. Constante misselijkheid, frequente braakneigingen en braken

2. TREMOR: Armen gestrekt en vingers gespreid

Observatie:

- 0. Geen tremor
- 1. Niet zichtbaar maar voelbaar door met vingertop aan de vingertop te voelen
- 2.
- 3.
- 4. Matig, met de armen van de patiënt gestrekt
- 5.
- 6.
- 7. Ernstig, zelfs met armen gestrekt

3. PAROXY SMAAL ZWETEN

Observatie:

- 0. Geen zweet zichtbaar
- 1.
- 2.
- 3.
- 4. Duidelijk zweetparels op het voorhoofd
- 5.
- 6.
- 7. Doornat van het zweten

4. TACTIELE STOORNISSEN

Vraag: 'Heeft u wat jeuk, een tintelend gevoel in een arm of been, een brandend gevoel, een doof gevoel, of heeft u het gevoel alsof er insecten onder uw huid kriebelen?'

Observatie:

0. Geen
1. Zeer lichte jeuk, tintelend, brandend of doof gevoel
2. Lichte jeuk, tintelend, brandend of doof gevoel
3. Matige jeuk, tintelend, brandend of doof gevoel
4. Matige hallucinaties
5. Ernstige hallucinaties
6. Extreem ernstige hallucinaties
7. Continue hallucinaties

5. AUDITIEVE STOORNISSEN

Vraag: 'Bent u zich meer bewust van geluiden om u heen?' 'Klinken ze hard?', 'Maken ze u aan het schrikken?', 'Hooft u iets dat storend is voor u?', 'Hooft u dingen waarvan u weet dat ze er niet zijn?'

Observatie:

0. Niet aanwezig
1. Zeer lichte hardheid of vermogen om schrik aan te jagen
2. Lichte scherpte of vermogen om schrik aan te jagen
3. Matige scherpte of vermogen om schrik aan te jagen
4. Matige ernstige hallucinaties
5. Ernstige hallucinaties
6. Extreem ernstige hallucinaties
7. Continue hallucinaties

6. VISUELE STOORNISSEN

Vraag: 'Lijkt het alsof het licht te helder is?', 'Is de kleur anders?', 'Doet het pijn aan uw ogen', 'Ziet u dingen die u schrik aanjagen?', 'Ziet u dingen waarvan u weet dat ze er niet zijn?'

Observatie:

0. Niet aanwezig
1. Zeer lichte gevoeligheid
2. Lichte gevoeligheid
3. Matige gevoeligheid
4. Matig ernstige hallucinaties
5. Ernstige hallucinaties
6. Extreem ernstige hallucinaties
7. Continue hallucinaties

7 ANGST

Vraag: 'Voelt u zich zenuwachtig?'

Observatie:

0. Geen angst, op zijn gemak
1. Een beetje angstig
- 2.
- 3.
4. Matig angstig, of behoedzaam, zodat angst daaruit wordt afgeleid
- 5.
- 6.
7. Gelijkwaardig aan acute paniek toestand, zoals gezien wordt bij delirium of acute schizofrene reacties

8. OPWINDING

Observatie:

0. Normale activiteit
1. Een beetje meer dan normale activiteit
- 2.
- 3.
4. Matig gejaagd en rusteloos
- 5.
- 6.
7. Loopt heen en weer gedurende het grootste deel van het interview, of ligt constant te woe-
len in bed

9. HOOFDPIJN, VOL GEVOEL IN HET HOOFD:

Vraag: 'Voelt uw hoofd anders?', 'Heeft u het gevoel dat er een band om het hoofd zit?'. Scoor duizeligheid of licht in het hoofd niet. Scoor in het andere geval de ernst.

Observatie:

0. Niet aanwezig
1. Zeer licht
2. Licht
3. Matig
4. Matig ernstig
5. Ernstig
6. Zeer ernstig
7. Extreem ernstig

10. ORIENTATIE EN OMNEVELD BEWUSTZIJN

Vraag: 'Welke dag is het?', 'Waar bent u?', 'Wie ben ik?'

Observatie:

- 0. Georiënteerd, kan getallen optellen
- 1. Kan getallen niet optellen en is onzeker over de datum
- 2. Gedesoriënteerd voor de datum met niet meer dan 2 kalenderdagen
- 3. Gedesoriënteerd voor de datum met meer dan twee kalenderdagen
- 4. Gedesoriënteerd in plaats en/of persoon

SCORE: _____ (maximaal mogelijke score = 67)

Verzamellijst CIWA & VAS - Arts

Meting	Consult 1	Afsluitend consult
CIWA-Ar VAS		

6.4 OOS, SOS, BAC, VAS en verzamellijst

Objectieve Onthouding Schaal (OOS)

In te vullen door interviewer (verpleegkundige)

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

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

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

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

Subjectieve Onthouding Schaal (SOS)

(in te vullen door patiënten)

Instructie

Deze lijst wordt gebruikt om een goed beeld te vormen van de verschijnselen welke mensen kunnen krijgen, als zij stoppen met het gebruik van verslavende middelen. Hierbij wordt uitsluitend gekeken naar jou eigen indruk wat betreft de onderstaande verschijnselen. Deze vragenlijst wordt eenmaal daags in de loop van de ochtend door jezelf ingevuld.

Beantwoordt de vragen door het vakje aan te kruisen onder het antwoord dat het meest van toepassing is op de door jou, **op dit moment**, beleefde klachten (dus niet over de afgelopen 24 uur gezien).

Datum:.....

Tijd:.....

Datum:

Naam:

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

Verzamellijst van OOS en SOS

Naam: **Leeftijd:** M / V

Datum: - -

Middelen:
.....
.....
.....

Meting	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Score OOS Observatie										
Score Anamnese										
SOS										

Referentielijst promillageopbouw BAC

Promille	Verschijselen
0,2	Begin verandering stemming, gedrag, ontspanning, relativering
0,3 - 0,5	Vermindering coördinatie en reflexen
0,5	Legale grens voor deelname aan het verkeer
1	Waggelen, grens van het sociaal toelaatbare, disartrie, agressie
2	Overgeven, ataxie, dubbel zien, black-outs
3	Verlies van spraak, ongevoelig voor pijn, ademhalingsdepressie
3,5 - 4	Respiratoire insufficiëntie
5	LD-50 dosis (bij 50% lethaal), hartstilstand

VAS voor craving

Naam:

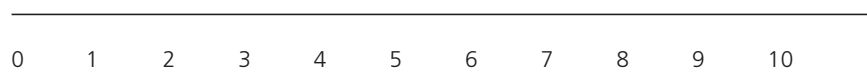
Geboortedatum:

Datum:

Hoofdmiddel:

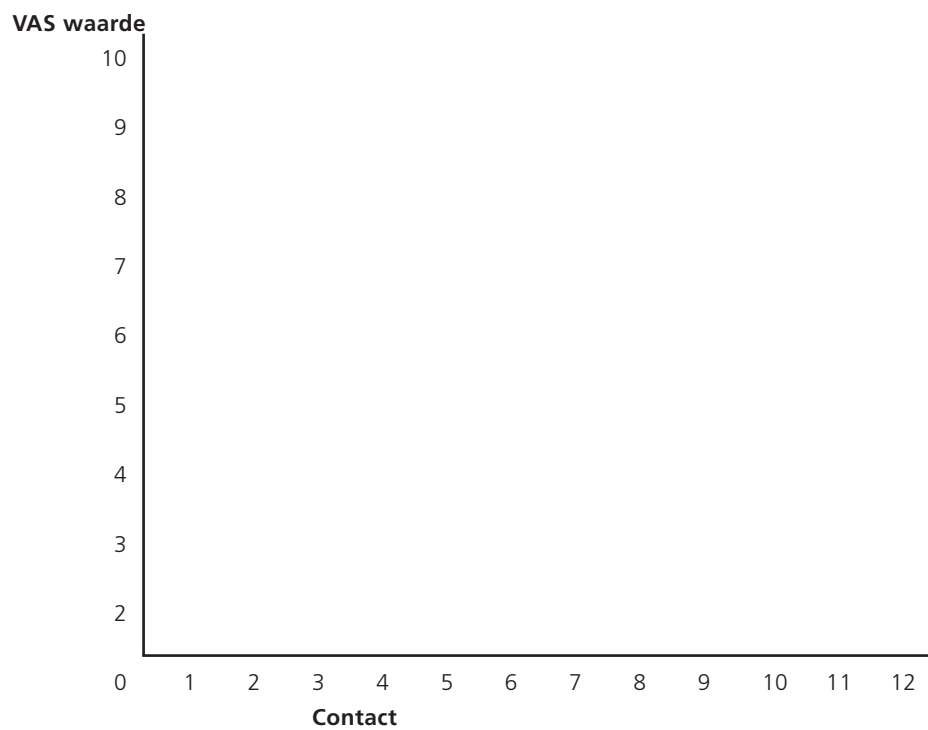
Bijmiddel:

Geef op onderstaande schaal aan wat je gemiddelde gevoel van hunkeren naar het hoofdmiddel in de afgelopen week is geweest. Zet een kruisje op het punt van de lijn het beste je gevoel weergeeft



Sessie

Overzichtslijst scores VAS schaal



Overzicht acties Ambulante Detoxificatie

	Consult 1 arts	Contact 1 verpleegkundige	Tussen consult arts	Tussen contact verpleegkundige	Afsluitend contact verpleegkundige	Afsluitend consult arts
Beoordeling Wegingsfactoren	X					
CIWA-Ar	X					X
OOS		X		X	X	
SOS		X		X	X	
BAC		X		X	X	
VAS	X	X	X	X	X	X
GAF	X	X		X	X	
Verzamellijst meetinstrumenten invullen		X		X	X	
Verzamellijst meetinstrumenten raadplegen			X			X
Indicatiestelling	X					
Detoxificatieplan	X					
Medicatie	X		X			X
Invoegen medische status	X		X			X
Informatie verstreking aan cliënt	X	X	X	X	X	X
Terugkoppeling patiënt (behandelingsovereenkomst)	X					
Berichtgeving huisarts	X					X
Afspraak voor contact 1 verpleegkundige	X					
Vervolg afspraak plannen				X	X	
Vervolgtraject na detoxificatie						X

Overzicht acties Intramurale Detoxificatie

	Consult 1 arts	Contact 1 verpleegkundige	Tussen consult arts	Tussen contact verpleegkundige	Afsluitend contact verpleegkundige	Afsluitend consult arts
Beoordeling Wegingsfactoren	X					
CIWA-Ar	X					X
OOS		X		X	X	
SOS		X		X	X	
BAC		X		X	X	
VAS	X	X	X	X	X	X
GAF	X	X		X	X	
Verzamellijst meetinstrumenten invullen		X		X	X	
Verzamellijst meetinstrumenten raadplegen			X			X
Indicatiestelling	X					
Detoxificatieplan	X					
Medicatie	X		X			X
Invoegen medische status	X		X			X
Informatie verstreking aan cliënt	X	X	X	X	X	X
Terugkoppeling patiënt (behandelingsovereenkomst)	X					
Berichtgeving huisarts	X					X
Afspraak voor contact 1 verpleegkundige	X					
Vervolg afspraak plannen		X		X	X	
Vervolgtraject na detoxificatie						X

Voorbeeld Ambulante detoxificatie alcohol

1. Consult 1 met arts:

- > **in patiëntdossier:**
- > checklist arts
- > CIWA-Ar, VAS
- > Detoxificatieplan
- > Behandelovereenkomst

2. Contact 1 verpleegkundige:

- > **in patiëntdossier:**
- > Checklist verpleegkundige
- > VAS, BAC
- > Verzamellijsten

3. Tussencontact arts

- > **in patiëntdossier:**
- > Checklijst verpleegkundige
- > VAS

4. Tussencontacten verpleegkundige:

- > **in patiëntdossier:**
- > Checklijst verpleegkundige
- > SOS, OOS, VAS, BAC
- > Verzamellijsten

5. Afsluitend consult arts:

- > **in patiëntdossier:**
- > checklijst arts
- > VAS
- > Verzamellijsten

Zo is met behulp van het overzicht acties Ambulante en Intramurale detoxificatie de benodigde set formulieren samen te stellen.

Hoofdstuk 7

Verantwoord ontgiften: Farmacologische behandeling van detoxificatie en behandelingsetting

Literatuurstudie

M. de Jong *
B.A.G. Dijkstra *
C.A.J. de Jong * **

* Novadic, netwerk voor verslavingszorg
Schijndelseweg 46, 5491 TB Sint Oedenrode
Tel 04134 85858, e-mail: cor.de.jong@novadic.nl

** Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA)
Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen

Inleiding

In het kader van Resultaten Scoren wordt een richtlijn “Verantwoord ontgiften” ontwikkeld. De richtlijn bevat twee aspecten, namelijk de behandeling van onthoudingssyndromen en het maken van een keuze voor de behandelingssetting (ambulant vs. intramuraal). In deze literatuurstudie wordt een overzicht gegeven van de literatuur over deze twee onderwerpen.

Achtergrond

Psychoactieve stoffen veranderen kort- of langdurend het functioneren van het lichaam. Bij het staken van gebruik ontwikkelt het lichaam een nieuw homeostatisch evenwicht. Dit proces wordt vaak een onthoudingssyndroom genoemd^{1,2}. De behandeling van patiënten in de fase van detoxificatie richt zich vooral op de biologische aspecten van afhankelijkheidsproblemen. Zodra er een nieuw evenwicht bestaat kan het accent van de behandeling verschuiven in de richting van de psychosociale aspecten³.

Stoppen met gebruik of detoxificatie is in veel gevallen de eerste fase van de behandeling. Het aanbieden van detoxificatie zonder vervolgbehandeling wordt gezien als een inadequate wijze van behandelen^{1,4}. Het verschaffen van informatie, behandelen van psychiatrische of medische stoornissen, het zoeken naar een baan en reïntegratie in de maatschappij zijn zaken waarbij de patiënt begeleiding nodig heeft. Het is van belang dat de familie van de patiënt zo vroeg mogelijk actief wordt betrokken in het behandelingsproces^{1,5,6}.

Er worden verschillende risico's geassocieerd met detoxificatie, zoals delirium tremens of dood na abrupt en ongebeleid stoppen met alcohol. Dit is de reden om het detoxificatieproces goed te begeleiden¹.

In de meerderheid van de gevallen zijn de klachten en symptomen tijdens detoxificatie mild van aard en behoeven ze geen behandeling. Detoxificatie kan daarom meestal in ambulante setting worden uitgevoerd. Vaak doen patiënten dat zelf, soms wordt er hulp bij gevraagd. Bij ernstige onthoudingsverschijnselen kan een intensievere behandeling noodzakelijk zijn².

Bij detoxificatie wordt het onderscheid gemaakt tussen het acute en chronische onthoudingssyndroom. De symptomen bij het chronische onthoudingssyndroom zijn minder voorspelbaar dan bij acute onthouding. Behandelaars vinden het moeilijk te differentiëren tussen symptomen van het chronische onthoudingssyndroom en de onderliggende mentale stoornissen bij de patiënt. De symptomen van onthouding zijn meestal tegenovergesteld aan de directe farmacologische effecten van een psychoactieve stof¹. Onthouding van psychoactieve stoffen bij afhankelijkheid leidt in veel gevallen tot stemmingsstoornissen en slaapstoornissen. Het is niet duidelijk of dit direct wordt veroorzaakt door farmacologische acties van de psychoactieve stof zelf of door andere fysiologische of psychologische processen⁷. De precieze omschrijving van onthoudingsverschijnselen, prevalentie en duur wordt bemoeilijkt door een aantal factoren, zoals individuele interpretatie en labeling van onthoudingsverschijnselen, verschil in perspectief van onderzoekers, polydruggebruik en verschillende meetmethoden⁷.

De halveringstijd van de gebruikte psychoactieve stof heeft invloed op het moment van het optreden en de intensiteit van de onthoudingsverschijnselen. Stoffen met een korte halveringstijd, zoals alcohol en heroïne, geven binnen enkele uren hevige onthoudingsverschijnselen, terwijl bij stoffen met een lange halveringstijd, zoals diazepam, de symptomen langzamer en later beginnen en vaak minder intens zijn⁸.

Het doel van detoxificatie is driedelig: abstinentie, zorgen voor een veilig ontgiftingsproces en een zo comfortabel mogelijke ontgiftiging voor de patiënt en voorbereiding van de patiënt op vervolgbehandeling⁹.

Aanleiding, doel en bereik van de studie

De literatuurstudie dient als wetenschappelijke verantwoording voor de evaluatie en structurering van de te ontwikkelen richtlijn. Binnen het bereik van deze literatuurstudie wordt gekeken naar de volgende psychoactieve middelen; alcohol, benzodiazepinen, opiaten, cocaïne, cannabis en polydruggebruik. Het eerste doel van deze studie is het systematisch verzamelen van informatie over de effectiviteit van interventies voor detoxificatie. De aandacht richt zich met name op behandelingsschema en -setting. In deze studie wordt niet ingegaan op de vervolgbehandeling na detoxificatie. Tijdens de ontwikkeling van het protocol is duidelijk geworden dat de beslissing over de behandelingssetting (ambulant vs. intramuraal) moet worden gebaseerd op de weging van diverse factoren. Een literatuur onderzoek hiernaar is toegevoegd om de waarde van de gekozen factoren te onderbouwen.

Method

Het doel van deze literatuurstudie is een overzicht geven van de literatuur over detoxificatie van alcohol, opiaten, cocaïne, benzodiazepinen, cannabis en polydruggebruik aan de hand van systematische literatuurstudies (reviews en meta-analyses). Op punten waar dergelijke relevante informatie ontbreekt, wordt dit aangevuld met literatuur van gerandomiseerd onderzoek. De inventarisatie van de literatuur is beperkt tot humane, Engelstalige studies, gepubliceerd van 1990 tot september 2003. Artikelen zijn gezocht in de volgende elektronische databases: PubMed, Medline, Cochrane Clinical Trials Register, PsycInfo en Current Contents. Er is ook gebruik gemaakt van referenties in de geselecteerde artikelen.

De gebruikte zoektermen zijn detox* or withdraw*, treat*, 'english' in LA, 'human' in TG, 'meta-analyses or review or review-literature' in PT.

De resultaten van deze zoekactie zijn gecombineerd met:

- a. alcohol-related-disorders or alcoholism or alcohol*
- b. benzodiazepines
- c. opioid-related-disorders
- d. cocaine or cocaine-related-disorders
- e. cannabis or marijuana-abuse, not cannabis-therapeutic-use
- f. polydrug or polysubstance

De resultaten van de literatuur worden per categorie van psychoactieve stof uitgewerkt. Allereerst wordt een algemene achtergrond van de betreffende psychoactieve stof gegeven. Vervolgens worden de onthoudingsverschijnselen optredend tijdens detoxificatie behandeld. Daarna wordt de medicamenteuze behandeling van deze onthoudingsverschijnselen beschreven. De bevindingen worden in de discussie besproken.

In deze literatuurstudie is de effectiviteit van de medicamenteuze interventies in de acute detoxificatiefase vooral beoordeeld aan de hand van de ernst van de onthoudingsverschijnselen. Andere veelgebruikte uitkomstmaten zijn het behandelingsresultaat, het aantal deelnemers dat de totale detoxificatiefase afrondt en de duur van de behandeling. Grote variatie in uitkomstmaten kan de vergelijkbaarheid tussen verschillende onderzoeken bemoeilijken.

Alcohol

Algemene achtergrond

Het afgelopen decennium zijn veel ontwikkelingen in de behandeling van alcoholafhankelijkheid in gang gezet. De inzichten op het gebied van psychosociale behandeling zijn bijgesteld. De medicamenteuze behandeling van alcoholafhankelijkheid maakt een grote ontwikkeling door¹⁰.

Onthoudingsverschijnselen

Het alcoholonthoudingssyndroom (AOS) bestaat uit een serie symptomen bij alcoholafhankelijke patiënten die zich binnen 6 tot 24 uur na de laatste alcoholconsumptie ontwikkelen. Deze symptomen zijn in drie groepen te verdelen. De eerste groep bestaan uit autonome hyperactiviteit optredend binnen enkele uren na de laatste alcoholconsumptie met een piek binnen 24 tot 48 uur. Veel voorkomende symptomen zijn trillerigheid, zweten, misselijkheid, braken, angst en agitatie. De tweede groep van symptomen is neuronale excitatie, dit bestaat uit epileptische aanvallen. Deze vinden meestal binnen 12 tot 48 uur na abstinentie plaats². Het optreden van epileptische aanvallen bij alcoholonthouding heeft een prognostische waarde voor het ontstaan van ernstigere onthoudingsverschijnselen. Ongeveer 1/3 van de patiënten met epileptische aanvallen zal een delirium tremens ontwikkelen als er geen preventieve maatregelen worden genomen¹¹. Epileptische aanvallen bij onthouding van chronisch alcoholgebruik kunnen worden voorspeld aan de hand van hoge plasma homocysteïne levels bij opname^{12,13}. De derde groep omvat het delirium tremens. Kenmerken zijn auditieve en visuele hallucinaties, verwardheid, desoriëntatie, verminderd bewustzijn, verminderde aandacht en autonome hyperactiviteit². Symptomen zijn zweten, diarree, verwijde pupillen, koorts, tachycardie en hypertensie¹¹. Delirium tremens komt weinig voor (bij minder dan 5% van de patiënten), maar kan onbehandeld leiden tot dood door respiratoire en cardiovasculaire collaps². Een delirium tremens treedt meestal op 3 tot 5 dagen na de alcoholonthouding en duurt 2 tot 3 dagen¹⁴. De kans op een delirium tremens kan worden voorspeld aan de hand van aanwezigheid van een lichamelijke ziekte en het niet hebben gedronken van alcohol 2 of meer dagen voor het moment van de opname¹⁵. Volgens Palmstierna¹⁶ hebben een aanwezige infectieuze ziekte, tachycardie, tekenen van alcoholonthouding, een voorgeschiedenis met epileptische aanvallen en delirium tremens een voorspellende waarde voor het ontwikkelen van een delirium tremens tijdens alcoholonthouding. Een AOS duurt gemiddeld 5 tot 7 dagen¹⁷. Een voorgeschiedenis met significante onthoudingsverschijnselen in het verleden, meerdere voorafgaande detoxificaties, aanwezige lichamelijke of psychiatrische stoornissen en recent grote hoeveelheden alcoholconsumptie¹⁸ voorspellen de kans op ernstige AOS en een verhoogde kans op complicaties^{2,4,17,19,20}. Oudere alcoholafhankelijke patiënten hebben significant meer onthoudingsverschijnselen voor een langere periode dan jongeren. Ook hebben ze meer last van cognitieve dysfunctie, slaperigheid gedurende de dag, zwakte en hoge bloeddruk tijdens de onthouding^{21,22}. Wojnar et al²³ vinden echter geen significante verschillen in duur en ernst van alcoholonthoudingsverschijnselen in verschillende leeftijdsgroepen.

Er zijn gestandaardiseerde klinische scoringslijsten ontwikkeld om de ernst van het AOS te beoordelen. De 'Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (revised)' (CIWA-Ar) is een valide en betrouwbare scoringslijst met 10 items over de symptomen van de patiënt. Deze lijst kan in enkele minuten door artsen worden afgenomen. Scores kunnen worden gebruikt als richtlijn voor interventies tijdens de onthouding^{14,2,24,25}.

Algemene behandeling

De standaardbehandeling van alcoholonthouding, ongeacht de ernst, bestaat uit ondersteunende zorg (algemene zorg in rustige omgeving, geruststelling, aandacht voor vocht- en elektrolytenbalans, voeding, realiteitsoriëntatie, herkennen en behandelen van comorbiditeit en observeren van onthoudingsverschijnselen)^{14,26} en het toedienen van thiamine¹⁴.

Steun, informatie, geruststelling en goede verzorging kunnen de noodzaak voor farmacologische en psychologische interventies bij alcoholonthouding verminderen²⁷. Het adequaat geven van informatie kan de ernst van de onthouding verminderen en de therapietrouw vergroten⁴.

Bij alcoholafhankelijke patiënten komt vaak psychiatrische co-morbiditeit voor. Deze stoornissen dienen adequaat behandeld te worden met medicamenteuze en/of psychotherapeutische therapie. De diagnostiek van psychiatrische stoornissen wordt meestal uitgesteld tot 3 à 4 weken na de detoxificatie, omdat tijdens de detoxificatie moeilijk onderscheid kan worden gemaakt in de oorsprong van de symptomen⁴.

De meest geschikte setting voor detoxificatie moet mede beoordeeld worden aan de hand van veiligheid en kosten. De noodzaak tot intramurale behandeling hangt af van de klinische beoordeling; de verwachte ernst van onthoudingsverschijnselen speelt hierbij een belangrijke rol⁴. Bij oudere patiënten moet intramurale behandeling eerder overwogen worden, omdat deze groep patiënten vaak ernstigere onthoudingsverschijnselen heeft²².

De behandeling tijdens detoxificatie is gericht op het verminderen van onthoudingsverschijnselen. De behandeling van het AOS is symptomatisch en profylactisch. In het merendeel van de gevallen behoeven de symptomen van alcoholonthouding geen medische interventies. Bij toename van het aantal symptomen van het AOS wordt de noodzaak tot medische interventie steeds groter om de ontwikkeling van serieuzere complicaties te voorkomen^{2,28}. In de praktijk zijn benzodiazepinen de eerste keuze middelen voor detoxificatiebehandeling van alcoholverslaving. Behandeling met andere middelen, zoals barbituraten, b-blokkers (propranolol), a-adrenerge stoffen (clonidine), carbamazepinen en phenothiazinen, is minder uitgebreid onderzocht.

Behandeling – Benzodiazepinen

Mayo-Smith²⁵ en Holbrook²⁹ geven in hun meta-analyse een beschrijving van de effectiviteit van benzodiazepinen bij detoxificatie van alcohol. Deze artikelen zijn moeilijk te vergelijken, omdat verschillende uitkomstmaten worden gebruikt. In het artikel van Mayo-Smith wordt de nadruk gelegd op twee specifieke onthoudingsverschijnselen, namelijk delirium tremens en epileptische aanvallen, terwijl in de meta-analyse van Holbrook de onthoudingsverschijnselen in het algemeen worden beschouwd. Mayo-Smith et al²⁵ beschrijven⁴ placebo gecontroleerde studies over het effect van benzodiazepinen op het voorkomen van delirium tremens. Chlordiazepoxide verlaagt de kans op een delirium tremens (3 van 172 patiënten; 1,7%) in vergelijking met een placebo (11 van 186 patiënten; 5,9%). Uit 5 placebogecontroleerde studies blijkt dat chlordiazepoxide ook het voorkomen van epileptische aanvallen vermindert (totaal 1 van 182 patiënten; 0,5%) in vergelijking tot patiënten met een placebo (17 van 196 patiënten; 8,6%). Delirium en epileptische aanvallen komen weinig voor, maar de consequenties kunnen groot zijn. Het effect van benzodiazepinen op deze verschijnselen ondersteunen het gebruik ervan in de detoxificatiefase²⁵. De resultaten van de studie van Holbrook²⁹ zijn minder uitgesproken. Uit 3 studies blijkt dat benzodiazepinen zorgen voor vermindering van onthoudingsverschijnselen in het algemeen in vergelijking met een placebo (odds ratio 3.28 (95% BI 1.30-8.28)). In 3 andere studies wordt het effect van benzodiazepinen vergeleken met het effect van enkele andere middelen (bromocriptine, doxepine en carbamazepine). Benzodiazepinen zijn niet superieur in het verminderen van onthoudingsverschijnselen (odds ratio 0.67 (95% BI 0.34-1.32)).²⁹

Een vast doseringsschema van benzodiazepinen blijkt minder succesvol dan een regime waarbij benzodiazepinen worden toegediend indien nodig ('symptom-triggered'). De noodzaak voor benzodiazepine toediening wordt beoordeeld op basis van de 'Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol' (CIWA-Ar) score²⁹. Toediening van benzodiazepinen op geleide van de symptomen in plaats van via een vast doseringsschema vermindert de duur van de benzodiazepine behandeling en de totale dosis^{1 10 29-31}. Daepfen et al²⁴ behandelt slechts 39% van de patiënten met benzodiazepinen in de 'symptom-triggered' groep versus 100% in de groep patiënten met een vast doseringsschema. Het aantal patiënten behandeld met benzodiazepinen voor alcoholafhankelijkheid wordt aanzienlijk kleiner door de 'symptom-triggered' behandeling.

Verscheidende benzodiazepinen blijken hetzelfde effect te hebben op het verminderen van symptomen van de onthouding²⁵. Er is enige aanwijzing dat langwerkende benzodiazepinen, zoals diazepam en chlordiazepoxide, meer effectief zijn in het voorkomen van epileptische aanvallen²⁵. Het voordeel van een benzodiazepine met een langere halfwaardetijd is een aangename en veiligere detoxificatiefase. Daepfen³⁰ voegt hieraan toe dat de potentie tot afhankelijkheid bij langwerkende benzodiazepinen kleiner is dan bij kortwerkende benzodiazepinen. Mayo-Smith²⁵ geeft echter aan dat middelen met een snelle 'onset', zoals diazepam, alprazolam en lorazepam een hogere misbruikpotentie hebben dan middelen met een langzame 'onset', zoals chlordiazepoxide en oxazepam. Langwerkende benzodiazepinen kunnen een risico opleveren voor het ontstaan van extreme sedatie in bepaalde groepen, zoals ouderen en patiënten met een leverstoornis^{17 25 29}. Oxazepam of lorazepam worden gebruikt bij oudere patiënten en patiënten met ernstige leverstoornissen, omdat deze kortwerkende benzodiazepinen niet door de lever worden gemetaboliseerd^{1 10 11 32}. Lorazepam verdient de voorkeur, omdat het voorspelbaar wordt geabsorbeerd via intramusculaire toediening^{10 32}. Uit de studie van Bird³³ komt om deze reden lorazepam als 1e keuze benzodiazepinen bij behandeling van alcoholafhankelijkheid naar voren.

Een acuut delirium tremens dient behandeld te worden met intraveneuze toediening van een hoge dosis diazepam⁹. Patiënten moeten daarbij goed geobserveerd worden voor tekenen van respiratoire depressie. Eenmalige epileptische aanvallen tijdens onthouding behoeven in het merendeel van de gevallen geen behandeling¹¹.

Holbrook et al¹⁴ benadrukken twee punten bij het voorschrijven van benzodiazepinen. Allereerst is het van belang om de behandeling met benzodiazepinen vroeg te starten aan de hand van de CIWA-Ar score in plaats van te wachten tot verder gevorderde onthoudingsverschijnselen. Ten tweede moeten adequate doses van benzodiazepinen (20 mg diazepam of 4 mg lorazepam) worden gegeven. Deze hoge doses zijn nodig om de tolerantie die veel mensen met alcoholafhankelijkheid hebben voor benzodiazepinen te overschrijden. Hogere doses, gegeven in een vroeg stadium, worden als veilig beschouwd en kunnen latere sedatie door lange toediening van lage dosis voorkomen¹⁴.

Behandeling – Barbituraten

Barbituraten, zoals chlormethiazole en tetrabamate, hebben een grote kans op misbruik waardoor ze niet waardevol zijn bij de detoxificatie van alcoholafhankelijkheid. Deze middelen hebben een effectieve werking op de milde onthoudingsverschijnselen, maar beïnvloeden de epileptische aanvallen en het delirium tremens niet^{25 30}. Phenobarbital heeft echter een lage misbruikpotentie, is langwerkend, makkelijk toe te dienen via orale, intramusculaire en intraveneuze routes, werkt anticonvulsief en is goedkoop. Barbituraten, inclusief phenobarbital, geven echter een verhoogd risico op ademhalingsdepressie en zijn over het algemeen minder veilig in het gebruik dan benzodiazepinen, vooral in combinatie met gebruik van alcohol²⁵.

Behandeling – Serotonerge middelen

De behandeling met 5-hydroxytryptamine (5-HT) reuptake inhibitors (zimeldine, citalopram, fluoxetine en fluvoxamine) verbetert de symptomen van angst en depressie tijdens alcoholde-toxicatie^{34 35}. 5-HT reuptake inhibitors beïnvloeden het optreden van een delirium tremens en epileptische aanvallen echter niet.

Behandeling – Adrenerge middelen

Veel symptomen van het AOS worden verklaard door toegenomen activiteit in het sympathische zenuwstelsel. De α 2-adrenoceptor agonisten, clonidine en lofexidine, zijn effectief in het behandelen van milde tot gemiddelde onthoudingssymptomen, maar veroorzaken hypotensie en sedatie³⁵. Clonidine heeft een gunstig effect op milde en gemiddelde onthoudingsverschijnselen in vergelijking met een placebo. Bij vergelijking van clonidine met benzodiazepinen blijkt het effect van clonidine op delirium tremens en epileptische aanvallen onduidelijk^{10 25 30}.

b-blokkers (propranolol) hebben geen effect op epileptische aanvallen tijdens alcoholonthouding. Een van de bijwerkingen van b-blokkers met een goede penetratie in het centraal zenuwstelsel is juist een delirium^{25 30}. b-blokkers kunnen echter wel een aanvulling zijn op de behandeling met benzodiazepinen, bijvoorbeeld bij hypertensie en tachycardie^{28 30}.

Behandeling – Verschillende middelen

Anticonvulsiva. Phenytoïne kan aangewezen zijn bij multipele terugkerende epileptische aanvallen, focale aanvallen of patiënten met epilepsie in de voorgeschiedenis, maar het vermindert het voorkomen van simpele onthoudingsgeïnduceerde epileptische aanvallen niet^{14 35}. Het effect van carbamazepine lijkt vergelijkbaar met benzodiazepinen bij milde tot gemiddelde onthoudingsverschijnselen²⁵. Carbamazepine heeft een gunstig effect op de snelheid van het verdwijnen van de onthoudingsverschijnselen³⁶. De kans op misbruik is laag en het heeft geen invloed op het leervermogen. De gegevens over dit middel zijn echter nog beperkt²⁵. Natriumdivalproaat, een anticonvulsiva, anti-kindling middel en g-aminoboterzuur "enhancer", heeft een gunstig effect op het verloop van de onthoudingsverschijnselen en resulteert in minder gebruik van benzodiazepinen³⁷. Er is verder onderzoek nodig naar de eventuele effectiviteit van gabapentine in de behandeling van alcoholonthouding³⁸.

Antipsychotica. Het gebruik van neuroleptica moet worden vermeden bij alcoholonthoudingsverschijnselen, aangezien de drempel voor epileptische aanvallen hierdoor verlaagd wordt^{11 14 25 30}. Patiënten met ernstige agitatie, gedachtestoornissen en hallucinaties kunnen echter haloperidol nodig hebben als aanvulling op de benzodiazepinebehandeling¹⁴. Phenothiazinen zijn minder effectief in het voorkomen van delirium tremens dan benzodiazepinen. Er is enig bewijs dat phenothiazinen een bijdrage kunnen leveren in het verminderen van milde onthoudingsverschijnselen²⁵.

Vitaminen en mineralen. In de eerste fase van de detoxificatie dient men rekening te houden met suppletie van voedingsdeficiënties. Toediening van glucose (intraveneus), multivitaminen, foliumzuur, magnesium en kalium vindt plaats indien nodig. Tijdens de detoxificatie neemt de plasma-magnesiumspiegel vaak af. Suppletie van magnesium is zonder risico, maar heeft geen invloed op de onthoudingsverschijnselen en wordt daarom niet routinematig toegediend^{25 39}. Thiaminedeficiëntie verhoogt de kans op het Wernicke-Korsakoff syndroom. Het wordt aangeraden om thiamine toe te dienen aan alle patiënten met alcoholafhankelijkheid. Suppletie van thiamine verlaagt de kans op een delirium tremens of een epileptische aanval echter niet²⁵.

Andere middelen die worden gebruikt bij alcohol detoxificatie zijn lachgas, g-hydroxyboterzuur en ethanol, deze methoden worden echter niet in Nederland toegepast. De resultaten van onderzoek naar het effect van lachgas zijn tegenstrijdig⁴⁰⁻⁴². Het gebruik van g-hydroxyboterzuur lijkt positieve effecten te hebben op het AOS⁴³⁻⁴⁵, maar het kan ook leiden tot misbruik en afhankelijkheid^{46 47}. Behandeling met ethanol via een afbouwschema tijdens de detoxificatie heeft geen aangetoond effect en er zijn veel bijwerkingen aan verbonden²⁵.

Conclusie

Benzodiazepinen zijn het meest bruikbaar bij preventie en behandeling van alcoholonthoudingsverschijnselen. Benzodiazepinen zijn de middelen van eerste keus bij alcohol detoxificatie. Er is onvoldoende vergelijkend onderzoek naar de effectiviteit van verschillende doses benzodiazepinen bij de detoxificatiebehandeling van alcoholafhankelijkheid. Uit de meeste studies blijkt een langwerkende benzodiazepine de voorkeur te hebben.

Het opstellen van een protocol voor het maken van de keuze voor een bepaald benzodiazepine en de dosis voor behandeling van alcoholonthoudingsverschijnselen tijdens de detoxificatiefase op basis van de huidige literatuur is moeilijk. De beste resultaten kunnen bereikt worden met een individuele behandelingsstrategie gebaseerd op de symptomen ('symptom-triggered'). Aanbevolen wordt deze strategie alleen binnen gespecialiseerde klinieken met getraind personeel toe te passen. In ambulante situatie kan men het best werken met een vast behandelingsstrategie.

Benzodiazepinen

Algemene achtergrond

Sedatieve hypnotica werken direct of indirect op de GABA-receptoren. Er zijn drie groepen te onderscheiden: barbituraten en barbituraachtige stoffen, benzodiazepinen en alcohol⁵. Benzodiazepinen hebben verschillende effecten, namelijk sedatie, spierrelaxatie, verminderen van epileptische aanvallen, somnolentie en anterograde amnesie¹¹. De belangrijkste indicaties voor behandeling met benzodiazepinen zijn de gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis, slaapstoornis, somatopsychische stoornis, epileptische aanvallen, depressie, schizofrene psychose en behandeling van onthoudingssymptomen^{1,48,49}. Benzodiazepinen worden ook vaak voorgeschreven bij vage, slecht omschreven indicaties, zoals emotionele instabiliteit, nervositeit en milde angstige en/of depressieve toestand⁴⁸. In het algemeen zijn benzodiazepinen een veilig en effectief middel met grote acceptatie en therapietrouw bij de patiënten⁴⁸. Het gebruik van benzodiazepinen alleen heeft een wijde veiligheidsmarge, maar in combinatie met alcoholgebruik kan het zeer gevaarlijk zijn⁸.

Onthoudingsverschijnselen

In het algemeen is er onderscheid te maken tussen twee groepen patiënten die afhankelijk zijn van benzodiazepinen, namelijk patiënten afhankelijk van meerdere psychoactieve stoffen en patiënten die benzodiazepinen in eerste instantie zijn gaan gebruiken op voorschrift van een arts⁵⁰. Afhankelijkheid van benzodiazepinen kan zich dus ontwikkelen in de context van een medische behandeling¹¹¹. Risicofactoren voor de ontwikkeling van afhankelijkheid van benzodiazepinen zijn hoge doses, gebruik van krachtigere en kortwerkende benzodiazepinen, langdurige therapie en premorbide afhankelijke persoonlijkheidskenmerken⁵¹. Vier patiëntgroepen in het bijzonder lopen een verhoogd risico op het ontwikkelen van afhankelijkheid van benzodiazepinen: patiënten met afhankelijkheid van psychoactieve stoffen in de medische voorgeschiedenis, patiënten met chronische lichamelijke stoornissen (met name bij pijnsyndromen), patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en patiënten met chronische slaapstoornissen⁴⁸. De ernst van de onthoudingsverschijnselen van benzodiazepinen is vaak minder dan van de andere sedatieve hypnotica⁵. Onthoudingsverschijnselen ontstaan meestal bij tenminste³ maanden van continue gebruik of bij dosering boven de therapeutische dosis¹¹. Tekenen van benzodiazepinenonthouding zijn verhoogde psychomotore activiteit, agitatie, spierzwakte en spierpijn, trilligheid, hyperpyrexia, diaphoresis, delirium, epileptische aanvallen, hartkloppingen, verhoogde bloeddruk, pols en temperatuur en tremor van oogleden, tong en handen. Symptomen bestaan uit angst, depressie, euforie, incoherente gedachten, desoriëntatie, vijandigheid, grootheidswaans, tactiele, auditieve en visuele hallucinaties en suïcidale gedachten^{11,17,48,51,52}.

Onthoudingssymptomen kunnen veel lijken op symptomen van een gegeneraliseerde angststoornis. Bij het afbouwen van benzodiazepinen moet rekening worden gehouden met de kans op een recidief van de angststoornis⁷. Het kan moeilijk zijn om het onderscheid tussen 'rebound' symptomen en onthoudingssymptomen te maken⁴⁸.

Onthoudingssymptomen van kortwerkende benzodiazepinen treden 12 tot 24 uur na de laatste dosis op, bereiken hun piek tussen 2 en 4 dagen en de totale onthoudingsperiode duurt 4 tot 7 dagen^{1,7,8,17}. Er zijn verschillende gegevens bekend over de onthoudingssymptomen bij langwerkende benzodiazepinen. De piek in intensiteit van de onthoudingsverschijnselen varieert tussen 4-5 dagen en gedurende de tweede week. De gegevens over de totale onthoudingsperiode verschillen sterk, variërend van 7 dagen tot 3-4 weken^{1,7,8,17}.

Alcoholconsumptie of gebruik van andere sedativa kunnen ernstigere onthoudingsverschijnselen veroorzaken⁵³. Een hoge dosis, langdurige gebruik en kortwerkende benzodiazepinen verergeren het onthoudingssyndroom ook^{8,52}. Bepaalde patiëntsubgroepen hebben een lan-

gere en ernstigere benzodiazepinenonthoudingssyndroom. Patiënten met angststoornissen kunnen een 'rebound' van angstsymptomen hebben tijdens benzodiazepinenafbouw. Een langzamere benzodiazepinenafbouw is in deze gevallen gewenst. Oudere patiënten hebben een verhoogd risico op een delirium bij afbouw van benzodiazepinen. Een andere subgroep die moeilijkheden ervaart tijdens benzodiazepinen afbouw zijn polydruggebruikers. Deze patiënten gebruiken vaak hoge doses kortwerkende benzodiazepinen. Het gebrek aan therapietrouw en de ernst van de onthoudingsverschijnselen leiden tot de noodzaak van intramurale detoxificatie⁵⁴.

Hallfors et al⁵⁵ hebben in een meta-analyse de afhankelijkheidspotentie van kortwerkende benzodiazepinen onderzocht. Uit de resultaten blijkt dat kortwerkende benzodiazepinen zorgen voor een groter aantal dropouts en een hogere incidentie van rebound van angstsymptomen. Het verschil in ernst van onthoudingssymptomen tussen kort- en langwerkende benzodiazepinen is al zichtbaar na een behandeling met benzodiazepinen van 4 weken.

Behandeling

Onthouding van langdurig gebruik van benzodiazepinen wordt aangeraden vanwege bestaande twijfels over de effectiviteit van langdurige behandeling en het risico van negatieve bijeffecten zoals afhankelijkheid. De behandeling van benzodiazepinenafhankelijkheid vindt meestal plaats via een gradueel afbouwschema in combinatie met psychologische steun. De afbouw van benzodiazepinen moet op de individuele patiënt worden afgestemd, dit kan weken tot maanden duren⁵⁶. Abrupte detoxificatie geeft vaak meer en intensievere onthoudingsverschijnselen dan geleidelijke detoxificatie. Bij ouderen moet de afbouw zeer geleidelijk zijn, aangezien deze groep patiënten gevoeliger is voor het ontwikkelen van een psychose en waanideeën.

Oude Voshaar⁵⁷ heeft in een systematische literatuurstudie aangetoond dat abstinentie in 63% van de patiënten wordt bereikt met systematische afbouwprogramma's. Het omschakelen op langwerkende benzodiazepinen, dosis, opname en diagnose kunnen hier een gunstig effect op hebben. In het algemeen bestaat er geen duidelijkheid over het beste afbouwschema tijdens benzodiazepinendetoxificatie; er hebben nog geen gerandomiseerde patiëntcontrole onderzoeken plaatsgevonden. In eerste instantie raadt Rickels aan om de afbouw in 4 weken te voltooien, waarbij met stappen van 25% wordt geminderd in de eerste 2 weken en in week 3 en 4 met vier stappen van 12,5%. Later geeft Rickels⁵⁸ echter aan dat deze geleidelijke afbouw te snel is. Een afbouw van enige maanden zou een betere resultaat opleveren. De eerste 50% van de benzodiazepinenafbouw kan in 2 tot 4 weken plaatsvinden. Vervolgens moet deze verminderde dosis benzodiazepinen voor enkele maanden worden aangehouden, voordat de totale afbouw wordt gestart⁵⁸.

Langwerkende benzodiazepinen zijn effectiever dan kortwerkend in het onderdrukken van onthoudingssymptomen en in het gradueel en aangenaam laten verlopen van het afbouwproces^{17,52}. In het algemeen kan men een grotere therapietrouw en een lagere morbiditeit verwachten bij het gebruik van langwerkende benzodiazepinen, omdat de onthoudingssymptomen minder intens zijn¹⁷. Bij sommige patiënten kan het overschakelen van een middel met een kortere halfwaardetijd naar een middel met een langere halfwaardetijd zinvol zijn bij het afbouwen van benzodiazepinen^{11,59}.

Een deel van detoxificatie is gericht op psychologische behandeling. Patiënten moeten psychologisch worden gesteund bij het afbouwen van benzodiazepinen. Deze begeleiding bestaat uit voorlichting over afhankelijkheid en onthoudingsverschijnselen van benzodiazepinen, algemene aanmoediging, verminderen van angst en het leren omgaan met stress^{56,60}. Patiënten moeten daarnaast worden voorbereid op het leren omgaan met terugkeer van de

stoornis. Cognitieve gedragstherapie kan een positieve bijdrage leveren aan de behandeling. In het algemeen is de cognitieve gedragstherapie gericht op het voorkomen van paniekaanval- len. Deze therapie bestaat onder andere uit voorlichting geven over angstverschijnselen, iden- tificatie en correctie van negatieve gedachten en herhaalde expositie aan angst opwekkende zaken onder gecontroleerde omstandigheden⁶⁰. Veel patiënten behoeven slechts een mini- male mate van steun, een kleine minderheid heeft een psychologische behandeling nodig⁵⁶. Farmacologische behandeling van benzodiazepinenafbouw met carbamazepine, imipramine, valproaat en trazodone blijken een positieve invloed te hebben op de succespercentage van de afbouw. Geen van deze middelen blijkt echter effect te hebben op de ernst van de ont- houdingsverschijnselen^{54 58 61 62}. Volgens Oude Voshaar⁵⁷ is er slechts beperkt bewijs dat car- bamazepine en imipramine een gunstig effect hebben op de afbouw van benzodiazepinen. Progesterone heeft geen gunstig effect op zowel de onthoudingsverschijnselen als het suc- cespercentage⁶³.

Serotonerge anxiolytica, zoals buspirone, kunnen als anxiolytische medicatie worden gebruikt in plaats van benzodiazepinen en leiden niet tot afhankelijkheid en onthoudingpathologie. Het effect van deze middelen op het verminderen van angst zijn echter beperkt.

Zitman et al⁶⁴ evalueerde een behandelingsprogramma aangaande het gradueel stoppen van chronisch benzodiazepinengebruik met of zonder selectieve serotonine reuptake inhibitors (SSRI) bij depressieve patienten. Alle patiënten werden ingesteld op diazepam. Het vervolgens gradueel afbouwen blijkt een effectieve wijze voor het stoppen met chronisch benzodiazep- inengebruik. De dagelijkse dosis werd verminderd met 25% in de eerste en tweede week. De overgebleven 50% werd in vier stappen van 12,5% afgebouwd in week 3 en 4. De behandel- ing met een SSRI heeft slechts een beperkte toegevoegde waarde. Er wordt in deze studie echter niet gesproken over de mate van onthoudingsverschijnselen.

Persoonlijkheidspsychopathologie heeft een significant en onafhankelijk effect op het verloop van benzodiazepinendetoxicatie. Deze pathologie kan leiden tot verergering van subjectieve onthoudingssymptomen en zorgt voor het eerder falen van afbouw pogingen. Dit heeft tot gevolg dat klinische beslissingen over de benzodiazepinenafbouw mede moeten worden bepaald aan de hand van persoonlijkheidsdiagnostiek^{48 58 65}.

Patiënten afhankelijk van benzodiazepinen ervaren vaak angst over de ontwikkeling van sla- peloosheid na detoxificatie. Het is belangrijk om voorafgaande aan de afbouw met benzodi- azepinen het slaappatroon te evalueren en mogelijk te corrigeren⁵³.

In veel gevallen kan de behandeling van detoxificatie van benzodiazepinen ambulant plaats vinden. Bij aanwezigheid van een psychiatrische stoornis of afhankelijkheid van andere psychoactieve stoffen is behandeling in een intramurale setting geïndiceerd.

Conclusie

Een gradueel afbouwprogramma met een langwerkende benzodiazepinen verdient de voor- keur bij behandeling van benzodiazepinenafhankelijkheid. Verder onderzoek is nodig naar de precieze invulling van dit gradueel afbouwschema. Inmiddels is er wel een multidisciplinair behandelprofiel gerealiseerd voor de klinische afbouw van benzodiazepinen⁶⁶.

Bij detoxificatie van benzodiazepinen moet rekening worden gehouden met een aantal alge- mene behandelingsaspecten. Goede en gereguleerde voeding is noodzakelijk. De hunkering naar psychoactieve stoffen kan verergerd worden door honger of junkfood. Koffiegebruik gaat vaak omhoog, teveel koffie kan resulteren in onnodige stress, gevoeligheid en prikkel- baarheid. Medicatie moet op een goed en rustig moment van de dag worden ingenomen. Hiervoor moet tijd worden ingeruimd in de dagelijkse routine. Aangeraden wordt om een programma op te stellen met (aërobe) lichaamsbeweging. Patiënten zijn vaak moeilijk te motiveren tot extra lichaamsbeweging, het leidt echter in het algemeen tot verbetering in hun welbevinden.(4)

Opiaten

Algemene achtergrond

De prevalentie van opiaatgebruik in de algemene populatie is laag (minder dan 0.15%). Opiataafhankelijkheid vormt echter een belangrijk maatschappelijk probleem, omdat het vaak gepaard gaat met ernstige ziekten⁶⁷. Opiaten zijn onder te verdelen in natuurlijke stoffen (opium en opiumderivaten) en synthetische stoffen (heroïne, codeïne, methadon, morfine).

Onthoudingsverschijnselen

Verschillende opiaten produceren dezelfde onthoudingssymptomen, al verschilt begintijd en duur van het onthoudingssyndroom per soort opiaat¹. Bij opiaten met een korte halveringstijd (heroïne en morfine) beginnen de onthoudingsverschijnselen 6 tot 12 uur na de laatste doses. Onthouding van opiaten met lange halfwaardetijd ontwikkelt zich langzamer (12 tot 48 uur) en heeft een langduriger verloop, maar is meestal minder intens. Het ontstaan van onthoudingssymptomen is onder meer afhankelijk van de aard van de gebruikte drugs, de totale dagelijkse doses, het interval tussen doses, de duur van gebruik, de gezondheid, gemoedstoestand en de persoonlijkheid van de patiënt^{1 68 69}. Het verband tussen de dosis en de onthoudingssymptomen is onduidelijk^{68 70}.

Onthoudingssymptomen in acute fase zijn geïrriteerdheid, angst, vrees, spierpijnen, onderbuikklachten, koude rillingen, misselijkheid, diarree, gapen, tranen, zweten, neus snuiven, rhinorhea, algehele zwakte en slapeloosheid. De piek van deze symptomen wordt binnen 2 tot 4 dagen bereikt. De meeste fysieke onthoudingssymptomen duren niet langer dan 7 tot 14 dagen⁶⁷, al kunnen sommige onthoudingsverschijnselen langer dan 3 weken voortduren^{1 68}. Subjectieve symptomen zorgen voor meer ongemak dan objectieve symptomen⁶⁸. Na de acute fase volgt de chronische onthoudingsfase, die gekarakteriseerd wordt door een verminderd algemeen welbevinden.

Er zijn twee veel gebruikte Engelstalige vragenlijsten om de onthoudingsverschijnselen in kaart te brengen. De Subjective Opiate Withdrawal Scale (SOWS)⁷¹ heeft 16 symptomen met een range van 0 (helemaal niet) tot 4 (heel erg) en wordt door de patiënt ingevuld. De SOWS wordt beschouwd als een betrouwbaar, valide instrument. De Objective Opiate Withdrawal Scale (OOWS)⁷¹ bevat 13 lichamelijke observeerbare symptomen met de keuzemogelijkheid 'nee' en 'ja', die door de medewerker wordt ingevuld. Deze twee vragenlijsten zijn vertaald in het Nederlands, respectievelijk de OOPOS (Objectieve Opiaat OnthoudingsSchaal) en de SOOS (Subjectieve Opiaat OnthoudingsSchaal).

Algemene behandeling

Behandeling bij detoxificatie vindt plaats tijdens de acute fase en bestaat uit één of meerdere medische interventies. Over het algemeen is drop-out tijdens detoxificatie en terugval in opiaatgebruik na detoxificatie hoog. Sommige behandelingen kunnen geassocieerd worden met bijwerkingen en complicaties die niet typisch deel uitmaken van het onthoudingssyndroom.

Behandeling – Reduceren opiaatagonist (methadon)

De meest gebruikte detoxificatiebehandeling bij opiaatafhankelijkheid is methadonreductie⁷². Behandelingsschema's van methadonreductie variëren in de verschillende studies, met name met betrekking tot duur (10 dagen tot meer dan 25 weken), dosis schema (vast, flexibel) en aanvang reductie (direct, eerst stabilisatieperiode). Een aanvangsdosis van 20-40 mg/dag met een lineaire reductie van de dosis tot nul over een periode van 10 tot 21 dagen blijkt een veel gebruikt schema te zijn^{1 67}. Methadon moet niet gebruikt worden voor mindere verslavende opiaten als propoxyphene en pentazocine⁶⁸.

Het resultaat van methadonreductie wordt geassocieerd met erg hoge terugvalpercentages⁷³.

De literatuurstudie van Gowing et al.⁶⁷ laat een voltooiingspercentage zien van 47%. Er is een duidelijk significant verschil tussen het aantal patiënten dat de detoxificatie volbrengt in klinische setting (577 uit 740; 78%) en ambulante setting (360 uit 1144; 31%). Dit wordt bevestigd door Galanter & Kleber⁶⁸.

Patiënten met methadonafhankelijkheid lijken vaker de detoxificatie te volbrengen dan patiënten afhankelijk van heroïne. Afbouwschema's van 21 dagen of korter hebben betere resultaten dan langer dan 21 dagen. Daarnaast suggereren twee studies^{74,75} dat een vast afbouwschema effectiever is dan flexibelere schema's.

Duur en hevigheid onthoudingssymptomen

Onthoudingssymptomen zijn over het algemeen mild tot matig en nemen toe aan het einde van het reductieschema met een piekscore vlak na de laatste methadondag^{76,77}. Vermindering van de onthoudingssymptomen tot baseline duurt gemiddeld 10 tot 20 dagen, afhankelijk van het reductieschema. Een reductieschema van 21 dagen laat een vergelijkend beeld zien als die van 10 dagen, maar met een later en meer gradueel begin van de symptomen. De piek ligt ook hier rond de tijd dat met methadon gestopt wordt⁷⁸, al heeft de 10-dagenafbouw een significant hogere gemiddelde piekscore⁷⁶. Detoxificatie van methadon heeft significant meer onthoudingssymptomen dan detoxificatie van heroïne. Dosis en verslavingsduur hebben geen invloed op de intensiteit van onthoudingssymptomen^{70,79}. Strang en Gossop⁸⁰ suggereren dat patiënten met minder dan 50 mg/dag minder onthoudingssymptomen ervaren tijdens herstelfase bij een inverse exponentiele reductie, dan bij een lineaire patroon en patiënten met meer dan 50 mg/dag meer baat hebben bij een lineaire reductie. Bij niet gediagnosticeerd gebruik van sedatieve drugs kunnen tijdens de detoxificatie epileptische of hysterische aanvallen ontstaan⁶⁸.

Stemming, depressie, angst, neuroticisme en verwachte onthoudingsverschijnselen lijken een rol te spelen bij het slagen van detoxificatie. Een verklaring voor het belang van stemming kan zijn dat verandering in stemming tijdens detoxificatie mogelijk belangrijker is dan de stemming bij aanvang van behandeling⁶⁷.

Veel medicamenten blijken niet of nauwelijks ondersteunend te werken. Bij methadonafbouw gaat de voorkeur uit naar anxiolytica in vergelijking tot een antidepressiva. Tranquilizers of slaapmiddelen kunnen gebruikt worden bij angst en slaapproblemen⁶⁷. Clonidine blijkt minder meerwaarde te bieden tijdens methadonreductie dan bij abrupte opiaatonthouding⁸¹.

Behandeling – partiële agonisten (buprenorphine)

Buprenorphine is een partiële agonist en wordt al langer gebruikt tegen chronische pijn, maar kan ook gebruikt worden als stabilisatiemiddel of reductiemiddel bij opiaatafhankelijkheid. Buprenorphine kan leiden tot fysieke afhankelijkheid en het wordt aangeraden om geleidelijk af te bouwen.

Vanwege de variabiliteit in behandelingsschema en definities variëren de voltooiingspercentages van detoxificatie tussen 20% en 80%⁶⁷. Gowing et al.⁸² spreken over voltooiingspercentages van 65% tot 100%. Mogelijk beïnvloedende factoren voor deze verschillen zijn motivatie, behandelingssetting, gebruik van additionele medicatie, langdurig gebruik van placebo, langdurige afhankelijkheid bij aanvang en behandelingsintensiteit. Psychosociale steun naast behandeling met buprenorphine lijkt het behandelingsresultaat te verbeteren.

Buprenorphine kan gestopt worden door de dosering in 7 tot 21 dagen te reduceren tot nul. Onthoudingsverschijnselen bij behandeling met buprenorphine zijn over het algemeen mild en minder dan bij methadonreductie. Symptomen zijn droge mond, misselijkheid, rusteloosheid, gapen, lichte angst, spier- en botpijn en slapeloosheid^{67,83}. De duur van de onthoudingssymptomen is niet helemaal duidelijk⁶⁸. Twee studies toonden een gestage afname van onthoudingscores van aanvang tot 8-10 dagen^{84,85}. In de studie van Kuhlman et al.⁸⁶ werd

abrupt gestopt met buprenorphine. Dit liet een stijging in onthoudingscores zien in de eerste 2 dagen met een piek 3 dagen later en terug naar baselineniveau na 14 dagen. Reductie met buprenorphine laat een vergelijkbaar patroon zien als bij een reducerende dosis van methadon, waar symptomen opkomen bij een bepaald dosisniveau (1 mg/dag buprenorphine). Er worden weinig bijwerkingen (misselijkheid, overgeven en constipatie) gerapporteerd. Het voordeel van buprenorphine is dat patiënten het makkelijker vinden te stoppen van buprenorphine dan van methadon 1 en dat patiënten eerder ingesteld kunnen worden op naltrexon⁶⁷. De enige direct vergelijkende studie met methadonreductie is uit 1988⁸⁷ en rapporteert geen significant verschil voor wat betreft terugval, opiaatgebruik en zelfgerapporteerde symptomen.

Behandeling – α 2-adrenerge agonisten (clonidine / lofexidine)

Een andere methode voor de behandeling van met name de detoxificatieklachten die gerelateerd zijn aan het autonome zenuwstelsel is het gebruik van α 2-adrenerge agonisten. Clonidine en lofexidine zijn de meest gebruikte α 2-adrenerge agonisten in de klinische praktijk. De maximale dosis wordt gegeven tijdens de meest acute detoxificatie fase gevolgd door graduele afbouw. De duur van de behandeling varieert tussen de 4 en 10 dagen (clonidine) en 10 en 14 dagen (lofexidine).

Bij Gowing et al.⁶⁷ (41 studies) is het totale voltooiingspercentage 62%. Er is een duidelijk significant verschil tussen het aantal patiënten dat de detoxificatie volbrengt in klinische setting (465 uit 663; 70%) en ambulante setting (437 uit 842; 52%). Patiënten met methadonafhankelijkheid (67%) lijken vaker de detoxificatie te volbrengen dan patiënten afhankelijk van heroïne (60%). Behandeling met lofexidine (67%) is niet beter dan met clonidine (64%). Hoge voltooiingspercentages kunnen te maken met hoog gemotiveerde stabiele cliënten en/of goede support.

De ernst van de onthoudingssymptomen is mild tot matig. Onthoudingsverschijnselen bij de behandeling met α 2-adrenerge agonisten lijken na het stoppen met methadon (12 tot 20 dagen) langer aan te houden dan na het stoppen met heroïne (4 tot 6 dagen). Objectieve onthoudingsverschijnselen zijn het hevigst 2 tot 3 dagen na het laatste opiaatgebruik, terwijl de piek in subjectieve symptomen later kan ontstaan⁶⁷. Clonidine en lofexidine lijken even effectief te zijn. Clonidine is effectiever in het onderdrukken van symptomen van het autonome zenuwstelsel dan andere subjectieve onthoudingssymptomen⁶⁹. Clonidine heeft geen effect op opiaat craving, anorexia, buikpijn, misselijkheid, overgeven, spierpijnen en slapeloosheid^{1 67 68}. De voordelen van α 2-adrenerge agonisten zijn dat er geen gebruik hoeft te worden gemaakt van een vast schema, het opiaat gebruik onmiddellijk kan worden gestopt en dat deze stoffen zelf geen euforie veroorzaken. Onderzoek naar het effect van toegevoegde medicamenteuze behandeling wordt aangeraden om onthoudingssymptomen (craving, spierpijnen, angst en slaapproornissen) te minimaliseren die niet reageren op α 2-adrenerge agonisten en wel leiden tot terugval in opiaatgebruik.

De belangrijkste klinische bijwerkingen van α 2-adrenerge agonisten zijn sedatie en hypotensie^{1 67}. De incidentie van hypotensie bij de behandeling met clonidine is groter dan bij de behandeling met lofexidine⁶⁷. Andere bijwerkingen zijn droge mond en zwakte. Het frequent optreden van de bijwerkingen leidt in het algemeen niet tot het eerder afbreken of stoppen met de behandeling.

De noodzaak van het monitoren van de bloeddruk bij behandeling met clonidine leidt tot de voorkeur van een intramurale behandelingssetting^{1 67}. Lofexidine kan mogelijk wel in een ambulante setting worden gebruikt.

Uit 41 studies⁶⁷ blijkt dat het voltooiingspercentage bij opiaatdetoxificatie met α 2-adrenerge agonisten gelijk of lager is dan bij detoxificatie met methadonreductie van 21 dagen of minder in een klinische setting. In een ambulante setting is het voltooiingspercentage bij metha-

donreductie (31%) veel lager dan bij clonidine/lofexidine (52%). De ernst van onthoudingsverschijnselen is gelijk aan methadonreductie, maar het patroon van onthouding verschilt. Er bestaan ernstiger symptomen gedurende de vroege fase van behandeling met α 2-adrenerge-agonisten, terwijl bij methadonreductie de symptomen pas ontstaan als de dosis methadon vrijwel nul is ⁶⁷. Drop-out treedt bij α 2-adrenerge agonisten in een eerder stadium op dan bij methadonreductie. α 2-adrenerge agonisten hebben meer bijwerkingen, worden minder geassocieerd met reboundeffecten en zijn effectiever tijdens abrupte onthouding ⁶⁸.

Behandeling - opiaatantagonisten

Detoxificatie van opiaten kan versneld plaatsvinden met behulp van opiaatantagonisten. Opiatantagonisten binden zich aan de opiaatreceptor, maar hebben zelf geen effect. Als een antagonist een agonist (b.v. heroïne) verdrijft, dan verdwijnt het effect van de agonist en ontstaat er een acuut onthoudingsyndroom. Voorbeelden van antagonisten zijn naloxon en naltrexon. Deze middelen worden respectievelijk parenteraal dan wel oraal toegediend. Naltrexon en naloxon blijken even effectief te zijn met voltooiingspercentages tussen 75-100%, gemiddeld 90% (Gowing et al, 1995), terwijl Galanter en Kleber ⁶⁸ een percentage beschrijven van 55 tot 95%. Het meeste onderzoek met antagonisten is gedaan bij patiënten die afhankelijk zijn van heroïne (Gowing et al., 1995).

Bell et al. ⁸⁸ rapporteren, aan de hand van 4 studies, onthoudingsklachten 30 tot 40 minuten na de eerste naltrexon dosis met een piek na twee uur. De totale duur van objectieve onthoudingsverschijnselen is 3-4 uur. Subjectieve bijwerkingen, voornamelijk hunkering en slapeloosheid, kunnen 8 dagen aanhouden. Dit patroon lijkt vergelijkbaar met methadonreductie. Slapeloosheid is het enige symptoom dat in alle 4 de studies is voorgekomen ⁸⁹⁻⁹². Andere gerapporteerde symptomen zijn spierpijn, angst, rusteloosheid en zwakte of vermoeidheid ⁶⁷. Overgeven of diarree kunnen voorkomen met name op de eerste dag ⁹³.

Er kunnen verschillende behandelcombinaties met opiaatantagonisten worden onderscheiden:

1. Antagonisten in combinatie met of volgend op buprenorphine behandeling:
Naltrexon of naloxon worden toegediend na stabilisatie met buprenorphine. Objectieve onthoudingssymptomen zijn mild en de reactie vermindert na herhaalde dosis. De ernst van onthoudingssymptomen hangt af van de dosis en lijken ernstiger bij patiënten afhankelijk van methadon ⁶⁷.
2. Antagonisten in combinatie met clonidine
Clonidine wordt voor en tijdens de inname van naltrexon ingenomen, waardoor de symptomen substantieel verminderen ⁶⁸. Voordeel van deze behandeling is een sneller verloop van de detoxificatieperiode en minder kans op uitval ^{69 94 95}.
Het gebruik van clonidine kan zorgen voor symptomen als duizeligheid, verdoving en droge mond. Delirium is een bijwerking van de behandeling die zich zo nu en dan voordoet en waar men op bedacht moet zijn. Galanter en Kleber ⁶⁸ beschrijven de combinatie van een antagonist met clonidine als een veilige, effectieve en economisch alternatief voor methadonreductie en clonidinebehandeling. Het is echter noodzakelijk de eerste uren na inname van de opiaatantagonist de patiënt goed te observeren vanwege kans op misselijkheid, diarree en delirium ⁹³.

3. Antagonisten toegediend onder zware verdoving
Naltrexon wordt niet in combinatie met anesthesie gebruikt, naloxon echter wel. Er bestaat geen standaard schema voor de behandeling van opiaatantagonisten onder anesthesie, ook wel Ultra Rapid Detoxification (URD) genoemd. De waarde van deze methode lijkt niet aanwezig⁹⁶, dat wil zeggen anesthesie blijkt geen meerwaarde te hebben⁹⁷. De blootstelling aan levensbedreigende risico's door anesthesie vormen ook een kritiekpunt. Daarnaast zijn de kosten van deze behandeling hoog⁶⁹. Anderzijds kan het versnellen van de detoxificatie leiden tot verminderde terugval^{69,94,95}.

Literatuur laat niet toe om behandeling met een antagonist onder anesthesie te vergelijken met conventionele detoxificatie^{67,98}. Uit follow-up gegevens uit diverse studies blijkt dat abstinentie zowel bij zelfrapportage als met de urine test hoog is (>90%)⁹⁹ en dat er veel doorverwezen worden naar vervolgbehandelingen⁹⁵. Dit wordt niet ondersteund door gerapporteerd onderzoek. Er zijn nauwelijks studies met randomisatiedesigns en controle groepen¹⁰⁰. In Nederland is recent gerandomiseerd onderzoek¹⁰¹ gedaan naar de effectiviteit van snelle detoxificatie met en zonder algehele anesthesie. Abstinentie na één maand was 80% voor beide groepen.

De ernst van onthoudingssymptomen en het optreden van bijwerkingen kan vergeleken worden met verschillende behandelingsschema's. Er bestaat een grote variatie in behandeling met de opiaatantagonist, namelijk de dosis en wijze van toediening, soort en duur van de verdoving en additionele medicatie die gebruikt wordt⁹⁸. Objectieve symptomen worden niet of nauwelijks gezien en tonen een piek op 24 uur na verdoving, gevolgd door een snelle afname. Subjectieve symptomen zijn over het algemeen matig en kunnen 3 tot 5 dagen na anesthesie nog aanwezig zijn. Slapeloosheid, kou, een ziek gevoel, misselijkheid, braken en diarree⁶⁷ zijn het meest frequent gedurende de eerste dagen. Slapeloosheid en slaapproblemen worden gerapporteerd tot 4 weken follow-up. Deze methode is nog niet met andere methodes vergeleken, zodat er niets over de duur en ernst van de onthoudingsverschijnselen kan worden gezegd ten opzichte van andere methodes. Meer onderzoek moet verricht worden naar onthoudingspatroon en beïnvloedende factoren.

Complicaties zijn overgeven tijdens de operatie, 'aspiration pneumonia', inwendige bloeding, bradycardie en/of hypokalemie, tijdelijke nierinsufficiëntie, diarree, koorts en rusteloosheid. In het ernstigste geval kan het de dood tot gevolg hebben. Grootschalige epidemiologische studies zijn nodig om een goede schatting te kunnen geven van het risico van ernstige bijwerkingen, inclusief overlijden, de rol van behandelingsaspecten, de medicamenten en patiëntkarakteristieken⁶⁷.

Behandeling – Verschillende middelen

Propoxyphene is minder effectief in het onderdrukken van onthoudingsverschijnselen dan methadon en is toxisch bij hogere dosis.

LAAM: Er is geen bewijs dat LAAM andere onthoudingssymptomen geeft dan methadon. Het verschil zit in een vertraagde start en minder intensieve onthoudingssymptomen. Daarnaast heeft het een hoog misbruikpotentiaal. Er is onvoldoende informatie om de potentie voor detoxificatie te kunnen bepalen⁶⁷.

Hypnotica, anxiolytica, antidepressiva, antipsychotica en drugs die de opiaatreceptor activeert (dextromethorphan, endogene opiaten en g-hydroxyboterzuur) zijn minder effectief en veroorzaken meer bijwerkingen dan α 2-adrenerge agonisten en methadon. Hypnotica, anxiolytica en drugs die de opiaatreceptor activeert lijken echter wel waardevol te zijn als additionele of symptomatische medicatie. Korte werkzaamheidsduur en mogelijkheid tot misbruik kunnen echter een probleem vormen. Antidepressiva en antipsychotica hebben een (te) lange inwerkperiode⁶⁷.

Andere medicatie: Lysine acetylsalicylaat en ascorbinezuur zijn niet vergeleken met meer gebruikelijke aanpak voor de behandeling van opiaatdetoxificatie. Ibogaine veroorzaakt mogelijke neurotoxiciteit en vormt een risico voor overlijden. De bruikbaarheid van baclofen is beperkt door de korte werkzaamheidsduur en potentie tot misbruik⁶⁷.

Electrostimulatie zou de onthoudingsverschijnselen kunnen beperken, maar het is waarschijnlijk minder effectief dan reducerende dosis methadon. Interesse in deze methode is de laatste jaren beperkt vanwege de benodigde apparatuur en de twijfelachtige waarde¹⁶⁷.

Discussie

De meest gebruikte detoxificatiebehandeling is met methadon. Literatuurstudies laten een voltooiingspercentage zien van 47% in ambulante setting en in klinische setting 78%. Patiënten met methadonafhankelijkheid lijken vaker de detoxificatie te volbrengen dan patiënten afhankelijk van heroïne, al zijn de onthoudingssymptomen hoger bij methadonafhankelijkheid. De onthoudingssymptomen zijn mild tot matig, terwijl buprenorphine over het algemeen nog mildere symptomen kent.

Bij Buprenorphine worden weinig bijwerkingen gerapporteerd. Voordeel van Buprenorphine is dat patiënten het makkelijker vinden te stoppen van Buprenorphine dan van methadon en dat patiënten eerder ingesteld kunnen worden op Naltrexon. Voltooiingspercentages zitten tussen de 65% en 100%. Op dit moment is buprenorphine voornamelijk gebruikt bij heroïneafhankelijken en is het effect op methadonafhankelijken onbekend. Buprenorphine behandeling lijkt veelbelovend, maar veel aspecten moeten nog onderzocht worden om de waarde van buprenorphine in de detoxificatiebehandeling van opiaten te kunnen bepalen.

Literatuurstudie indiceert dat α 2-adrenerge agonisten minder effectief zijn dan buprenorphine, doordat de voltooiingspercentages lager zijn en de onthoudingssymptomen en bijwerkingen minder ernstig zijn bij behandeling met buprenorphine. α 2-adrenerge agonisten hebben een gelijk of enigszins lager voltooiingspercentage dan methadonreductie in klinische setting. In ambulante setting doen de α 2-adrenerge agonisten het veel beter. De ernst van onthoudingsverschijnselen is gelijk, maar het patroon van onthouding verschilt. Nadeel van α 2-Adrenerge agonisten zijn de bijwerkingen sedatie en hypotensie

Clonidine heeft een goede werking in combinatie met naltrexon. Resultaten van 55% tot 95% worden genoemd met een onthoudingspatroon dat vergelijkbaar is met methadonreductie. Bijwerkingen van de clonidine zijn hypotensie, braken, diarree en delirium. Voordeel is het snelle detoxificatieproces.

Er bestaat onenigheid omtrent het gebruik van Naltrexon onder anesthesie, omdat er nog weinig bekend is over de effectiviteit, de kosten hoog zijn en anaesthesie de nodige risico's met zich mee brengt.

Samenvattend kan gezegd worden dat er drie methoden zijn. Methadon en Buprenorphine worden hoofdzakelijk gebruikt ter opiaatreductie. α 2-adrenerge agonisten (clonidine en lofexidine) worden gebruikt bij abrupt staken van opiaatgebruik en opiaatantagonisten versnellen het detoxificatieproces.

Vervolgonderzoek naar voorspellende factoren voor succes of falen van de detoxificatie is van belang, zodat onderzoek gericht kan worden op mogelijke additionele interventies.

Cocaïne

Algemene achtergrond

De groep van stimulerende stoffen valt uiteen in drie belangrijke groepen, namelijk cocaïne, amphetamine en methylfenidaat (Ritalin). De eerste twee groepen hebben een groot gezondheidsrisico¹⁰². Cocaïne is een alkaloid derivaat van de Zuid Amerikaanse Coca plant^{8 11 103}. Hydrochloride zout van cocaïne is de poedervorm die nasaal wordt geïnhaleerd door een smal buisje. Absorptie verloopt via nasaal slijmvlies en soms wordt een deel van de psychoactieve stof doorgeslikt en via het maagdarmkanaal geabsorbeerd. Cocaïne HCl kan ook worden gemengd met water en subcutaan ('skin popping') of intraveneus met heroïne ('speedballing') worden geïnjecteerd. 'Crack', een populaire neutrale basis ('freebase') vorm, wordt verwarmd in een pijp en geïnhaleerd. Snelle en volledige absorptie van de cocaïne vindt dan plaats via het longweefsel, resulterend in een plasma concentratie profiel gelijk aan intraveneuze injectie^{8 11 103}.

Cocaïne heeft een complex effect op het centraal neurotransmitters systeem. Cocaïne is een sterke stimulans van het centrale en perifeer sympatische zenuwstelsel, waardoor bij een lage tot matige dosering gevoelens van euforie, zelfvertrouwen en toegenomen mentale en lichamelijke vermogen ontstaan¹⁰⁴. Dopamine blijkt vooral verantwoordelijk voor het euforische effecten van cocaïne^{11 103}. De meeste fysiologische effecten van cocaïne zoals tachycardia, hypertensie, mydriasis en tremor, zijn het gevolg van acute toename van centraal en perifeer noradrenaline¹¹.

Chronisch cocaïnegebruik kan ernstige medische consequenties hebben. Cardiovasculaire complicaties zijn hartinfarct, cardiale arrytmie, myocardiale ischemie, myocarditis, cardiomyopathie, aneurysma's en ruptuur van de stijgende aorta¹⁰³⁻¹⁰⁵. Complicaties van het centrale zenuwstelsel door cocaïnegebruik zijn CVA's, epileptische aanvallen, cerebrale ischemie, cerebrale atrofie, cognitieve achteruitgang en subarachnoïdale bloedingen^{103 106}. Andere complicaties zijn nierfalen, intestinale infarct en respiratoir falen. Een deel van de complicaties zijn afhankelijk van de toedieningsroute. Bij het snuiven van cocaïne kan verlies van gevoel of reuk, atrofie van het nasale membraan, necrose en perforatie van het neusseptum optreden^{103 107 108}. Intraveneuze toediening kan leiden tot infectie en abcesvorming en verspreiding van HIV^{107 108}. Het roken van 'crack' kan longschade, pulmonair oedeem, bronchitis, spontane pneumomediastinum en pneumopericardium veroorzaken^{103 108}. Hyperthermie, eetstoornissen, seksuele disfunctie, rhabdomyolysis, psychiatrische complicaties met paranoia, zware depressie en agressief gedrag worden ook gerapporteerd^{103 107}.

De halfwaardetijd van cocaïne is ongeveer 1 uur. De werking van cocaïne begint 8 seconden tot 30 minuten na inname afhankelijk van de toedieningsroute. De duur van het effect is ook afhankelijk van de wijze van inname en varieert van 5 tot 90 minuten¹⁰⁹.

Onthoudingsverschijnselen

De intense euforie bij cocaïnegebruik zorgt voor een grote psychologische afhankelijkheid¹¹. Lichamelijke afhankelijkheid is daarentegen veel minder sterk en tijdens onthouding van cocaïne zijn geen lichamelijke symptomen zichtbaar¹⁰⁹. Craving naar cocaïne is het meest prominente en verstoorde symptoom van cocaïneonthouding. Cocaïneonthouding heeft meestal een voorspelbaar en langdurig verloop.

De klinische kenmerken en de duur van het cocaïneonthoudingssyndroom is enigszins controversieel en slecht gedefinieerd^{108 109}. Het onmiddellijke effect van cocaïneonthouding, 'cocaïne crash', duurt enkele uren tot dagen en is gerelateerd aan de depletie van neurotransmitters op synaptisch niveau. Patiënten ervaren tijdens deze periode intense dysforische agitatie, depressie, vermoeidheid, verminderde eetlust, hypersomnia en sterke drang naar

cocaïne-inname¹⁰⁴. De late effecten van cocaïneonthouding vinden enkele weken tot maanden plaats. Deze symptomen zijn secundair aan neuroadaptaties geïnduceerd door cocaïne. Symptomen bestaan uit stemmingslabiliteit, angst, persisterende anhedonia, dysforie, geïrriteerdheid, problemen met geheugen en concentratie, seksuele desinteresse of impotentie en persisterende drang naar cocaïne. De craving naar cocaïne kan spontaan ontstaan of geïnduceerd worden door herinneringen aan de "goede tijden" of door het zien van factoren gerelateerd aan cocaïnemisbruik (vrienden, locatie). Craving vermindert langzaam met de tijd, maar vaak duurt het jaren. Een algemene opvatting is dat drang naar cocaïne nooit helemaal verdwijnt¹⁰⁴.

Behandeling

Cocaïne afhankelijkheid is een van de moeilijkst behandelbare afhankelijkheid. De intense psychologische afhankelijkheid bij cocaïne is de reden dat intensieve psychologische behandeling en begeleiding belangrijk zijn voor patiënten met cocaïneafhankelijkheid. Deze behandeling kan het beste plaatsvinden in speciale behandelingscentra met een multidisciplinair zorgaanbod¹⁰⁴. De aanwezigheid van stimuli die de patiënt aan cocaïnegebruik herinneren en de beschikbaarheid van cocaïne in de omgeving, maakt ambulante behandeling minder geschikt voor de detoxificatiebehandeling van cocaïne. Om abstinentie langdurig te handhaven moeten patiënten leren omgaan met prikkels in hun leefomgeving die aanleiding kunnen zijn voor terugval. De patiënten moeten een nieuw leven zonder gebruik van cocaïne opbouwen. Hierbij is langdurige behandeling/begeleiding in ambulante setting nodig met name gericht op terugvalpreventie. Het lichamelijke onthoudingsverschijnselen van cocaïne en andere stimulantia is echter mild en vraagt meestal niet om medicamenteuze behandeling^{11 110}.

76% van de cocaïnegebruikers lijdt aan een psychiatrische ziekte, waaronder stemming-, angst- en persoonlijkheidsstoornissen. Cocaïnegebruik kan een psychiatrische stoornis overschaduwden. Het is belangrijk om tijdens de detoxificatie vast te stellen of er sprake is van een psychiatrische co-morbiditeit. De behandeling van een psychiatrische stoornis wordt gezien als een essentieel onderdeel van de behandeling van cocaïne afhankelijkheid¹⁰⁷. Affectiviteitstoornissen en ADHD komen vaker voor bij gebruikers van cocaïne dan in de algemene populatie¹¹.

Schuckit¹⁰² geeft een algemene beschouwing van cocaïnebehandeling. De behandeling moet in de eerste plaats bestaan uit het optimaliseren of stabiliseren van het lichamelijke en psychologische functioneren. Hierbij hoort een uitgebreid lichamelijk onderzoek en een evaluatie van de huidige sociale situatie. Rehabilitatie omvat gedrags-, cognitieve en psychologische processen. Deze beginnen over het algemeen tijdens de detoxificatie, maar moeten ook intensief worden aangeboden na de acute fase van onthouding¹⁰².

Er is op dit moment nog geen farmacologische behandeling waarvan de effectiviteit van het verminderen van de ernst van onthoudingsverschijnselen bewezen is⁹.

Cocaïne en amfetamine hebben belangrijke invloeden op tenminste drie neurochemische systemen in de hersenen, namelijk dopamine, norepinephrine en serotonine. Chronisch cocaïne gebruik leidt tot depletie van dopamine. Bromocriptine, dopamine agonist, heeft direct effect op postsynaptische dopamine receptoren. Verschillende studies hebben het mogelijke gebruik van bromocriptine bij verminderen van onthoudingsverschijnselen en verhogen van therapietrouw bij rehabilitatie getest. De resultaten zijn niet eenduidig^{9 102 105 108}. Uit een dubbelblind gecontroleerde, gerandomiseerde studie naar de vergelijking tussen bromocriptine en een placebo bij cocaïne onthouding blijkt dat bromocriptine geen gunstig effect heeft op de onthoudingsverschijnselen¹¹¹.

Er zijn ook onderzoeken gedaan bij cocaïneafhankelijke patiënten naar de werkzaamheid van amantadine, carbidopa, levodopa, mazindol, buprenorphine, antidepressiva, carbamazepine, naltrexon en methylfenidaat (Ritalin) in de acute fase van de onthouding. Geen van deze middelen hebben een bewezen gunstig effect op onthoudingsverschijnselen bij cocaïnegebruik^{11 102 107}. Tricyclische antidepressiva (desipramine, imipramine), trazodone, selectieve serotonine reuptake inhibitors en lithium kunnen worden gebruikt in een latere fase van cocaïneonthouding. De effectiviteit van deze middelen is nog niet bewezen¹⁰⁷.

Conclusie

Er is geen farmacologische behandeling effectief gebleken bij het verminderen van de ernst van onthoudingsverschijnselen bij cocaïneafhankelijkheid. Deze onthoudingsverschijnselen zijn voornamelijk het gevolg van de intense psychologische afhankelijkheid van cocaïne. Er is verder wetenschappelijk onderzoek nodig naar de mogelijkheden om onthoudingsverschijnselen van cocaïnegebruik medicamenteus te behandelen.

Cannabis

Algemene achtergrond

Cannabis is wereldwijd een van de meest gebruikte drugs^{8 11 112}. De eerste blootstelling aan cannabis is over het algemeen op jong volwassen leeftijd. De prevalentie van gebruik neemt af met de leeftijd. Longitudinaal onderzoek heeft uitgewezen dat mensen die cannabis gebruiken in hun twintiger jaren in 1/10 tot 1/3 van de gevallen doorgaan met gebruik in hun dertiger jaren¹¹². De prevalentie van cannabisafhankelijkheid is ongeveer 10-15% van de mensen die ooit cannabis heeft gebruikt. Afhankelijkheid lijkt toe te nemen bij frequent gebruik^{112 113}. Uit de literatuur blijkt dat naar schatting 20-30% van de mensen die meerdere malen cannabis gebruiken hierdoor een afhankelijkheid ontwikkelen^{113 114}.

De meeste effecten van cannabis worden veroorzaakt door D9-tetrahydrocannabinol, de psychoactieve component aanwezig in marijuana (cannabisbladeren) en hashish (cannabis resin)^{8 11}. Gewenste effecten zijn euforie, relaxatie, seksuele prikkeling, verhoogde sensatie en socialiseren met andere gebruikers. De eenvoudige toegankelijkheid, beperkte of afwezige juridische gevolgen, pogingen tot zelfmedicatie van psychische of emotionele problemen en uiteindelijk afhankelijkheid leiden tot chronisch gebruik. Intoxicatie duurt over het algemeen 2-3 uur. De actieve stof in cannabis, delta-9-tetrahydro-cannabinol, kan zich echter ophopen in vetweefsels, zoals de lever, hersenen en testes, waardoor het een lange halfwaardetijd heeft¹¹⁵. De schadelijke bijwerkingen van cannabisgebruik bestaan uit verminderde coördinatie, schade aan het longepitheel en reproductieve organen, verhoogd risico op infectie, cardiovasculaire effecten en cognitieve gebreken¹¹⁵. Psychologische en organische effecten op de lange termijn zijn nog onbekend. Er is wel bewijs dat chronisch cannabisgebruik kan leiden tot een 'amotivatoneel syndroom'. Symptomen hiervan zijn apathie, slaapzucht, verminderde concentratie, disfunctie in beoordelingsvermogen en geheugen en verminderde ambitie¹¹. Problemen bij gebruik van cannabis zijn onverklaarbare gedragsveranderingen, veranderde sociale relaties en slechte prestaties op school of werk¹¹⁵. Bepaalde groepen zijn gevoeliger voor het ondervinden van negatieve mentale effecten van cannabis, namelijk adolescenten, polydruggebruikers en patiënten met persoonlijkheidsstoornissen¹¹⁶.

Onthoudingsverschijnselen

In de DSM-IV 8 wordt gesproken over symptomen van een mogelijk cannabisonthoudingssyndroom bestaand uit geïrriteerde of angstige stemming met fysiologische veranderingen zoals tremor, perspiratie, misselijkheid en slaapstoornissen. De onthoudingsverschijnselen worden geassocieerd met het gebruik van zeer hoge dosis cannabis. De klinische relevantie van deze verschijnselen is nog onduidelijk⁸. Budney et al¹¹⁷ is beschrijft cannabisonthoudingssymptomen bij cannabisafhankelijkheid. Deze symptomen zijn geïrriteerdheid, spanning of nervositeit, rusteloosheid, slaapstoornissen, verminderde eetlust, agressie, depressie en hunkering^{112 117}. Matige tot ernstige cannabis-onthoudingssymptomen worden gemeld in 47-85% van de patiënten afhankelijk van cannabis bij het abrupt stoppen met cannabisgebruik¹¹⁷. Er is gebruik gemaakt van een cannabis-onthoudingschecklist en een onthoudingscore gebaseerd op 10 symptomen om de onthoudingssymptomen vast te stellen. Er bestaat een lineaire relatie tussen de dosis en de ernst van de onthouding¹¹⁷. In verschillende studies worden nog andere onthoudingsverschijnselen beschreven, namelijk verhoogde reflexen, misselijkheid, braken, gastrointestinale klachten en autonome effecten, zoals veranderingen in hartfrequentie en bloeddruk, zweten en diarree^{112 116}. Onthoudingsverschijnselen kunnen gedeeltelijk afhankelijk zijn van de toedieningswijze. Het roken van cannabis kan leiden tot vermindering van kwaliteit en kwantiteit van slaap, terwijl orale D9-tetrahydrocannabinol maagklachten veroorzaakt¹¹². Er bestaat onduidelijkheid over het begin, de duur en het einde van onthoudingsverschijnselen bij cannabisafhankelijkheid. Sommige auteurs geven aan dat de symptomen na 4 uur

beginnen en na 4 dagen verdwenen zijn, terwijl andere aangeven dat een piek van de symptomen ontstaan na 4 tot 7 dagen ¹¹². Volgens Budney ¹¹⁸ beginnen de onthoudingsverschijnselen na 1 tot 3 dagen, bestaat de piek tussen 2 tot 6 dagen en duren de meeste effecten 4 tot 14 dagen. Uit onderzoek van Kouri et al ¹¹⁴ naar cannabisonthouding blijkt dat symptomen zoals insomnia, rusteloosheid, anorexia en geïrriteerdheid, optreden binnen 24 uur na abstinentie met een piek in intensiteit op dag 2 tot 4 en dat de symptomen niet meer aanwezig zijn na 7 dagen. Agressief gedrag tijdens onthouding is in de eerste week significant groter in vergelijking met de controles. Het agressieve gedrag neemt in vier weken af tot het baseline-niveau ¹¹⁴.

De ernst van onthoudingsverschijnselen bij cannabisafhankelijkheid is groter bij patiënten met psychiatrische symptomatologie en bij meer frequent cannabisgebruik ¹¹⁷.

De onthoudingsverschijnselen zijn meestal mild en het risico van fysieke en psychische afhankelijkheid is kleiner in vergelijking met opiaten, cocaïne, alcohol en benzodiazepinen ^{11 117 119}.

Behandeling

Er zijn geen duidelijke beschrijvingen over de detoxificatiebehandelingen van cannabisafhankelijkheid. Er is geen informatie over het gebruik van farmacologische middelen bij cannabisonthouding. De behandeling is op dit moment met name gericht op educatie, sociale steun, 'drug monitoring' en aandacht voor de fysiologische toestand, co-morbiditeit en psychische condities ¹¹⁵. Patiënten afhankelijk van cannabis zoeken minder vaak hulp bij de behandeling dan bij afhankelijkheid van andere psychoactieve stoffen ⁸. Veel cannabisgebruikers vermijden het zoeken naar hulp vanwege ambivalentie over de ernst van hun problemen ¹¹³. Het identificeren van de aard en ernst van onthoudingssymptomen tijdens cannabisonthouding is cruciaal voor het ontwikkelen van behandelstrategieën bij het stoppen met cannabisgebruik ¹¹⁴. Op dit moment is vooral onderzoek naar onthoudingsverschijnselen bij cannabisafhankelijkheid nodig. Er bestaat onduidelijkheid over het feit of interventies voor de detoxificatie van cannabisafhankelijkheid noodzakelijk zijn.

Cannabisgebruik is meestal een onderdeel van polydruggebruik, met name alcohol en cocaïne. Dit beïnvloedt de onthoudingspathologie bij het staken van de verschillende psychoactieve middelen ^{8 11}.

Conclusie

Er is nog weinig bekend over de klinische relevantie van symptomen tijdens cannabisonthouding. Verder onderzoek is nodig naar de onthoudingsverschijnselen bij cannabisafhankelijkheid en de mogelijkheden van behandeling hiervan. Er zijn op dit moment nog geen aangrijpingspunten voor onderzoek naar het belang van farmacologische middelen bij behandeling van cannabisonthouding.

Polydrug gebruik

Algemene achtergrond

Patiënten afhankelijk van psychoactieve stoffen gebruiken zelden één psychoactief middel¹. Veel voorkomende combinaties van psychoactieve stoffen zijn alcohol en stimulerende drugs, alcohol en benzodiazepine, cocaïne en alcohol, cocaïne en benzodiazepine, cocaïne en opiaten, cocaïne en amfetamine en opiaten en barbituraten¹.

Onthoudingsverschijnselen

Onthoudingsverschijnselen bij het stoppen van polydruggebruik is afhankelijk van de gebruikte psychoactieve stoffen en komt in grote lijnen overeen met de afzonderlijke onthoudingsverschijnselen van een bepaalde psychoactieve stof. Gelijktijdig gebruik van verschillende soorten psychoactieve stoffen kan leiden tot versterken of modificeren van elk afzonderlijk middel, maar ook tot verzwakken of opheffen van de symptomen of verminderen van onwenselijke effecten. Barnas¹²⁰ geeft twee redenen aan voor gelijktijdig gebruik van benzodiazepinen en opiaten; enerzijds de beperkte beschikbaarheid van opiaten en anderzijds de behoefte om de psychotrope effecten van opiaten te versterken of te modificeren. Benzodiazepinen worden ook gebruikt om opiaatonthoudingsverschijnselen tegen te werken¹²⁰. Verder rapporteren cocaïnegebruikers vaak alcohol, cannabis of heroïne te gebruiken, om de irritatie veroorzaakt door hoge dosis stimulantia misbruik te reduceren¹²¹. Regelmatig gelijktijdig gebruik van verschillende psychoactieve stoffen verhoogt het risico van ernstige gevolgen.

Behandeling

In de literatuur wordt aangegeven dat het belangrijk is om bij het intake-gesprek het gebruik van alle psychoactieve stoffen in kaart te brengen, omdat verschillende stoffen elkaar kunnen beïnvloeden^{121 122}.

Bij afhankelijkheid van verschillende psychoactieve stoffen moet beoordeeld worden of gelijktijdig dient te worden afgebouwd met de verschillende psychoactieve stoffen of dat afbouw na elkaar plaats moet vinden. Er bestaan verschillende uitgangspunten voor de behandeling van verschillende combinaties van psychoactieve stoffen. Bij alcohol en stimulantia afhankelijkheid wordt gestart met de behandeling van alcoholafhankelijkheid. Phenobarbital wordt gebruikt bij de onthouding van afhankelijkheid van alcohol en benzodiazepinen. Bij afhankelijkheid van cocaïne en benzodiazepinen worden allereerst de onthoudingsverschijnselen van het stoppen met benzodiazepinen behandeld. Patiënten die afhankelijk zijn van opiaten en cocaïne worden allereerst behandeld voor de opiaatafhankelijkheid. Er is geen detoxificatieprotocol aanwezig voor de behandeling van cocaïne en amfetamine afhankelijkheid¹. Castenada¹²³ beschrijft een studie waarin de ernst van de onthoudingsverschijnselen bij alcoholafhankelijkheid worden bekeken met en zonder gelijktijdige afhankelijkheid van cocaïne. De onthoudingsverschijnselen zijn minder ernstig bij patiënten die zowel afhankelijk zijn van alcohol als van cocaïne. Deze patiënten maken minder gebruik van medicatie om de onthoudingsverschijnselen te verminderen.

Conclusie

Behandeling van afhankelijkheid van polydrug wordt bepaald aan de hand van de gebruikte psychoactieve stoffen. Er bestaat nog onduidelijk over de manier van afbouwen. Moet men zich met name op een van de drug richten? Moeten de verschillende stoffen gelijktijdig afgebouwd of gestopt worden? Is het beter om acuut te stoppen of om het langzaam af te bouwen? Er zijn overeenkomsten in behandeling van de specifieke psychoactieve stoffen. Er is wetenschappelijk onderzoek nodig naar combinaties en interacties tussen verschillende psychoactieve stoffen en de aangrijppunten voor behandeling van polydruggebruik.

Deel II

Detoxificatie van psychoactieve stoffen: ambulant als het kan, intramuraal als het moet?

Inleiding

De laatste jaren wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van multidimensionele modellen om te trachten de complexiteit van de alledaagse praktijk te ordenen en tegelijkertijd te ontkomen aan de dwang van reductionistische modellen. In Nederland heeft Van Dijk¹²⁴ een model geschetst waarin afhankelijkheid van psychoactieve stoffen wordt opgevat als de resultante van biologische, psychische en sociale processen die leiden tot het vicieuze proces. In het biopsychosociale (BPS) model van Engel¹²⁵ wordt een multidimensioneel model beschreven waarin verschillende etiologische denkmodellen worden samengevoegd. Later is er een consistente theorie toegevoegd die de samenhang van de verschillende elementen beschrijft. In de verslavingszorg wordt er voor gepleit meer te gaan werken vanuit het biopsychosociale model^{126 127 128 129}.

In dit artikel wordt eerst ingegaan op enkele algemene aspecten van detoxificatie en wordt vervolgens de literatuur samengevat die betrekking heeft op het verantwoord beslissen over de setting waar de detoxificatie plaats zal vinden.

Algemene aspecten van detoxificatie

Vaak wordt gebruik gemaakt van medicamenten tijdens de detoxificatie om onthoudingsverschijnselen te voorkomen en te behandelen. Vergelijkbaar met essentiële aspecten van psychotherapie, die vaak worden betiteld als specifieke factoren, is de niet-medicamenteuze ondersteuning echter van groot belang¹³⁰. Deze factoren zijn wel beschreven, maar er is weinig onderzoek dat de effectiviteit van de combinatie van medicatie en niet-medicamenteuze ondersteuning als onderwerp heeft.

In de verslavingszorg zijn verschillende disciplines werkzaam, er is echter geen informatie over de effectiviteit van solistisch dan wel multidisciplinair werken bij detoxificatie.

Detoxificatie wordt met name in de ambulante setting op individuele basis uitgevoerd. Het is te verwachten dat de elementaire categorieën van genezende factoren uit de groepstherapie heilzaam zijn voor patiënten die behandeld worden vanwege onthoudingspathologie¹³¹. In de intramurale setting wordt vaak in meer of mindere mate gebruik gemaakt van groepsgerichte behandeling. Er ontbreekt onderzoek naar verschillen in effectiviteit tussen individuele en groepsgerichte ambulante en intramurale behandelingen gericht op detoxificatie.

Samenvattend worden keuzen op het gebied van niet-medicamenteuze ondersteuning, solistisch optreden of samenwerking van disciplines en individuele dan wel groepsbehandeling gemaakt op basis van gezond verstand, ervaring, consensus, beschikbaar aanbod of pragmatisme.

De keuze van de setting: ambulante of intramuraal

In de literatuur is geen verschil gevonden tussen medicamenten die in een ambulante of intramurale behandeling gebruikt worden. Er is wel verschil in intensiteit van zorg, snelheid van detoxificatie en monitoring tijdens de behandeling die samenhangt met de inschatting van ernst van de (te verwachten) onthoudingspathologie. Het onderscheid tussen ambulante en intramurale behandeling betreft vooral de indicatiestelling daartoe.

Traditioneel wordt detoxificatie in Europese landen vaak intramuraal uitgevoerd en in de Verenigde Staten ambulante. Rationeel onderbouwd lijkt dit verschil in keuze niet. Uit een gerandomiseerde studie bij patiënten met alcoholafhankelijkheid blijkt dat drop-out uit de behandeling bij intramurale behandeling aanzienlijk lager is dan ambulante behandeling (5% versus 28%), maar dat het effect bij patiënten die de behandeling afmaken identiek is¹³².

De resultaten van deze en andere studies suggereren dat de keuze voor intramuraal of ambulantly vooral gemaakt zou moeten worden op basis van persoonlijke profielen van patiënten¹³³⁻

¹³⁶

De keuze voor de setting wordt gemaakt op basis van de inschatting van de te verwachte ernst van de onthoudingspathologie. De vraag die beantwoord moet worden luidt: 'Kan op basis van de inschatting volstaan worden met beperkte begeleiding of behandeling (vaak ambulantly) of moet intensieve zorg en behandeling worden geboden (intramuraal)?'. In de Nederlandse situatie wordt gesproken over verschillende zorgzwaarte: ambulantly, deeltijd, intramuraal met beperkte of intensieve zorg. Deze indeling zal in de komende jaren verfijnd worden en vertoont grote overeenkomsten met systemen die elders worden gebruikt (zie tabel 1 en 2).

Tabel 1 Zorg aanbod voor detoxificatie op vijf niveaus volgens Kasser et al¹³⁷

- I-D Ambulante detoxificatie zonder uitgebreide monitoring
- II-D Ambulante detoxificatie met uitgebreide monitoring
- III.2-D Intramurale detoxificatie met de nadruk op sociale steun
- III.7-D Intramurale detoxificatie met de nadruk op medische en verpleegkundige evaluatie en begeleiding
- IV-D Intramurale detoxificatie met de nadruk op medische en verpleegkundige behandeling en zorg

Tabel 2 Zorg aanbod voor detoxificatie op vier niveaus volgens Raistrick⁴

- 1 Vrijwillige sector of niet-specialist: ondersteunende counseling
- 2 Niet-specialistische GGZ teams: detoxificatie volgens vaste regels
- 3 Specialistische verslavingszorg: complexe gevallen waarvoor alle behandelingen kunnen worden geboden
- 4 Algemene medische teams met liaison psychiatrie: spoedeisende en ernstige gevallen met medische en/of psychiatrische complicaties

Bij intramurale behandeling moet een keuze gemaakt worden tussen verschillende mogelijkheden, namelijk de verslavingszorg, de psychiatrie of de algemene gezondheidszorg.

Methode

Er is een literatuuronderzoek verricht om een weloverwogen beslissing te kunnen maken over de aard van de setting aan de hand van predictieve factoren van het beloop van onthoudingspathologie. Gebruikte zoektermen zijn 'Substance (of Alcohol) Withdrawal Syndrome', 'Alcohol Withdrawal Seizures or Delirium' in combinatie met 'predictors' of 'prediction' of 'Risk Factors'. De zoekstrategie is aangevuld met termen die aansluiten bij het BioPsychoSociale model.

De kwaliteit van de gevonden literatuur ligt meestal op het niveau van naturalistische studies waarin achteraf gezocht is naar predictoren van succes vaak leidend tot algoritmes voor de predictie. De meeste studies hebben betrekking op alcoholafhankelijkheid.

Resultaten

Allereerst zijn enkele algemene kenmerken als predictoren onderzocht. Het blijkt dat er bij alcoholafhankelijkheid een positief verband is tussen de leeftijd en de ernst van de onthoudingspathologie^{21 23 138}. Hoe ouder de patiënt hoe groter de kans wordt op ernstige onthoudingspathologie. Op basis hiervan zal men bij oudere patiënten eerder kiezen voor een intramurale behandeling.

Verschillen in predictoren tussen mannen en vrouwen werden niet gevonden, dus het geslacht van de patiënt geen rol speelt bij de keuze tussen ambulante of intramurale behandeling.

De andere significante predictoren worden ingedeeld in acht categorieën die gebaseerd zijn op het biopsychosociaal model.

Middelengebruik, gebruikgedrag en gebruik van andere middelen

Er blijkt een zwakke relatie te bestaan tussen de hoeveelheid alcohol die men gebruikt en de ernst van het alcoholonthoudingssyndroom (AOS). Hoe groter het gebruik, hoe ernstiger het AOS is^{12 139}. Recent alcoholgebruik is positief gecorreleerd met de ernst van het AOS¹⁴⁰. Als het gebruik groter is dan 24 units op een typische gebruiksday heeft dit een voorspellende waarde voor een ernstiger AOS²⁰. Het alcoholpromillage bij opname is positief gecorreleerd met de ernst van het AOS¹⁸. Een bloed alcohol concentratie (BAC) bij opname groter dan 1gr/liter voorspelt een ernstiger AOS¹⁶.

De kans op een delirium tremens neemt toe naarmate er meer dagen geen alcohol is gedronken¹⁵.

De kans op mislukken van intramurale detoxificatie van opiaten bij geleidelijke dosisreductie wordt groter als er ook sprake is van cocaïne misbruik¹⁴¹. Gelijktijdig gebruik van opiaten bij patiënten met alcoholafhankelijkheid vergroot de kans op een postoperatief delirium¹³⁸. In het algemeen zal polydruggebruik eerder leiden tot een intramurale behandeling¹⁴².

Onthoudingsverschijnselen (actueel en anamnestic)

Het systematisch inventariseren van actuele onthoudingsverschijnselen tijdens de detoxificatie levert als voordeel op dat minder patiënten medicatie krijgen tijdens een AOS en dat er per patiënt ook minder medicatie nodig is^{143 144}.

Behandelingen waarbij de aard en de hoeveelheid van de medicatie wordt gebaseerd op de symptomen ('symptom triggered therapy') kunnen complicaties, zoals een delirium tremens, voorkomen zonder dat patiënten onnodig behandeld worden¹⁴⁵.

Het blijkt dat ernstige onthoudingsverschijnselen, zoals epileptische insulten en delirium tremens, in de voorgeschiedenis een ernstiger verloop van een actueel AOS voorspellen^{16 20 23 138}.

Somatische voorgeschiedenis

De aanwezigheid van een lichamelijke stoornis tijdens de detoxificatie verhoogt de kans op een delirium tremens¹⁵. Specifieke aandoeningen, zoals een infectieziekte of een tachycardie, voorspellen een ernstiger verloop van een AOS¹⁶.

Zelfzorg

Veel patiënten met afhankelijkheid van psychoactieve stoffen blijken moeilijk hun gedrag te kunnen reguleren. Vaak hebben deze patiënten een gebrek aan herkenning van gevaren die samengaan met het gebruik van psychoactieve stoffen¹⁴⁶. Dit heeft implicaties voor de behandeling en de therapietrouw. Het is te verwachten dat bij een lage mate van zelfzorg, zoals bijvoorbeeld in de DSM-IV 8 geoperationaliseerd in de vorm van de GAF score (Global Assessment of Functioning), de therapietrouw waarschijnlijk laag is en de kans op complicaties groter.

Behandelingsvoorgeschiedenis

Meerdere detoxificaties in de voorgeschiedenis hebben verschillende gevolgen voor het verloop van de huidige detoxificatie. Het voorspelt een ernstiger AOS²⁰ en minder positieve resultaten van behandeling en het wordt geassocieerd met meer alcoholconsumptie gedurende ambulante detoxificaties¹⁴⁷. Bij twee of meer detoxificaties blijkt ook de craving naar alcohol toe te nemen¹⁴⁸. Mogelijk speelt kindling een rol bij de toenemende ernst van het AOS bij opeenvolgende detoxificaties¹⁴⁹.

Psychiatrisch ziektebeeld (actueel en anamnestic)

Screening op psychiatrische stoornissen en adequaat behandelen bij aanwezigheid van deze stoornis vergroot het succes van de detoxificatie¹⁵⁰. Aanwezigheid van angststoornissen bij detoxificatie is een risicofactor voor een heropname in de toekomst. Hieruit blijkt dat een vervolgbehandeling moeilijk kan verlopen of zelfs niet op gang komt. Het is aannemelijk dat dit ook geldt voor ambulante detoxificaties. Patiënten zonder psychiatrische co-morbiditeit zijn in het verleden minder vaak opgenomen in vergelijking met patiënten met psychiatrische co-morbiditeit.¹⁵¹

Persoonlijkheidskenmerken als 'sensation seeking', impulsiviteit en neuroticisme zijn positief geassocieerd met de mate van craving en mislukken van het stoppen met roken¹⁵². Afhankelijkheid en passiviteit als persoonlijkheidskenmerken dragen significant bij aan de voorspelling van de ernst van de detoxificatie van benzodiazepinen⁶⁵.

Preëxistente cognitieve beperkingen verhogen de kans op het ontstaan van een postoperatief delirium¹³⁸.

Sociale steun

Het succes van een ambulante detoxificatie hangt af van de sociale steun tijdens dit proces. Als er voldoende sociale steun wordt geleverd, verbetert het succespercentage¹⁵⁰.

Wens van en praktische haalbaarheid voor de patiënt

Er zijn geen studies in de verslavingszorg die aantonen dat gezamenlijke besluitvorming over de aard van de setting van detoxificatie een predictieve waarde hebben voor het slagen of falen van de behandeling. In het algemeen geldt dat een overeenstemming tussen arts en patiënt over de behandeling gerelateerd is aan een positievere uitkomst¹⁵³. Er is geen argument in de literatuur gevonden dat deze bevinding zou tegenspreken daar waar het gaat om patiënten in de verslavingszorg. Vanuit moderne inzichten over besluitvorming en informed consent in de gezondheidszorg wordt ook gepleit voor het opnemen van de voorkeuren van patiënten en het bereiken van overeenstemming tussen patiënt en arts in protocollen en richtlijnen¹⁵⁴.

Conclusie

De mate van onthoudingsverschijnselen kan worden bepaald aan de hand van de afzonderlijke wegingsfactoren. De verschillende wegingsfactoren zullen alle afzonderlijk een bijdrage leveren aan de beslissing over de plaats van behandelen. In de extreme gevallen ('zeker ambulant' en zeker intramuraal') zal het niet moeilijk zijn een beslissing te maken tussen intramuraal en ambulant behandelen. Het zal meer problemen opleveren om patiënten in het 'grijze gebied' de goede behandeling aan te bieden. Het is van belang dat richtlijnen kunnen worden afgeleid uit empirische onderzoeken, zodat de arts in de toekomst een hulpmiddel heeft bij het nemen van een verantwoorde beslissing.

Bij detoxificatie van benzodiazepinen moet rekening worden gehouden met een aantal algemene behandelingsaspecten. Goede en gereguleerde voeding is noodzakelijk. De hunkering naar psychoactieve stoffen kan verergerd worden door honger of junkfood. Koffiegebruik

gaat vaak omhoog, teveel koffie kan resulteren in onnodige stress, gevoeligheid en prikkelbaarheid. Medicatie moet op een goed en rustig moment van de dag worden ingenomen. Hiervoor moet tijd worden ingeruimd in de dagelijkse routine. Aangeraden wordt om een programma op te stellen met (aërobe) lichaamsbeweging. Patiënten zijn vaak moeilijk te motiveren tot extra lichaamsbeweging, het leidt echter in het algemeen tot verbetering in hun welbevinden.(4)

Literatuuroverzicht

1. Wesson DR. Detoxification from alcohol and other drugs: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 19. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1995.
2. Hall W, Zador D. The alcohol withdrawal syndrome. *Lancet* 1997;349:1897-1900.
3. Melichar JK, Daglish MR, Nutt DJ. Addiction withdrawal - current views. *Curr Opin Pharmacol* 2001;1(1):84-90.
4. Raistrick D. Management of alcohol detoxification. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000;6:348-355.
5. Giannini AJ. An approach to drug abuse, intoxication and withdrawal. *Am Fam Physician* 2000;61:2763-2774.
6. Galanter M. Network therapy for addiction: a model for office practice. *Am J Psychiatry* 1993;150(1):28-36.
7. West R, Gossop M. Overview: A comparison of withdrawal symptoms from different drug classes. *Addiction* 1994;89:1483-1489.
8. American Psychiatric Association, editor. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
9. Kosten TR, O'Connor PG. Management of Drug and Alcohol Withdrawal. *N Engl J Med* 2003;348(18):1786-1795.
10. Schaffer A, Naranjo CA. Recommended drug treatment strategies for the alcoholic patient. *Drugs* 1998;56(4):571-585.
11. Skinner MH, Thompson DA. Pharmacologic considerations in the treatment of substance abuse. *South Med J* 1992;85(12):1207-1219.
12. Bleich S, Degner D, Bandelow B, von Ashen N, Ruther E, Kornhuber J. Plasma homocysteine is a predictor of alcohol withdrawal seizures. *Neuroreport* 2000;11(12):2749-2752.
13. Kurth C, Wegerer V, Degner D, Sperling W, Kornhuber J, Paulus W, et al. Risk assessments of alcohol withdrawal seizures with a Kohonen feature map. *Neuroreport* 2001;12(6):1235-1238.
14. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Diagnosis and management of acute alcohol withdrawal. *CMAJ* 1999;160:675-680.
15. Ferguson JA, Suelzer CJ, Eckert GJ, Zhou XH, Dittus RS. Risk factors for delirium tremens development. *J Gen Intern Med* 1996;11(7):410-414.
16. Palmstierna M. A model for predicting alcohol withdrawal delirium. *Psychiatr Serv* 2001;52(6):820-823.
17. Miller NS, Gold MS. Management of withdrawal syndromes and relapse prevention in drug and alcohol dependence. *Am Fam Physician* 1998;58(1):139-146.
18. Vinson DC, Menezes M. Admission alcohol level: a predictor of the course of alcohol withdrawal. *J Fam Pract* 1991;33(2):161-167.
19. Lejoyeux M, Solomon J, Adès J. Review: Benzodiazepine treatment for alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol* 1998;33(6):563-575.
20. Shaw GK, Waller S, Lathan CJ, Dunn G, Thomson AD. The detoxification experience of alcoholic inpatients and predictors of outcome. *Alcohol Alcohol* 1998;53(3):291-303.
21. Brower KJ, Mudd S, Blow FC, Young JP, Hill EM. Severity and treatment of alcohol withdrawal in elderly versus younger patients. *Alcohol Clin Exp Res* 1994;18(1):196-201.
22. Kraemer KL, Conigliaro J, Saitz R. Managing alcohol withdrawal in elderly. *Drugs Aging* 1999;14(6):409-425.
23. Wojnar M, Wasilewski D, Zmigrodzka I, Grobel I. Age-related differences in the course of alcohol withdrawal in hospitalized patients. *Alcohol Alcohol* 2001;36(6):577-583.
24. Daepfen JB, Gache P, Landry U, Sekera E, Schweizer V, Gloor S, et al. Symptom-triggered vs fixed-schedule doses of benzodiazepine for alcohol withdrawal: a randomized treatment trial. *Arch Intern Med* 2002;162:1117-1121.

25. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal: A meta-analysis and evidence-based practice guideline. *JAMA* 1997;278(2):144-151.
26. Saitz R, O'Malley SS. Pharmacotherapies for alcohol abuse. Withdrawal and treatment. *Med Clin North Am* 1997;81(4):881-907.
27. Brewer C. Second-line and 'alternative' treatments for alcohol withdrawal: alpha-agonist, beta-blockers, anticonvulsants, acupuncture and neuro-electric therapy. *Alcohol Alcohol* 1995;30(6):799-803.
28. Erstad BL, Cotugno CL. Management of alcohol withdrawal. *Am J Health Syst Pharm* 1995;52(7):697-709.
29. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. *Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal*. *CMAJ* 1999;160:649-655.
30. Daepfen JB. Acute detoxification strategies in alcohol dependency. *Alcoscope International Review of Alcoholism Management* 2002;5(1):9-14.
31. Saitz R, Mayo-Smith MF, Roberts MS, Redmond HA, et al. Individualized treatment for alcohol withdrawal. A randomized double-blind controlled trial. *JAMA* 1994;272(7):519-523.
32. Peppers MP. Benzodiazepines for alcohol withdrawal in the elderly and in patients with liver disease. *Pharmacotherapy* 1996;16(1):49-57.
33. Bird RD, Makela EH. Alcohol withdrawal: what is the benzodiazepine of choice? *Ann Pharmacother* 1994;28(1):67-71.
34. Lejoyeux M. Use of serotonin (5-hydroxytryptamine) reuptake inhibitors in the treatment of alcoholism. *Alcohol Alcohol* 1996;31(Suppl. 1):69-75.
35. Gatch MB, Lal H. Pharmacological treatment of alcoholism. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1998;22:917-944.
36. Barth-Van Veldhuizen HGJ, Reinders C, Loonen AJM, Nolen WA. Anticonvulsiva bij agressie, angststoornissen, psychotische stoornissen en alcohol- en cocaïneonttrekingsverschijnselen. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2003;45(1):35-43.
37. Reoux JP, Saxon AJ, Malte CA, Baer JS, Sloan KL. Divalproex sodium in alcohol withdrawal: a randomized double-blind placebo-controlled clinical trial. *Alcohol Clin Exp Res* 2001;25(9):1324-1329.
38. Bozikas V, Petrikis P, Gamvruala K, Savvidou I, Karavatos A. Treatment of alcohol withdrawal with gabapentin. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2002;26(1):197-199.
39. Jermain DM, Crismon ML, Nisbet RB. Controversies over the use of magnesium sulfate in delirium tremens. *Ann Pharmacother* 1992;26(5):650-652.
40. Adams ML, Cicero TJ. Alcohol intoxication and withdrawal: the role of nitric oxide. *Alcohol* 1998;16(2):153-158.
41. Alho H, Methuen T, Paloheimo M, Seppa K, Strid N, Apter-Kaseva N, et al. Nitrous oxide has no effect in the treatment of alcohol withdrawal syndrome: A double-blind placebo-controlled randomized trial. *J Clin Psychopharmacol* 2003;23(2):211-214.
42. Gillman MA, Lichtigfeld FJ. Randomized double-blind trial of psychotropic analgesic nitrous oxide compared with diazepam for alcohol withdrawal state. *J Subst Abuse Treat* 2002;22(3):129-134.
43. Gallimberti L, Spella MR, Soncini CA, Gessa GL. Gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcohol and heroine dependence. *Alcohol* 2000;20:257-262.
44. Nimmerrichter AA, Walter H, Gutierrez-Lobos KE, Lesch OM. Double-blind controlled trial of g-hydroxybutyrate and clomethiazole in the treatment of alcohol withdrawal. *Alcohol Alcohol* 2002;37(1):67-73.
45. Beghè F, Carpanini MT. Safety and tolerability of gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcohol-dependent patients. *Alcohol* 2000;20:223-225.
46. Galloway GP, Frederick-Osborne SL, Seymour R, Contini SE, Smith DE. Abuse and therapeutic potential of gamma-hydroxybutyric acid. *Alcohol* 2000;20:263-269.

47. Addolorato G, Caputo F, Capristo E, Stefanini GF, Gasbarrini G. Gamma-hydroxybutyric acid. Efficacy, potential abuse, and dependence in the treatment of alcohol addiction. *Alcohol* 2000;20:217-222.
48. Möller HJ. Effectiveness and safety of benzodiazepines. *J Clin Psychopharmacol* 1999;19(6):2S-11S.
49. Lader M. Biological processes in benzodiazepine dependence. *Addiction* 1994;89:1413-1418.
50. Pages KP, Ries RK. Use of anticonvulsants in benzodiazepine withdrawal. *Am J Addict* 1998;7(3):198-204.
51. Marriott S, Tyrer P. Benzodiazepine dependence. Avoidance and withdrawal. *Drug Saf* 1993;9(2):93-102.
52. Pétursson H. The benzodiazepine withdrawal syndrome. *Addiction* 1994;89(11):1455-1459.
53. Mant A, Walsh RA. Seminar in practical management: reducing benzodiazepine use. *Drug Alcohol Rev* 1997;16:77-84.
54. Harris JT, Roache JD, Thornton JE. Review: A role for valproate in the treatment of sedative-hypnotic withdrawal and for relapse prevention. *Alcohol Alcohol* 2000;35(4):319-323.
55. Hallfors DD, Saxe L. The dependence potential of short half-life benzodiazepines: a meta-analysis. *Am J Public Health* 1993;83(9):1300-1304.
56. Ashton H. The treatment of benzodiazepine dependence. *Addiction* 1994;89:1535-1541.
57. Oude Voshaar RC. Consecutive treatment strategies to discontinue long-term benzodiazepine use. A systematic evaluation in general practice [Academisch Proefschrift]. Katholieke Universiteit Nijmegen, 2003.
58. Rickels K, DeMartinis N, Rynn M, Mandos L. Pharmacologic strategies for discontinuing benzodiazepine treatment. *J Clin Psychopharmacol* 1999;19(6):12S-16S.
59. Rickels K, Case WG, Schweizer E, Garcia Espana F, Fridman R. Benzodiazepine dependence: management of discontinuation. *Psychopharmacol Bull* 1990;26(1):63-68.
60. Spiegel DA. Psychological strategies for discontinuing benzodiazepine treatment. *J Clin Psychopharmacol* 1999;19(6):17S-22S.
61. Rickels K, Schweizer E, Garcia España F, Case WG, DeMartinis N, Greenblatt DJ. Trazodone and valproate in patients discontinuing long-term benzodiazepine therapy: effects on withdrawal symptoms and taper outcome. *Psychopharmacology* 1999;141:1-5.
62. Schweizer E, Rickels K, Case WG, Greenblatt DJ. Carbamazepine treatment in patients discontinuing long-term benzodiazepine therapy. *Effects on withdrawal severity and outcome. Arch Gen Psychiatry* 1991;48:448-452.
63. Schweizer E, Case WG, Garcia Espana F, Greenblatt DJ, Rickels K. Progesterone co-administration in patients discontinuing long-term benzodiazepine therapy: effects on withdrawal severity and taper outcome. *Psychopharmacology* 1995;117(4):424-429.
64. Zitman FG, Couvée JE. Chronic benzodiazepine use in general practice patient with depression: an evaluation of controlled treatment and taper-off. Report on behalf of the Dutch Chronic Benzodiazepine Working Group. *Br J Psychiatry* 2001;178:217-224.
65. Schweizer E, Rickels K, DeMartinis N, Case WG, Garcia España F. The effect of personality on withdrawal severity and taper outcome in benzodiazepine dependent patients. *Psychol Med* 1998;28(3):713-720.
66. Kan CC. Multidisciplinair behandelprofiel: klinische afbouw van benzodiazepinen. Nijmegen: Universitair Medische Centrum St Radboud, 2002:88.
67. Gowing LR, Ali RL, White JM. Systemic review processes and the management of opioid withdrawal. *Aust N Z J Public Health* 2000;24(4):427-431.
68. Galanter M, Kleber HD. *Textbook of substance abuse treatment*. London: American Psychiatric Press, 1999.
69. O'Connor PG, Fiellin DA. Pharmacologic treatment of heroin-dependent patients. *Ann Intern Med* 2000;133(1):40-54.

70. Gossop M, Bradley B, Phillips GT. An investigation of withdrawal symptoms shown by opiate addicts during and subsequent to a 21-day in-patient methadone detoxification procedure. *Addict Behav* 1987;12(1):1-6.
71. Handelsman L, Cochrane KJ, Aronson MJ, Ness R, Rubinstein KJ, Kanof PD. Two new rating scales for opiate withdrawal. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1987;13(3):293-308.
72. Nation Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. Effective medical treatment of opiate addiction. *JAMA* 1998;280(22):1936-1943.
73. Kleber HD. Ultrarapid opiate detoxification. *Addiction* 1998;93(11):1629-1633.
74. Dawe S, Griffiths P, Gossop M, Strang J. Should opiate addicts be involved in controlling their own detoxification? A comparison of fixed versus negotiable schedules. *Br J Addict* 1991;86(8):977-982.
75. Raynes AE, Patch VD. An improved detoxification technique for heroin addicts. *Arch Gen Psychiatry* 1973;29(3):417-419.
76. Gossop M, Griffiths P, Bradley B, Strang J. Opiate withdrawal symptoms in response to 10-day and 21-day methadone withdrawal programmes. *Br J Psychiatry* 1989;154:360-363.
77. Kasvikis Y, Bradley B, Gossop M, Griffiths P, Marks. Clonidine versus long- and short-term methadone-aided withdrawal from opiates. An uncontrolled comparison. *Int J Addict* 1990;25(10):1169-1178.
78. Farrell M. Opiate withdrawal. *Addiction* 1994;89(11):1471-1475.
79. Kanof PD, Aronson MJ, Ness R. Organic mood syndrome associated with detoxification from methadone maintenance. *Am J Psychiatry* 1993;150(3):423-428.
80. Strang J, Gossop M. Comparison of linear versus inverse exponential methadone reduction curves in the detoxification of opiate addicts. *Addict Behav* 1990;15(6):541-547.
81. Ghodse H, Myles J, Smith SE. Clonidine is not a useful adjunct to methadone gradual detoxification in opioid addiction. *Br J Psychiatry* 1994;165(3):370-374.
82. Gowing LR, Ali RL, White JM. Buprenorphine for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;2(4):CD 002025.
83. Lintzeris N, Bell J, Bammer G, Jolley J, Rushworth L. A randomized controlled trial of buprenorphine in the management of short-term ambulatory heroin withdrawal. *Addiction* 2002;97(11):1395-1404.
84. Diamant K, Fischer G, Schneider C, Lenzinger E, Pezawas L, Schindler S, et al. Outpatient opiate detoxification treatment with buprenorphine. Preliminary investigation. *Eur Addict Res* 1998;4(4):198-202.
85. Liu ZM, Cai ZJ, Wang XP, Ge Y, Li CM. Rapid detoxification of heroin dependence by buprenorphine. *Zhongguo Yao Li Xue Bao* 1997;18(2):112-114.
86. Kuhlman JJ, Jr, Levine B, Johnson RE, Fudala PJ, Cone EJ. Relationship of plasma buprenorphine and norbuprenorphine to withdrawal symptoms during dose induction, maintenance and withdrawal from sublingual buprenorphine. *Addiction* 1998;93(4):549-559.
87. Bickel WK, Stitzer ML, Bigelow GE, Liebson IA, Jasinski DR, Johnson RE. Buprenorphine: dose-related blockade of opioid challenge effects in opioid dependent humans. *J Pharmacol Exp Ther* 1988;247(1):47-53.
88. Bell JR, Young MR, Masterman SC, Morris A, Mattick RP, Bammer G. A pilot study of naltrexone-accelerated detoxification in opioid dependence. *Med J Aust* 1999;171(1):26-30.
89. Azatian A, Papiasvilli A, Joseph H. A study of the use of clonidine and naltrexone in the treatment of opioid dependence in the former USSR. *J Addict Dis* 1994;13(1):35-52.
90. Charney DS, Heninger GR, Kleber HD. The combined use of clonidine and naltrexone as a rapid, safe, and effective treatment of abrupt withdrawal from methadone. *Am J Psychiatry* 1986;143(7):831-837.
91. Senft RA. Experience with clonidine - naltrexone for rapid opiate detoxification. *J Subst Abuse Treat* 1991;8(4):257-259.

92. Vining E, Kosten TR, Kleber HD. Clinical utility of rapid clonidine-naltrexone detoxification for opioid abusers. *Br J Addict* 1988;83(5):567-575.
93. Gowing LR, Ali RL, White JM. Opioid antagonists with minimal sedation for opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;2(4):CD 002021.
94. Laheij RJF, Krabbe PFM, De Jong CAJ. Rapid heroin detoxification under general anesthesia. *JAMA* 2000;283(9):1143.
95. Scherbaum N, Klein S, Kaube H, Kienbaum P, Peters J, Gastpar M. Alternative strategies of opiate detoxification: Evaluation of the so-called ultra-rapid detoxification. *Pharmacopsychiatry* 1998;31(6):205-209.
96. Stephenson J. Experts debate merits of 1-day opiate detoxification under anesthesia. *JAMA* 1997;277(5):363-364.
97. McGregor C, Ali RL, White JM, Thomas P, Gowing LR. A comparison of antagonist-precipitated withdrawal under anesthesia to standard inpatient withdrawal as a precursor to maintenance naltrexone treatment in heroin users: outcomes at 6 and 12 months. *Drug Alcohol Depend* 2002;68:5-14.
98. Gowing LR, Ali RL, White JM. Opioid antagonists under heavy sedation or anaesthesia for opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;2(4):CD 002022.
99. Seoane A, Carrasco G, Cabre L, Puiggros A, Hernandez E, Alvarez M, et al. Efficacy and safety of two new methods of rapid intravenous detoxification in heroin addicts previously treated without success. *Br J Psychiatry* 1997;171:340-345.
100. O'Connor PG, Kosten TR. Rapid and ultrarapid opioid detoxification techniques. *JAMA* 1998;279(3):229-234.
101. De Jong CAJ, Krabbe PFM. Edocra, Snelle detoxificatie van opiaten. Wat voegt anesthesie toe? Korte termijn resultaten van een gerandomiseerde vergelijking tussen twee methoden van snelle detoxificatie bij afhankelijkheid van opiaten. Sint-Oedenrode: Novadic, 2002.
102. Schuckit MA. The treatment of stimulant dependence. *Addiction* 1994;89:1559-1563.
103. Hall WC, Talbert RL, Ereshefsky L. Cocaine abuse and its treatment. *Pharmacotherapy* 1990;10(1):47-65.
104. Prakash A, Das G. Cocaine and the nervous system. *Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol* 1993;31(12):575-581.
105. Bunn WH, Giannini AJ. Cardiovascular complications of cocaine abuse. *Am Fam Physician* 1992;46(3):769-773.
106. Majewska MD. Cocaine addiction as a neurological disorder: implications for treatment. *NIDA Res Monogr* 1996;163:1-26.
107. Khouzam HR. Helping your patients beat cocaine addiction. The four dimensions of treatment. *Postgraduate medicine* 1999;105(3):185-191.
108. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders: Alcohol, Cocaine, Opioids. *Am J Psychiatry* 1995;152 (Suppl.)(11):3-59.
109. Lago JA, Kosten TR. Stimulant withdrawal. *Addiction* 1994;89:1477-1481.
110. Klein M. Research issues related to development of medications for treatment of cocaine addiction. *Ann N Y Acad Sci* 1998;844:75-91.
111. Eiler K, Schaefer MR, Salstrom D, Lowery R. Double-blind comparison of bromocriptine and placebo in cocaine withdrawal. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1995;21(1):65-79.
112. Smith NT. A review of the published literature into cannabis withdrawal symptoms in human users. *Addiction* 2002;97:621-632.
113. Budney AJ, Moore BA. Development and consequences of cannabis dependence. *J Clin Pharmacol* 2002;42:285-335.
114. Kouri EM, Pope HG, Jr., Lukas SE. Changes in aggressive behavior during withdrawal from long-term marijuana use. *Psychopharmacology* 1999;143:302-308.

115. Hubbard JR, Franco SE, Onaivi ES. Marijuana: medical implications. *Am Fam Physician* 1999;60(9):2583-2588, 2593.
116. Johns A. Psychiatric effects of cannabis. *British Journal of Psychiatry* 2001;178:116-122.
117. Budney AJ, Novy PL, Hughes JR. Marijuana withdrawal among adults seeking treatment for marijuana dependence. *Addiction* 1999;94(9):1311-1321.
118. Budney AJ, Moore BA, Vandrey RG, Hughes JR. The time course and significance of cannabis withdrawal. *J Abnorm Psychol* 2003;112(3):393-402.
119. Grotenhermen F. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cannabinoids. *Clin Pharmacokinet* 2003;42(4):327-360.
120. Barnas C, Rossman M, Roessler H. Benzodiazepins and other psychotropic drug abused by patients in a methadone maintenance program: Familiarity and preference. *J Clin Psychopharmacol* 1992;12:397-402.
121. Smart RG, Ogborne AC, Newton-Taylor B. Drug abuse and alcohol problems among cocaine abusers in an assessment/referral service. *Br J Addict* 1990;85(12):1595-1598.
122. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Lehmann P, Edwards C, Wilson A, et al. Substance use, health and social problems of service users at 54 drug treatment agencies. Intake data from the National Treatment Outcome Research Study. *Br J Psychiatry* 1998;173:166-171.
123. Castaneda R, Lifshutz H, Westreich L, Galanter M. Concurrent cocaine withdrawal is associated with reduced severity of alcohol withdrawal. *Compr Psychiatry* 1995;36:441-447.
124. Van Dijk WK. De miskende alcoholist. *Ned Tijdschr Geneesk* 1979;123(29):1228-1236.
125. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980;137(5):535-544.
126. Van Wetering BMJ, Csyzewski ECJE. *Het is tijd voor een paradigmaverschuiving in de verslavingszorg*. Rotterdam: Bouman Verslavingszorg, 2001.
127. De Jong CAJ. Het biopsychosociale model: de theoretische basis voor de behandeling van patiënten met een dubbele diagnose. In: Weeghel A, Elling A, Van der Marck J, editors. *Dubbele diagnose: dwalen tussen psychiatrie en verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos Instituut, 1997.
128. Volpicella JR, Pettinati HM, McLellan AT. *Combining medication and psychosocial treatments for addictions: the Brenda Approach*. New York: Guildford Press, 2001.
129. De Jong CAJ. *Verslaving, verslavingszorg en het BioPsychoSociale model*. In: Hermanides R, In 't Veld K, De Jong CAJ, editors. *Lerend Veranderen: Op weg naar een vraaggerichte organisatie*. Sint Oedenrode: Novadic, netwerk voor verslavingszorg, 2003:20.
130. De Jong CAJ. *Niet-medicamenteuze ondersteuning bij alcoholontwenning*. Tijdschrift voor alcohol, drugs en andere psychotrope stoffen 1987;13(2):33-37.
131. Yalom ID. *Groepspsychotherapie in theorie en praktijk*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1978.
132. Hayashida M, Alterman AI, McLellan AT, O'Brien CP, Purtill JJ, Volpicella JR, et al. Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of patients with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome. *N Engl J Med* 1989;320(6):358-365.
133. Stinnet JL. Outpatient detoxification of the alcoholic. *Int J Addict* 1982;17(6):1031-1046.
134. O'Connor PG, Gottlieb LD, Kraus ML, Segal SR, Horwitz RI. Social and clinical features as predictors of outcome in outpatient alcohol withdrawal. *J Gen Intern Med* 1991;6(4):312-316.
135. Cole SG, Lehman WE, Cole EA, Jones A. Inpatient vs outpatient treatment of alcohol and drug abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1981;8(3):329-345.
136. Schuckit MA, Tipp JE, Reich T, Hesselbrock VM, Bucholz KK. The histories of withdrawal convulsions and delirium tremens. *Addiction* 1995;90(10):1335-1347.
137. Kasser C, Geller A, Howell E, Wartenberg A. *Detoxification: Principles and Protocols*. Chevy Chase: American Society of Addiction Medicine, Inc., 1997.
138. Litaker D, Localo J, Franco K, Bronson DL, Tannous Z. Preoperative risk factors for postoperative delirium. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23(2):84-89.

139. Wetterling T, Kanitz RD, Renner F, Fischer D. Does carbohydrate-deficient transferrin predict the severity of alcohol withdrawal syndrome? *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22(5):1053-1056.
140. Pristach CA, Smith CM, Whitney RB. Alcohol withdrawal syndrome - prediction from detailed medical and drinking histories. *Drug Alcohol Depend* 1983;11(2):177-199.
141. Broers B, Giner F, Dumont P, Mino A. Inpatient opiate detoxification in Geneva: follow-up at 1 and 6 months. *Drug Alcohol Depend* 2000;58(1-2):85-92.
142. Frances RJ, Miller SI. *Clinical Textbook of Addictive Disorders*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 1998.
143. Wetterling T, Kanitz RD, Besters B, Fischer D, Zerfass B, John U, et al. A new rating scale for the assessment of the alcohol-withdrawal syndrome (AWS scale). *Alcohol Alcohol* 1997;32(6):753-760.
144. Reoux JP, Miller K. Routine hospital alcohol detoxification practice compared to symptom triggered management with an Objective Withdrawal Scale (CIWA-Ar). *Am J Addict* 2000;9(2):135-144.
145. Jaeger TM, Lohr RH, Pankratz VS. Symptom-triggered therapy for alcohol withdrawal syndrome in medical inpatients. *Mayo Clin Proc* 2001;76(7):695-701.
146. Khantzian EJ. Some treatment implications of the ego and self disturbances in alcoholism. In: Bean MH, Zinberg NE, editors. *Dynamic approaches to the understanding and treatment of alcoholism*. New York: Free Press, 1981.
147. Malcolm R, Roberts JS, Wang W, Myrich H, Anton RF. Multiple previous detoxifications are associated with less responsive treatment and heavier drinking during an outpatient detoxification. *Alcohol* 2000;22(3):159-164.
148. Malcolm R, Herron JE, Anton RF, Roberts JS, Moore J. Recurrent detoxification may elevate alcohol craving as measured by the Obsessive Compulsive Drinking scale. *Alcohol* 2000;20(2):181-185.
149. Wojnar M, Bizon Z, Wasilewski D. Assessment of the role of kindling in the pathogenesis of alcohol withdrawal seizures and delirium tremens. *Alcohol Clin Exp Res* 1999;23(2):204-208.
150. Prater CD, Miller KE, Zylstra RG. Outpatient detoxification of the addicted or alcoholic patient. *Am Fam Physician* 1999;60(4):1175-1183.
151. Tomasson K, Vaglum P. The role of psychiatric comorbidity in the prediction of readmission for detoxification. *Compr Psychiatry* 1998;39(3):129-136.
152. Reuter M, Netter P. The influence of personality on nicotine craving: a hierarchical multivariate statistical prediction model. *Neuropsychobiology* 2001;44(1):47-53.
153. Elwyn G. Shared decision making: patient involvement in clinical practice [Academisch proefschrift]. Katholieke Universiteit Nijmegen, 2001.
154. Schermer M. Different faces of autonomy: A study on patient autonomy in ethical theory and hospital practice [Academisch proefschrift]. Universiteit van Amsterdam, 2001.

Colofon

De publicatie is uitgebracht in opdracht van GGZ Nederland binnen het project Resultaten Scoren.

Onder redactie van

C.A.J de Jong
A.F.M. van Hoek
M. Jongerhuis

Samenstelling van de werkgroep

Novadic-Kentron

M. Fiers
A.F.M. van Hoek
L.C.J.L.Ghijzen
P.B.L.M. Gottmer
C.A.J de Jong
A.P.M.J. Wijnen
E.A.G.Joosten

Brijder Verslavingszorg

M. Jongerhuis
J.G. Vrasdonk
F.J.C. Beentjes
H. Wind
M.H. Koek
A.K. Wolters
J.A. van Heel

Literatuur studie

B.A.G. Dijkstra
C.A.J. de Jong
M. de Jong

Nadere informatie

Titel van de publicatie	Richtlijn Detox
Publicatienummer	2004-278
Prijs	Voor leden gratis, voor niet leden 22,50
Waar	GGZ Nederland , Postbus 830, 3800 AV Amersfoort T 033 – 460 8900, F 033 – 460 8999 E : info@ggz nederland.nl

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van GGZ Nederland.