

Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving  
Samenvatting



# Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving Samenvatting

*Wim van den Brink, Geurt van de Glind en Gerard Schippers (redactie)*

© 2013 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden

E-mail: [info@nvvp.net](mailto:info@nvvp.net)

Omslagontwerp: Cees Brake bno, Enschede

Uitgegeven door De Tijdstroom uitgeverij BV, Postbus 775, 3500 AT Utrecht.

Internet: [www.tijdstroom.nl](http://www.tijdstroom.nl)

E-mail: [info@tijdstroom.nl](mailto:info@tijdstroom.nl)

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaardden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Waar dit mogelijk was is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen, zich in verbinding te stellen met de uitgever.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk en uitsluitend bij de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie aanvragen.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen.

Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Financiering en opdrachtgevers: Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaving (CCBH), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

Teksten: Werkgroep Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving onder voorzitterschap van Wim van den Brink

Organisatie: Trimbos-instituut

Projectleiding: Geurt van de Glind

Zoeken en beoordelen van literatuur: Angita Peterse en Annemiek van den Bosch

Projectondersteuning: Nelleke van Zon

Deze richtlijn is geen standaard die in alle omstandigheden van toepassing verklaard kan worden. Standaarden zijn dwingend en men dient er in principe niet van af te wijken. Van richtlijnen mag in individuele gevallen, mits beredeneerd, afgeweken worden. Ze zijn bedoeld om rationeel klinisch handelen te ondersteunen.

Deze richtlijn is ook beschikbaar via [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl) en via de website van de NVvP: [www.nvvp.net](http://www.nvvp.net).

ISBN 978 90 5898 248 3

NUR 875

---

# Inhoud

- 1 *Inleiding* — 7
- 2 *Diagnostiek en indicatiestelling* — 7
  - 2.1 Instrumenten screening en casefinding — 7
  - 2.2 Instrumenten diagnostiek, zorgtoewijzing, monitoring en evaluatie — 8
  - 2.3 Instrumenten om ernst onthouding bij ontgifting te monitoren — 8
  - 2.4 Instrumenten om de mate van craving vast te stellen — 9
  - 2.5 Urineonderzoek bij diagnostiek en monitoring — 9
  - 2.6 Onderzoek somatische gezondheid — 10
- 3 *Crisisinterventie bij overdosering* — 12
  - 3.1 Opiaatoverdosering — 12
  - 3.2 Medicamenteuze interventies bij opiaatoverdosering — 12
- 4 *Behandeling gericht op abstinentie* — 13
  - 4.1 Ontgifting met methadon, buprenorfine en naltrexon — 13
  - 4.2 Ontgifting met overige medicatie — 15
  - 4.3 Risico's van terugval na abstinentie — 17
  - 4.4 Naltrexon voor abstinentie — 17
  - 4.5 Psychosociale interventies — 18
  - 4.6 Klinische versus ambulante ontgifting — 20
  - 4.7 Nazorg na ontgifting — 21
- 5 *Onderhoudsbehandeling* — 21
  - 5.1 Methadon als onderhoudsbehandeling — 21
  - 5.2 Methadon en QT-verlenging — 22
  - 5.3 Buprenorfine als onderhoudsbehandeling — 24
  - 5.4 Methadon versus buprenorfine als onderhoudsbehandeling — 24
  - 5.5 Buprenorfine-naloxon versus placebo of methadon- of buprenorfine-onderhoudsbehandeling — 24
  - 5.6 Dosering bij methadon- en buprenorfine-onderhoudsbehandelingen —
  - 5.7 Psychosociale interventies als ondersteuning bij onderhoudsbehandeling — 25

---

5.8	Therapietrouw en behandeluitkomst bij take-home-methadon of buprenorfine of buprenorfine-naloxon	— 28
5.9	Heroïne op medisch voorschrift (HAT)	— 28
6	<i>Behandeling voor vermindering en schadebeperking</i>	— 29
7	<i>Overige behandelingen: acupunctuur, ibogaïne en deep brain stimulation</i>	— 30
8	<i>Samenvatting met stroomschema</i>	— 31
8.1	Behandeloptie 1	— 34
8.2	Behandeloptie 2	— 35
8.3	Behandeloptie 3	— 37
8.4	Behandeloptie 4	— 38
8.5	Patiënt en familie	— 38
	<i>Literatuur</i>	— 39

---

# Samenvatting

## 1 Inleiding

Deze samenvatting bevat een overzicht van alle uitgangsvragen en aanbevelingen uit de volledige richtlijn. Daarna volgt een samenvatting van de richtlijn (paragraaf 8) met een stroomschema.

## 2 Diagnostiek en indicatiestelling

### 2.1 Instrumenten screening en casefinding

#### *Uitgangsvragen*

- Welke instrumenten kunnen worden gebruikt voor screening of casefinding?
- In welke settings dan wel situaties is casefinding voor opiaatverslaving aangewezen?

#### *Aanbevelingen*

- Het gebruik van screeningsinstrumenten voor casefinding van opiaatverslaving dient te worden beperkt tot specifieke settings: ggz, forensische psychiatrie, eerste hulp. Hiertoe kan het best gebruikgemaakt worden van de Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) of de CAGE Questionnaire Adapted to Include Drugs (CAGE-AID).
- Het gebruik van screeningsinstrumenten voor het opsporen van opiaatverslaafden in andere settings dan de ggz, forensische psychiatrie en eerste hulp is gezien de lage prevalentie niet aan te bevelen.
- Gezien het belang van casefinding in deze groep moet er bij alle patiënten in de tweedelijns ggz bij aanmelding gevraagd worden naar het gebruik van middelen (alcohol, tabak en illegale drugs, inclusief opiaten). Natuurlijk moet er bij twijfel of bij vermoeden van opiaatverslaving – in overleg met de patiënt – ook urineonderzoek worden gedaan. Het voordeel van deze techniek boven het gebruik van de DUDIT en de CAGE-AID is de objectiviteit van een dergelijk bepaling. Het nadeel is het (relatief) invasieve karakter ervan.
- Het uitvoeren van urineonderzoek dient voornamelijk als professionele standaard, naast het inzetten van vragenlijsten, voor casefinding en screening te worden beschouwd. Dit betekent dat het ook als zodanig aan patiënten dient te worden gepresenteerd.

- Nieuwe technieken om urineonderzoek te verbeteren (bijvoorbeeld door te werken met kleurmarkers), dan wel andere vormen van laboratoriumonderzoek (speeksel, zweet, haar) die nu nog experimenteel en/of te duur zijn, dienen nauwlettend door de praktijk te worden gevolgd.

## 2.2 Instrumenten diagnostiek, zorgtoewijzing, monitoring en evaluatie

### *Uitgangsvraag*

- Welke instrumenten zijn geschikt voor diagnostiek, zorgtoewijzing, monitoring en evaluatie van opiaatverslaving?

### *Aanbevelingen*

- Aanbevolen wordt de patiëntkenmerken bij aanvang van de behandeling met gestructureerde instrumenten vast te stellen.
- Voor meer uitgebreide diagnostiek van verslaving beveelt de werkgroep toepassing aan van de MATE (Measurement of Addiction for Triage and Evaluation) of de European Addiction Severity Index (Europ-ASI). De voorkeur gaat daarbij uit naar de MATE.
- Aanbevolen wordt om bij aanvang van de behandeling een psychiatrisch onderzoek uit te voeren dat specifiek gericht is op comorbiditeit: voor de DSM-IV-As I-stoornissen is de aanbeveling dit op een systematische wijze uit te voeren, door het gebruik van een gestructureerd onderzoeksinstrument.
- Omdat de behandeling van een eventuele persoonlijkheidsstoornis in de meeste gevallen niet onder de directe hulpvraag van de patiënt valt, kan de diagnostiek zich bij aanvang van de behandeling beperken tot een taxatie van de aard en de ernst van eventuele persoonlijkheidsproblematiek, bijvoorbeeld met behulp van de screener van de Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders, zelfbeoordelingsvariant (SCID-II), of de Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV). De uitslag van deze taxatie kan dan worden vertaald naar adviezen voor de behandeling en de bejegening van de individuele patiënt.

## 2.3 Instrumenten om ernst onthouding bij ontgiftiging te monitoren

### *Uitgangsvraag*

- Welke instrumenten zijn geschikt om de ernst van onthoudingsverschijnselen bij patiënten in ontgiftiging te monitoren?



### *Aanbevelingen*

- De werkgroep is van mening dat het regelmatige gebruik van gestandaardiseerde metingen voor het vastleggen van onthoudingsverschijnselen van groot belang is bij een medisch verantwoorde ontgiftiging (oftewel detoxificatie) en bij een efficiënte titratie en dosering van een onderhoudsbehandeling met opiaatagonisten.
- Aanbevolen wordt om de huidige praktijk in Nederland te volgen voor assessment en evaluatie van onthoudingsverschijnselen bij verslaving. Voor opiaatverslaafden kan daarbij tijdens ontgiftiging en bij het instellen op een opiaatonderhoudsbehandeling gebruikgemaakt worden van de Subjective Opiate Withdrawal Scale (SOWs) en de Objective Opiate Withdrawal Scale (OOWs). Bij polydruggebruik komen de Subjectieve Onthoudingsschaal (SOS) en Objectieve Onthoudings Schaal (OOS) in aanmerking.

## **2.4 Instrumenten om de mate van craving vast te stellen**

### *Uitgangsvraag*

- Is inzet van instrumenten om de mate van craving vast te stellen zinvol bij de behandeling van opiaatverslaafden?

### *Aanbeveling*

- De werkgroep is van mening dat het regelmatige gebruik van gestandaardiseerde metingen van subjectieve onthoudingsverschijnselen en craving een bijdrage kan leveren bij de titratie en dosering van onderhoudsbehandelingen met methadon of buprenorfine. Het resultaat van deze metingen kan vooralsnog niet leidend zijn in de keuzes voor verdere behandeling gezien de beperkte voorspellende waarde van de instrumenten.

## **2.5 Urineonderzoek bij diagnostiek en monitoring**

### *Uitgangsvraag*

- Welke rol speelt urineonderzoek bij diagnostiek en bij monitoring van behandeling?

### *Aanbevelingen*

- Een kerncriterium om vast te stellen of er bij een patiënt sprake is van een opiaatverslaving, is het testen van een urinemonster op ten minste heroïne en methadon. Daarnaast dient altijd te worden getest op cocaïne, benzodiazepinen en amfetaminen. Op indicatie kan worden getest op middelen zoals 3,4-methyleendioxymethamfetamine (MDMA) en 4-hydroxybutaan zuur (GHB).

- Urineonderzoek vindt, bij patiënten in behandeling gericht op abstinentie van illegale opiaten, periodiek plaats: minimaal eens per drie maanden. Daarnaast kunnen er uiteraard redenen zijn voor incidenteel onderzoek.
- Urineonderzoek vindt altijd onder de verantwoordelijkheid van een op dit gebied deskundige arts plaats.
- Het uitvoeren van urineonderzoek dient als professionele standaard te worden beschouwd. Dit betekent dat het ook als zodanig aan patiënten dient te worden gepresenteerd.
- Urineonderzoek wordt in principe alleen ingezet voor gebruik in de planning van de behandeling en ten behoeve van het handhaven van een veilig therapeutisch milieu en niet voor repressieve doeleinden. Afspraken hierover dienen vooraf met patiënten besproken te worden en in een behandelplan te worden vastgelegd.
- Urineonderzoek kan worden ingezet in monitoring van gebruik bij inzet van contingencymanagement.
- Wanneer er aan de uitslag van urineonderzoek bijzondere gevolgen (buiten de directe planning van de behandeling) verbonden zijn, moeten vooraf heldere afspraken worden gemaakt over een eventuele confirmatietest of een contra-expertise.
- Er dient nader onderzoek te worden gedaan naar de bruikbaarheid en financiële haalbaarheid van methoden die de privacy van de patiënt beter beschermen en tegelijkertijd zorgen voor betrouwbare uitslagen.

## 2.6 Onderzoek somatische gezondheid

### *Uitgangsvraag*

- Welk onderzoek is van belang voor de somatische gezondheid van patiënten?

### *Aanbevelingen*

- Bij elke nieuwe patiënt wordt standaard een somatisch anamnese afgenomen, inclusief over voedingspatroon en aandoeningen in de familie, en wordt een lichamelijk onderzoek gedaan, inclusief oriënterend neurologisch onderzoek. Op indicatie wordt aanvullend laboratoriumonderzoek verricht en/of een ecg gemaakt.
- Met het oog op ongewenste zwangerschap en soa's dient gevraagd te worden naar risicovol seksueel gedrag en naar anticonceptie.
- Het algoritme voor aanvullend onderzoek luidt als volgt.
  - 1 Bij start behandeling en bij algemene gezondheidsklachten:
    - bezinkingssnelheid van erythrocyten (BSE) of C-reactieve proteïne (CRP), hemoglobine (Hb), *mean corpuscular volume* (gemiddeld

- celvolume van de erythrocyten: MCV), thyroïdstimulerend hormoon (TSH), glucose (nn);
  - alkalische fosfatase (AF), alanineaminotransferase (ALAT), aspartaataminotransferase (ASAT), bilirubine,  $\gamma$ -GT;
  - bij vermoeden van nierlijden: creatinine.
  - 2 Bij overmatig alcoholgebruik:
    - BSE of CRP, Hb, MCV, TSH, glucose (nn)
    - AF, ALAT, ASAT, bilirubine, kreatinine,  $\gamma$ -GT.
  - 3 Bij intraveneus gebruik (actueel of vroeger):
    - BSE of CRP, Hb, MCV, TSH, glucose (nn);
    - AF, ALAT, ASAT, bilirubine,  $\gamma$ -GT;
    - hepatitis B (HBsAg, IgM-anti-HBc), hepatitis C (anti-hepatitis-C-virus: anti-HCV; HCV-RNA), hiv 1 en 2 (toestemming vragen) (*enzyme-linked immunosorbent assays*: ELISA).
  - 4 Bij onveilig seksueel gedrag:
    - op grond van anamnese:
    - gonorrhoe (kweek; polymerasekettingreactie: PCR), chlamydia (PCR), lues (*Treponema pallidum*-hemagglutinatiereactie: TPHA; *Treponema Pallidum Particle Agglutination Assay*: TPPA), fluorescent treponemal antibody-absorption (FTA-ABS)], hiv 1 en 2 (toestemming vragen) (ELISA), trichomoniasis (kweek), herpes 1 en 2 (kweek, PCR).
  - 5 Bij overmatig nicotine- en/of cocaïnegebruik wordt het risico op hart- en vaatziekten in kaart gebracht:
    - lengte; gewicht en buikomvang; bereken BMI;
    - de bloeddruk: tweemaal binnen een consult.
    - indien systolische bloeddruk (SBD)  $\geq 140$  mmHg:
      - herhaal na minstens 24 uur;
      - neem het gemiddelde van de laatste twee metingen.
  - Meet tijdens eerste consult aan beide armen, en verder aan de arm met de hoogste waarden.
    - totaal cholesterol, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol TC-HDL-ratio, triglyceriden, glucose (nuchter);
    - ecg.
  - 6 leeftijd hoger dan 30 jaar:
    - K, Mg.
  - 7 in bijna alle gevallen (misbruik van alcohol, nicotine en/of cocaïne; gebruik van methadon, antidepressiva, antipsychotica):
    - ecg.
- De somatische diagnostiek voor patiënten die langdurig in zorg zijn, wordt, voor zover dit niet of nog onvoldoende het geval is, op systematische wijze in gang gezet. Het doel is om binnen een tevoren vastgestelde termijn de diagnostiek bij alle patiënten op orde te hebben.

- Patiënten die langer dan een jaar afhankelijk zijn, worden gescreend op tuberculose (tbc), hiv, het hepatitis-C-virus (HCV), het hepatitis-B-virus (HBV) en COPD (*chronic obstructive pulmonary disease*). Aansluitend vindt gerichte behandeling plaats.
- Bij incidentele gezondheidsklachten is alertheid op de mogelijke aanwezigheid van soa's, tbc en/of huidinfecties en -infestaties noodzakelijk.
- Bij diverse psychofarmaca is geprotocolleerde aandacht voor hart- en vaatziekten en/of het metabool syndroom noodzakelijk. Speciale aandacht is vereist bij het gebruik van lithium en de stemmingsstabilisatoren, evenals bij gebruik van de zogeheten aspecifieke antipsychotica.

### 3 Crisisinterventie bij overdosering

#### 3.1 Opiatoverdosering

##### *Uitgangsvraag*

- Wat zijn de kenmerken van een opiaatoverdosering?

##### *Aanbevelingen*

- Bij het vermoeden van een overdosering met opiaten moet, naast een inventarisatie van de symptomen, uitgezocht worden: welk opiaat, wanneer, op welke wijze is gebruikt.
- Bij een opiaatoverdosering moet verder nagegaan worden of hier sprake was van een mogelijke suïcidepoging. Bij onzekerheid daarover, dan wel bij bevestiging van dit vermoeden, dient psychiatrische consultatie te worden ingeroepen.

#### 3.2 Medicamenteuze interventies bij opiaatoverdosering

##### *Uitgangsvraag*

- Welke medicamenteuze interventies zijn beschikbaar bij een opiaatoverdosering en wat is de evidentie voor de effectiviteit daarvan?

##### *Aanbevelingen*

- Bij patiënten met een opiaatintoxicatie dient zo snel mogelijk te worden begonnen met beademen, en zo mogelijk met toedienen van zuurstof.
- Wanneer niet zeker is dat het om een massale overdosering gaat, kan naloxon in kleinere giften van 0,1-0,2 mg per 3 à 4 minuten worden gegeven, met monitoren van ademhaling en bewustzijn. Dit kan vanuit de standaardampul van 0,4 mg/1 ml, of met vooraf verdunde vloeistof.
- Wanneer vaststaat dat de patiënt kort werkende opiaten heeft gebruikt

en de interventie met naloxon succesvol is, dient de patiënt in elk geval tot twee uur na de laatste toediening van naloxon beschikbaar te blijven.

- Wanneer er geen effect optreedt bij doseringen hoger dan 2 mg naloxon, moet de diagnose heroverwogen worden en moet eventueel ook een gelijktijdige overdosis benzodiazepinen bestreden worden met behulp van flumazenil.
- Wanneer ook dat geen of onvoldoende effect heeft, moet nadere diagnostiek toegepast worden.
- Observatie gedurende ten minste 24 uur is aangewezen bij patiënten met een overdosering met lang werkende opiaten of een overdosering met een onbekend opiaat of een combinatie van opiaten. Er dient bij patiënten op gewezen te worden dat de kans op overlijden aanzienlijk is bij het voortijdig afbreken van de behandeling.
- Alle patiënten aan wie naloxon is toegediend voor de behandeling van een opiaatoverdosering en waarvan zeker is dat er uitsluitend kort werkende opiaten en geen andere middelen zijn gebruikt, dienen in elk geval tot twee uur na de laatste toediening van de naloxon voor observatie beschikbaar te blijven.
- Bij een overdosering moet de hulpverlener altijd nagaan of er mogelijk sprake was van een suïcidepoging. Hij moet dienovereenkomstig handelen en zo nodig psychiatrische expertise inschakelen.

## 4 Behandeling gericht op abstinentie

### 4.1 Ontgiftig met methadon, buprenorfine en naltrexon

#### Methadon voor ontgiftig

##### *Uitgangsvraag*

- Wat is de effectiviteit van methadon bij ontgiftig van voorgeschreven, niet-voorgeschreven en illegale opiaten?

##### *Aanbevelingen*

- Alvorens ontgiftig te starten, moet eerst zorgvuldig, op basis van een gericht assessment, een inschatting van de motivatie en de doelstelling voor de behandeling worden vastgesteld.
- Voordat gestart wordt met vervanging van de illegale en niet-voorgeschreven opiaten door methadon, moet een zorgvuldige inventarisatie van het middelengebruik van de patiënt worden gemaakt.
- De eerste twee weken van een ontgiftig met behulp van methadon dienen uiterst zorgvuldig te worden begeleid vanwege het risico op een (fatale) overdosering.

## **Buprenorfine voor ontgiftiging**

### *Uitgangsvraag*

- Wat is de effectiviteit van buprenorfine bij opiaatontgiftiging?

### *Aanbeveling*

- Buprenorfine alleen of in combinatie met naloxon kan ingezet worden bij de ontgiftiging van opiaatverslaafden die niet al te hoge doseringen illegale heroïne gebruiken.

## **Methadon versus buprenorfine bij ontgiftiging**

### *Uitgangsvraag*

- Wat is de effectiviteit van methadon vergeleken met buprenorfine bij opiaatontgiftiging?

### *Aanbevelingen*

- Methadon en buprenorfine zijn middel van eerste keus bij ontgiftiging van opiaten. Bij patiënten die erg veel illegale opiaten pleegden te gebruiken, zijn hoge doseringen methadon waarschijnlijk effectiever dan buprenorfine, maar er moet in dat geval wel gewaakt worden voor overdosering.
- Afhankelijk van de hoeveelheid gebruikte illegale opiaten kan hetzij voor methadon hetzij voor buprenorfine worden gekozen in de fase van de ontgiftiging. Bij gebruik van meer dan 1 gram heroïne per dag dient in principe altijd met methadon te worden gestart. Wanneer dit is afgebouwd tot ongeveer 30 mg per dag, kan worden overgegaan op buprenorfine.

## **Dosering en duur methadon of buprenorfine**

### *Uitgangsvraag*

- Wat is er bekend over dosering en duur bij opiaatontgiftiging met methadon of buprenorfine?

### *Aanbevelingen*

- De keuze voor methadon, buprenorfine of de combinatie buprenorfine-naloxon dient gemaakt te worden op basis van de kenmerken van de patiënt, het gebruikspatroon van de patiënt en de voorkeur van de patiënt.

- De keuze voor de vorm van de afbouw wordt voornamelijk bepaald door de keuze van het medicament (methadon of buprenorfine), de mate waarin illegale opiaten worden gebruikt (veel of weinig) en de setting waarin de ontgifting plaatsvindt (ambulante of klinische).

### **Naltrexon voor snelle ontgifting**

#### *Uitgangsvraag*

- Wat is de effectiviteit van de interventie ‘snelle ontgifting met naltrexon’ in patiënten met opiaatafhankelijkheid?

#### *Aanbeveling*

- Snelle ontgifting met behulp van naltrexon plus narcose of zware sedatie valt niet aan te bevelen. Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor de werkzaamheid en de veiligheid om de kostbare inzet van een anesthesioloog en klinische voorzieningen te rechtvaardigen.

## **4.2 Ontgifting met overige medicatie**

### **Clonidine**

#### *Uitgangsvraag*

- Wat is bekend over effectiviteit en bijwerkingen van clonidine bij behandeling van opiaatverslaving?

#### *Aanbeveling*

- Clonidine kan slechts in incidentele gevallen als medicamenteuze interventie ter ondersteuning van ontgifting worden aanbevolen. Een besluit daartoe moet in het behandelplan zorgvuldig worden beargumenteerd, waarbij ook moet worden aangegeven hoe met de mogelijke bijwerkingen wordt omgegaan.

### **Benzodiazepinen**

#### *Uitgangsvraag*

- Wat is bekend over toepassing van benzodiazepinen bij de behandeling van opiaatverslaving?

#### *Aanbeveling*

- Benzodiazepinen hebben geen plaats als aanvulling op of als vervanging van opiaatagonisten bij de ontgifting van opiaatverslaafden.

## Symptomatische medicatie

### *Uitgangsvraag*

- Wat is er bekend over de effectiviteit van het gebruik van symptomatische medicatie tijdens ontgiftiging bij opiaatverslaving?

### *Aanbevelingen*

- Alvorens extra symptomatische medicatie wordt overwogen, moet altijd eerst worden gezien of de dosering opiaatagonist wel voldoende is en of verhoging van deze dosering de noodzaak tot extra symptomatische medicatie niet overbodig maakt.
- Voor slaapproblemen tijdens ontgiftiging kan 5 mg melatonine, 25 mg quetiapine of 15 mg mirtazapine worden gegeven. Als dit onvoldoende effect heeft, kan kortdurend temazepam in een dosering van 10 of 20 mg worden gegeven.
- In het geval dat de patiënt ook alcohol gebruikt, dient preventie en behandeling van onthoudingsinsulten en delier met afbouwschema's benzodiazepinen te worden overwogen en te worden ingepast in de behandeling.
- Andere aanvullende medicamenteuze interventies voor de behandeling van specifieke onthoudingsverschijnselen moeten selectief worden ingezet omdat niet duidelijk is of dergelijke aanvullende behandelingen wel leiden tot een betere kans op het afmaken van de behandeling en een betere uitkomst op de langere termijn.

## Ontgiftiging zonder medicamenteuze ondersteuning

### *Uitgangsvraag*

- Is ontgiftiging van opiaatverslaving mogelijk zonder medicamenteuze ondersteuning?

### *Aanbeveling*

- Afbouw of stoppen met het gebruik van opiaten zonder medicamenteuze ondersteuning wordt sterk ontraden vanwege de onthoudingsverschijnselen en de daarmee samenhangende risico's. Gezien de mogelijke risico's en de forse klachten bij ontgiftiging in deze vorm acht de werkgroep een dergelijke benadering niet wenselijk.



### 4.3 Risico's van terugval na abstinentie

#### *Uitgangsvraag*

- Welke risico's zijn er verbonden aan terugval in gebruik van opiaten na een periode van abstinentie?

#### *Aanbeveling*

- Bij elke behandeling gericht op abstinentie dient via psycho-educatie aan het begin en aan het einde van de behandeling aan patiënten en direct betrokkenen informatie te worden gegeven over het ontstaan van verminderde tolerantie voor opiaten na een periode van abstinentie en het daarmee samenhangende toegenomen risico van een overdosis.

### 4.4 Naltrexon voor abstinentie

#### *Uitgangsvraag*

- Wat is de effectiviteit van naltrexon (oraal, depot of implantaat) als behandeling voor abstinentie?

#### *Aanbevelingen*

- Alvorens tot ontgiftiging over te gaan en een onderhoudsbehandeling met orale naltrexon te overwegen, dient deze vooralsnog matig geëvalueerde behandeling met onduidelijke langetermijneffectiviteit altijd te worden afgewogen tegen de bewezen gunstige effecten van een langdurige onderhoudsbehandeling met een opiaatagonist (methadon, buprenorfine).
- Patiënten die aan een onderhoudsbehandeling met orale naltrexon beginnen, moeten uitvoerig worden ingelicht over de risico's van een opiaatoverdosering als de naltrexon wordt gestaakt en de gebruikelijke hoeveelheid heroïne wordt genomen.
- Naltrexon met vertraagde afgifte is een veelbelovende nieuwe interventie die echter nog onvoldoende op effectiviteit en veiligheid is onderzocht. Het inzetten van deze nieuwe interventie dient beperkt te blijven tot gespecialiseerde instellingen en dient altijd gekoppeld te worden aan een gestructureerde evaluatie.

## 4.5 Psychosociale interventies

### Korte interventies voor abstinentie

#### *Uitgangsvraag*

- Wat is de effectiviteit van korte interventies gericht op abstinentie bij patiënten met opiaatverslaving?

#### *Aanbeveling*

- Bij het vermoeden van opiaatgebruik bij patiënten in de algemene gezondheidszorg dient een kortdurende interventie te worden toegepast.

### CGTen/of terugvalpreventie voor abstinentie

#### *Uitgangsvraag*

- Wat is de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie en/of terugvalpreventie zonder medicamenteuze ondersteuning als behandeling gericht op abstinentie, bij patiënten met opiaatverslaving?

#### *Aanbeveling*

- Aan opiaatverslaafden die niet mee willen doen aan een substitutiebehandeling, kan cognitieve gedragstherapie (CGT) worden aangeboden.

### Contingentiemanagement voor abstinentie en detoxificatie

#### *Uitgangsvraag*

- Wat is de effectiviteit van contingentie-management bij patiënten met opiaatverslaving in behandelingen gericht op abstinentie van alle opiaten en bij ontgiftiging van opiaten?

#### *Aanbeveling*

- Gezien de aangetoonde effectiviteit kan contingentie-management ingezet worden als regulier onderdeel van behandelprogramma's.

### Klinische versus ambulante behandeling voor abstinentie

#### *Uitgangsvragen*

- Wat is de effectiviteit van klinische op volledige abstinentie gerichte behandeling bij opiaatverslaving?
  - Wat is de effectiviteit van klinische (residentiële) behandeling versus ambulante behandeling gericht op abstinentie van alle opiaten, bij patiënten met opiaatverslaving?

*Aanbeveling*

- Klinische behandeling dient uitsluitend aangeboden te worden aan personen met ernstige medische en/of psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van middelenafhankelijkheid.

**Klinische 12-stappenbenadering versus klinische CGT-benadering***Uitgangsvraag*

- Wat is de effectiviteit van klinische behandeling met 12-stappenbenadering versus klinische CGT-benadering bij patiënten met opiaatverslaving?

*Aanbeveling*

- De klinische 12-stappenbenadering bij de behandeling van patiënten met een opiaatafhankelijkheid dient vooralsnog uitsluitend te worden uitgevoerd in het kader van onderzoek.

**TG versus andere residentiële of ambulante voorzieningen***Uitgangsvraag*

- Wat is de effectiviteit van therapeutische gemeenschappen (TG) bij patiënten met opiaatverslaving vergeleken met andere residentiële of ambulante voorzieningen?

*Aanbevelingen*

- Klinische behandeling in de vorm van een therapeutische gemeenschap (TG) dient slechts overwogen te worden als niet-klinische en andere klinische behandelvormen onvoldoende hebben geholpen.
- De inrichting van een intensief, als TG vormgegeven programma voor opiaatafhankelijke gedetineerden, mits in combinatie met intensieve (strengere) nazorg, dient overwogen te worden.

**Zelfhulp***Uitgangsvraag*

- Wat is de effectiviteit van zelfhulp bij patiënten met opiaatverslaving?

*Aanbeveling*

- Alle patiënten met opiaatafhankelijkheid dienen tijdens hun behandeling door de reguliere hulpverlening op de hoogte te worden gebracht van het bestaan en de werkwijze van de zelfhulpgroepen en verwante organisaties en dienen gestimuleerd te worden ermee in contact te komen.

## 4.6 Klinische versus ambulante ontgiftiging

### *Uitgangsvraag*

- Wanneer is ambulante en wanneer is klinische opiaatontgiftiging aangewezen?

### *Aanbevelingen*

- Ambulante ontgiftiging is verantwoord als:
  - de gebruikperiode kort is; de gebruikte hoeveelheid per dag beperkt is; de heroïne wordt gerookt; de patiënt jong is;
  - het gebruik niet gekoppeld is aan (andere) rituelen;
  - er geen afhankelijkheid bestaat van andere psychoactieve stoffen;
  - de ontwenningssverschijnselen door adequate instelling op methadon zijn verdwenen;
  - er geen lichamelijke aandoening aanwezig is die de ontgiftiging beïnvloedt of dit in het verleden gedaan heeft;
  - de zelfzorg niet heeft geleden onder het middelengebruik;
  - niet eerder is getracht te stoppen of eerdere ambulante pogingen succesvol zijn geweest met langdurige abstinentie als gevolg;
  - er geen duidelijk psychiatrisch ziektebeeld is;
  - er minimaal één niet gebruikende persoon op de hoogte is van de poging en bereid is om de poging te ondersteunen;
  - de wens bestaat om ambulante te onttinnen.
- Intramurale ontgiftiging is aangewezen als:
  - jarenlang heroïne en/of methadon wordt gebruikt met in het laatste jaar dagelijks meer dan 1 gram heroïne of meer dan 60 mg methadon;
  - de hele dag door heroïne en/of methadon wordt gebruikt en het dagelijks leven draait om het verwerven van deze middelen;
  - het gebruik wordt gecombineerd met een of meerdere psychoactieve middelen;
  - hevige ontwenningssverschijnselen zich eerder hebben voorgedaan;
  - de lichamelijke conditie slecht is of als er sprake is van zwangerschap of een lichamelijke ziekte die naar verwachting de ontgiftiging negatief zal beïnvloeden of dat in het verleden heeft gedaan;
  - de zelfzorg slecht is;
  - na eerdere ontgiftiging snel terugval opgetreden is, twee eerdere ambulante ontgiftigingen niet succesvol waren, of intramurale ontgiftigingsmoeizaam zijn verlopen of voortijdig zijn afgebroken;
  - een psychiatrisch toestandsbeeld naar verwachting het resultaat van de ontgiftiging negatief zal beïnvloeden of dat in het verleden al heeft gedaan;
  - er nauwelijks niet-gebruikende sociale contacten zijn;
  - de wens bestaat voor een intramurale ontgiftiging.

- Elk instituut dient heldere criteria te formuleren voor het indiceren van ambulante en klinische ontgiftiging.
- De klinische opnameduur dient tot een minimum beperkt te blijven.

#### **4.7 Nazorg na ontgiftiging**

##### *Uitgangsvraag*

- In welke situaties is nazorg na ontgiftiging noodzakelijk?

##### *Aanbevelingen*

- Indien na een behandeling gericht op abstinentie het contact met de verslavingszorg wordt afgesloten, is het van belang dat de zorgverleners aanbieden dat de patiënt altijd opnieuw contact kan opnemen. Ook kan doorverwijzing naar vormen van maatschappelijke zorg, huisartsenzorg of psychiatrische zorg worden overwogen.
- Indien een patiënt om welke reden dan ook uit de verslavingshulpverlening wordt ontslagen, dient dit altijd vergezeld te gaan van een aanbod tot verdere of voortgezette behandeling van diens opiaatverslaving in een andere setting.

### **5 Onderhoudsbehandeling**

#### **5.1 Methadon als onderhoudsbehandeling**

##### *Uitgangsvraag*

- Wat is de effectiviteit van methadon als onderhoudsbehandeling?

##### *Aanbevelingen*

- Methadononderhoudsbehandelingen behoren tot de best onderzochte en meest effectieve interventies voor de behandeling van opiaatverslaafden. Door middel van methadononderhoudsbehandeling is stabilisatie over langere termijn te bereiken.
- Opiaatverslaving is een chronische aandoening en methadononderhoudsbehandeling is een langdurige interventie. Deze omstandigheden maken dat de kwaliteit van de behandeling gemakkelijk uit het oog verloren kan worden. Frequentie audits voor de kwaliteit zijn daarom van groot belang.

## 5.2 Methadon en QT-verlenging

### *Uitgangsvragen*

- Heeft behandeling met methadon invloed op verlenging van het QT-interval en welke invloed heeft deze verlenging op het risico op overlijden ten gevolge van torsade de pointes?
- Wat is de toegevoegde waarde van het via een ecg meten van het QT-interval bij patiënten die met methadon behandeld (gaan) worden, zowel bij begin als na verloop van tijd?

**Tabel S.1 Oorzaken van verlengde QTc-tijd**

<i>Groep</i>	<i>Oorzaak</i>	<i>Opmerkingen</i>
Electrolytstoornissen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hypocalciëmie</li> <li>– Hypokaliëmie</li> <li>– Hypomagnesiëmie</li> </ul>	
Geneesmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Anti-aritmica (klasse Ia, Ic en III)</li> <li>– Tricyclische antidepressiva, antipsychotica</li> <li>– Antihistaminica</li> <li>– Antibiotica (fluoroquinolonen, macroliden, antifungale middelen, pentamidine)</li> <li>– Diverse toxines, waaronder cocaïne</li> <li>– Overig</li> </ul>	Zie: <a href="http://www.qt drugs.org">www.qt drugs.org</a>
Cardiale pathologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Myocardischemie of infarct</li> <li>– Linker-ventrikelhypertrofie</li> <li>– Myocarditis</li> <li>– Mitraalklepprolaps</li> <li>– Atrioventriculair blok (&gt; 2e graads)</li> <li>– Ventriculaire pacing</li> </ul>	
Congenitale vormen van QT-tijdverlenging	Op dit moment zijn ten minste 11 verschillende genetische afwijkingen bekend als oorzaak van een verlengd QT-syndroom.	Medicatie die QTc-tijd verlengt, kan een congenitaal verlengd QT-syndroom demaskeren.
Overig	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Intracranieële bloeding</li> <li>– Acuut reuma</li> <li>– Hypothyreoïdie</li> <li>– Levercirrose</li> <li>– Hypothermie</li> </ul>	

### *Aanbevelingen*

- 1 Informeer iedere patiënt die start met methadon over de risico's van hartritmestoornissen.
- 2 Vraag de patiënt bij wie voor het eerst een behandeling met methadon overwogen wordt, of hij of zij een diagnose hartziekte of ritmestoornissen heeft, en of deze persoon wel eens wegrakingen heeft.
- 3 Maak een ecg en meet de QTc voor de start van elke nieuwe behandeling met methadon. Herhaal dit zodra onderhoudsdosering is bereikt en bij dosisverhogingen resulterend in een dosis > 100 mg/dag. Herhaal ook het ecg wanneer de patiënt in omstandigheden komt die de QTc-tijd kunnen doen verlengen (zie tabel S.1), of wanneer de patiënt klaagt over wegrakingen of insulsten.
- 4 Bij een uitgangs-ecg met een QTc van 450-500 msec voor mannen en 460-500 msec voor vrouwen: verwijs naar cardioloog. Aan de cardioloog wordt gevraagd: detecteren en zo veel mogelijk wegnemen van additionele, reversibele, factoren die QT-tijd verlengen; en: het risico op hartritmestoornissen inschatten .  
Indien daarna gestart wordt met methadon: frequenter controle van ecg (bijvoorbeeld 14 dagen na de start en na iedere dosisverhoging). Bij een uitgangs-ecg met QTc > 500 msec: verwijs naar de cardioloog en start niet met methadon. Indien de QTc hoger is dan 500 msec onder methadonbehandeling: stop, of reduceer de methadondosis; neem factoren weg die kunnen bijdragen aan verlenging van de de QTc en overweeg toepassing van buprenorfine.
- 5 Let op mogelijke interacties met andere geneesmiddelen die QTc kunnen verlengen of de farmacokinetiek van methadon kunnen wijzigen (zie tabel S.1 Oorzaken van verlengde QTc-tijd).
- 6 Bij patiënten die al langer methadon gebruiken en bij wie nooit aanwijzingen voor het bestaan van cardiale problemen zijn gevonden, hoeft geen ecg gemaakt te worden, behalve als de dosering verhoogd wordt tot boven 100 mg/dag, als er sprake is van toevoeging van een medicijnen waarvan bekend is dat het kan leiden tot verlenging van de QTc, of in het geval van een onbegrepen wegraking of insult.

### 5.3 Buprenorfine als onderhoudsbehandeling

#### *Uitgangsvraag*

- Wat is de effectiviteit van buprenorfine als onderhoudsbehandeling?

#### *Aanbeveling*

- Buprenorfine is effectief als onderhoudsbehandeling bij opiaat-verslaving.

### 5.4 Methadon versus buprenorfine als onderhoudsbehandeling

#### *Uitgangsvraag*

- Wat is het effect van een onderhoudsbehandeling met methadon vergeleken met een onderhoudsbehandeling met buprenorfine?

#### *Aanbevelingen*

- Methadon en buprenorfine zijn beide geschikt voor opiaatonderhoudsbehandeling.
- In de afweging van de keuze voor methadon of buprenorfine moeten klinische ervaringen, intensiteit van het gebruik van middelen, en patiëntvoorkeuren worden meegenomen. Daarnaast dienen ook de ernst van de verslaving en de gevolgen van methadongebruik voor de QT-verlenging (zie hiervoor hoofdstuk 6, paragraaf 2.7) in de besluitvorming te worden meegenomen.
- Patiënten die in de periode van illegaal opiaatgebruik buprenorfine hebben geïnjecteerd, dienen in principe geen buprenorfine als enkelvoudig middel voorgeschreven te krijgen. Wel kan worden gedacht aan het voorschrijven van de combinatie buprenorfine-naloxon.
- Het bepalen van bloedspiegels methadon is in het algemeen niet aangegeven bij een standaardonderhoudsbehandeling met methadon en dient voorbehouden te worden voor specifieke indicaties en na overleg met het bepalende laboratorium.

### 5.5 Buprenorfine-naloxon versus placebo of methadon- of buprenorfine-onderhoudsbehandeling

#### *Uitgangsvraag*

- Wat is er bekend over de combinatie buprenorfine-naloxon en het effect daarvan in vergelijking met placebo of met een methadon- of een buprenorfine-onderhoudsbehandeling?



*Aanbeveling*

- Buprenorfine in combinatie met naloxon in een verhouding 4:1 kan worden ingezet als middel voor opiaatonderhoudsbehandeling.

**5.6 Dosering bij methadon- en buprenorfine-onderhoudsbehandelingen***Uitgangsvraag*

- Wat is het effect van dosering bij methadon- en buprenorfine-onderhoudsbehandelingen?

*Aanbevelingen*

- Opbouw van methadon moet zorgvuldig en met de nodige voorzichtigheid gebeuren, omdat in de eerste twee weken het risico op dood door overdosis aanwezig is.
- De startdosering van methadon is 20-30 mg per dag, en kan, nadat deze dosering goed wordt verdragen, opgebouwd worden met om de 4-5 dagen 10 mg extra.
- De effectieve dosering voor methadon als onderhoudsbehandeling is bij de meeste patiënten 60 mg tot 110 mg per dag.
- Bij doseringen methadon van 120 mg of meer en bij onduidelijkheid over effectiviteit van gekozen doseringen moet overwogen worden regelmatig bloedspiegels te bepalen.
- De startdosering van buprenorfine ligt tussen de 4 en 8 mg per dag. Buprenorfine wordt gestart minimaal 12 uur nadat voor het laatst een kort werkend opiaat is gebruikt of nadat de eerste onthoudingsverschijnselen merkbaar zijn.
- De meest effectieve dosering van buprenorfine is onbekend, maar is ten minste 10-12 mg per dag.

**5.7 Psychosociale interventies als ondersteuning bij onderhoudsbehandeling***Uitgangsvraag*

- Welke psychosociale interventies zijn effectief als ondersteuning bij een opiaatonderhoudsbehandeling?

## **Methadononderhoudsbehandeling met versus zonder contingentie-management**

### *Uitgangsvraag*

- Wat is de effectiviteit van een gecombineerde methadononderhoudsbehandeling met contingentie-management versus uitsluitend methadonopiaatonderhoudsbehandeling?

### *Aanbevelingen*

- Contingentiemanagement (CM) dient te worden overwogen bij *methadone maintenance treatment* (MMT) ter vermindering van het gebruik van illegale drugs.
- De implementatie van contingentie-management in de praktijk dient te worden ondersteund.

## **Buprenorfineonderhoudsbehandeling met versus zonder contingentie-management**

### *Uitgangsvraag*

- Wat is de effectiviteit van een gecombineerde buprenorfineonderhoudsbehandeling met contingentie-management versus uitsluitend buprenorfineopiaatonderhoudsbehandeling?

### *Aanbeveling*

- In tegenstelling tot bij methadononderhoudsbehandeling lijkt contingentie-management (CM) vooralsnog geen waardevolle toevoeging te zijn bij een buprenorfineonderhoudsbehandeling. Nieuwe onderzoeken zijn nodig om te bezien of CM met hogere beloningen gekoppeld aan verminderd druggebruik wellicht wel nuttig is.

## **CGT of CGT-terugvalpreventie versus onderhoudsbehandeling met standaardzorg**

### *Uitgangsvraag*

- Wat is de effectiviteit van opiaatonderhoudsbehandeling met cognitieve gedragstherapie of CGT-terugvalpreventie versus opiaatonderhoudsbehandeling met standaardzorg bij patiënten met opiaatverslaving?

### *Aanbevelingen*

- Cognitieve gedragstherapie (CGT) kan worden ingezet bij heroïneverslaafden in onderhoudsbehandeling ter behandeling van comorbide angst en depressie.

- Cognitieve gedragstherapie dient niet te worden ingezet bij heroïne-verslaafden in onderhoudsbehandeling ter reductie van het illegale druggebruik.

### **Community reinforcement approach (CRA) versus alleen onderhoudsbehandeling plus standaardzorg**

#### *Uitgangsvraag*

- Wat is de effectiviteit van een gecombineerde opiaatonderhoudsbehandeling met *community reinforcement approach* (CRA) versus alleen een opiaatonderhoudsbehandeling plus standaardzorg bij patiënten met opiaatverslaving?

#### *Aanbeveling*

- De toevoeging van *community reinforcement approach* (CRA) aan opiaatonderhoudsbehandeling verdient nader onderzoek.

### **Casemanagement**

#### *Uitgangsvraag*

- Draagt casemanagement bij aan de effectiviteit van de behandeling van opiaatverslaving?

#### *Aanbeveling*

- De zorg voor ernstig chronisch verslaafde patiënten dient zich te richten op schadebeperking en verbetering van kwaliteit van leven. Casemanagement kan daarbij ingezet te worden.

### **Therapeutische gemeenschappen bij methadononderhoudsbehandeling**

#### *Uitgangsvraag*

- Wat is de effectiviteit van therapeutische gemeenschappen (TG) bij patiënten met opiaatverslaving in een methadononderhoudsbehandeling?

#### *Aanbeveling*

- Het verdient aanbeveling om therapeutische gemeenschappen (TG's) open te stellen voor patiënten die hun onderhoudsbehandeling met methadon willen voortzetten.

## 5.8 Therapietrouw en behandeluitkomst bij take-home-methadon of buprenorfine of buprenorfine-naloxon

### *Uitgangsvraag*

- Wat zijn de effecten op therapietrouw en behandeluitkomst van de mogelijkheden tot het gebruik van take-home-methadon of buprenorfine of buprenorfine-naloxon?

### *Aanbevelingen*

- Het instellen op opiaatonderhoudsbehandeling dient altijd te gebeuren via verstrekking onder toezicht.
- Take-homemedicatie kan worden ingezet als patiënten voldoende zijn gestabiliseerd.
- Uitgifte van medicatie via de apotheek kan op grond van praktische uitvoerbaarheid worden overwogen, maar ook als strategie om stigmatisering en contact met gebruikers zo veel mogelijk te vermijden.

## 5.9 Heroïne op medisch voorschrift (HAT)

### *Uitgangsvraag*

- Is heroïne op medisch voorschrift effectief in de behandeling van opiaatverslaafden?

### *Aanbevelingen*

- Heroïne op medisch voorschrift moet, in zijn geprotocolleerde vorm, beschikbaar zijn als behandelmethode voor elke daartoe geïndiceerde patiënt, dat wil zeggen patiënten die onvoldoende baat hebben bij andere goed uitgevoerde behandelingen die op dit moment beschikbaar zijn.
- Bij de uitvoering van HAT moet aandacht besteed worden aan het voorkomen van ernstige bijwerkingen zoals overdoseringen en epileptische insulten.

## Doelgroep

### *Uitgangsvraag*

- Op welke doelgroep moet de interventie heroïne op medisch voorschrift zich richten?

### *Aanbevelingen*

- Vooralnog zijn er geen redenen om het indicatiegebied van hat te verbreden. Wel kan worden overwogen om heroïneverslaafden bij wie er in het verleden geen of onvoldoende effect is geweest van een adequate onderhoudsbehandeling met methadon maar die in de afgelopen periode niet in methadonbehandeling zijn geweest (bijvoorbeeld door detentie), alsnog in aanmerking te laten komen voor hat (nadat ze uit detentie komen).
- Gedetailleerde informatie over de uitvoering van HAT en de condities en regels die daarbij in acht moeten worden genomen, zijn te vinden zijn in het *Manual onderzoek heroïne op medisch voorschrift* van de CCBH (CCBH/Kendle, 2000) en in de aangepaste RIOB: *Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling* (Loth e.a., 2012).

## **Heroïne met methadon**

### *Uitgangsvraag*

- Moet heroïne worden voorgeschreven samen met methadon (zoals in de projecten in Nederland, Spanje en Engeland) of kan het ook zonder methadon (zoals in de projecten in Duitsland en Canada)?

### *Aanbeveling*

- Er zijn vooralnog geen redenen om verandering aan te brengen in de regel in Nederland om heroïne op medisch voorschrift te combineren met het voorschrijven van orale methadon.

## **6 Behandeling voor vermindering en schadebeperking**

### **Lage doseringen methadon**

#### *Uitgangsvraag*

- Wat is er bekend over het aanbieden van lage doseringen methadon?

#### *Aanbeveling*

- Lage doseringen van methadon (< 60 mg) of buprenorfine (< 12 mg) dienen slechts in uitzonderlijke gevallen te worden aangeboden, en wel aan patiënten die voldoen aan een van de twee volgende criteria.
  - Traag metabolisme van methadon, waardoor lage doseringen, leidt tot adequate spiegels. Voor deze patiënten is dan sprake van een normale behandeling.

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

## Laagdrempelige voorzieningen

### *Uitgangsvraag*

- Welke laagdrempelige voorzieningen zijn beschikbaar om drugs gerelateerde schade te beperken of te voorkomen?

### *Aanbeveling*

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

## 7 Overige behandelingen: acupunctuur, ibogaïne en deep brain stimulation

### Acupunctuur

#### *Uitgangsvraag*

- Wat is de effectiviteit van acupunctuur bij de behandeling van patiënten met opiaatafhankelijkheid vergeleken met care as usual?

#### *Aanbeveling*

- Acupunctuur is niet zinvol als behandeling bij opiaatverslaving en dient daarom niet aangeboden te worden.

## Ibogaine

### *Uitgangsvraag*

- Wat is de effectiviteit van ibogaine bij de behandeling van patiënten met opiaatafhankelijkheid vergeleken met care as usual?

### *Aanbeveling*

- Toediening van ibogaine in de behandeling van opiaatafhankelijkheid kan uitsluitend plaatsvinden in een streng gecontroleerde, medische setting in het kader van wetenschappelijk onderzoek.

## Deep brain stimulation

### *Uitgangsvraag*

- Wat is bekend over toepassing van *deep brain stimulation* bij verslaving en wat betekent dit op korte en lange termijn voor de behandeling van patiënten met opiaatverslaving?

### *Aanbeveling*

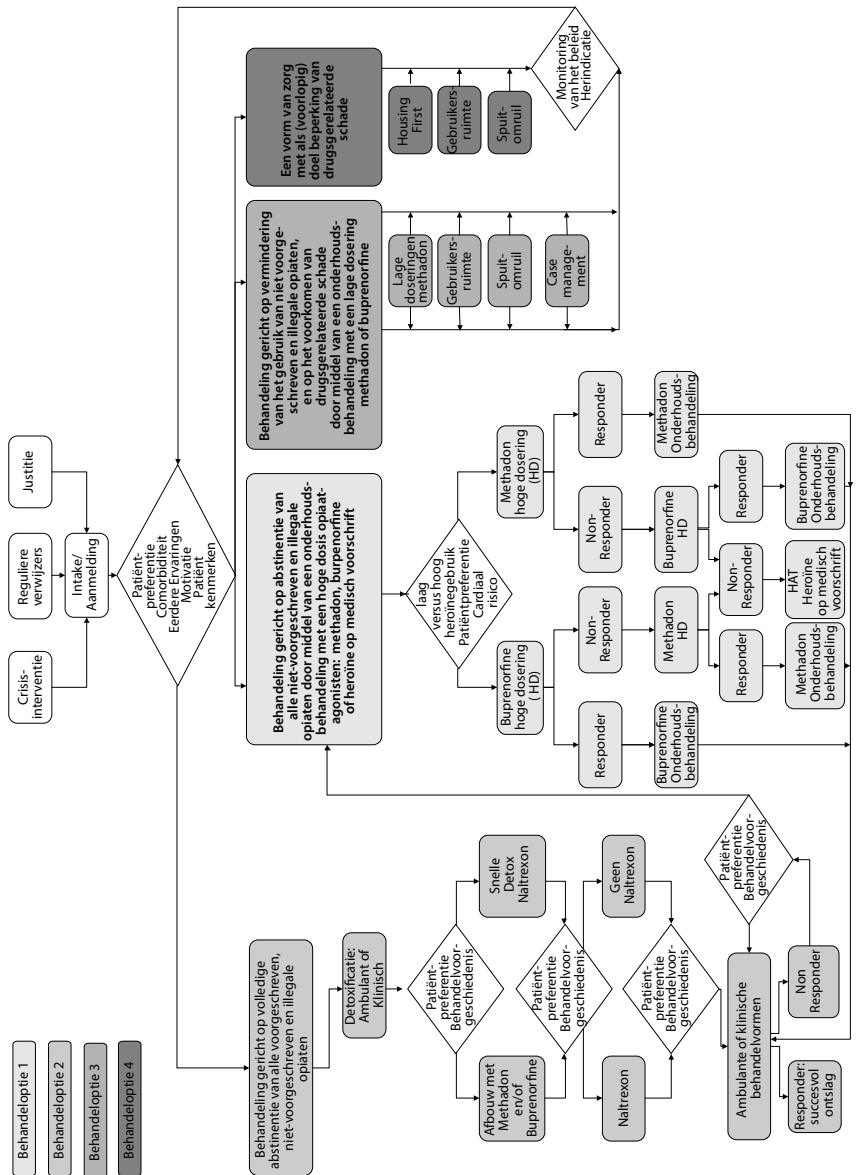
- Deep brain stimulation (diepe-hersenstimulatie) voor de behandeling van opiaatverslaving kan alleen in het kader van wetenschappelijk onderzoek worden toegepast.

## 8 Samenvatting met stroomschema

Deze multidisciplinaire richtlijn is een professionele standaard die op basis van de aanwezige evidentie en professionele overwegingen richting geeft aan het professionele handelen bij de behandeling van opiaatverslaafden. Deze multidisciplinaire richtlijn is geen handleiding voor audits door derden of voor discussies over de vergoedingen door de zorgverzekeraars. Natuurlijk kunnen zij kennisnemen van deze professionele standaard, maar richtlijnen zijn geen juridische documenten die het handelen van de professional bepalen.

Figuur S.1 toont een stroomschema dat behulpzaam kan zijn bij beslissingen over de zorgtoewijzing bij verslaafden aan opiaten. Het schema is gebaseerd op de wetenschappelijke conclusies en de aanbevelingen die in deze richtlijn zijn gepresenteerd voor de verschillende vormen van behandeling. Hierna volgt een korte samenvatting in de vorm van een bespreking van het stroomschema.

Figuur S.1 Stroomschema zorgtoewijzing





Patiënten kunnen op een aantal manieren de zorg binnenkomen. Ze kunnen zich vrijwillig melden bij de huisarts, de algemene ggz of de gespecialiseerde ggz (verslavingszorg), ze kunnen via een justitieel kanaal worden aangemeld bij de verslavingszorg, of ze kunnen wegens een overdosering met de zorg in contact komen.

Een patiënt die met een overdosis heroïne wordt gezien, kan in de meeste gevallen effectief behandeld worden door intraveneuze, intramusculaire of subcutane toediening van een opiaatantagonist. In veel gevallen zal niet precies bekend zijn door welke opiaten de overdosering tot stand is gekomen, en opname in een algemeen ziekenhuis voor ten minste 24 uur lijkt daarom in de meeste gevallen geïndiceerd. Een dergelijke opname biedt ook mogelijkheden om het vervolg van de behandeling met de patiënt (en zijn of haar omgeving) te bespreken. Mocht de patiënt verdere behandeling overwegen dan kan daartoe een nadere afspraak gemaakt worden (intake/aanmelding). Natuurlijk komt het ook voor dat de patiënt tegen het advies in het ziekenhuis verlaat, of dat hij of zij niet bereid is om over verdere behandeling te overleggen of om afspraken te maken (ontslag).

In een intakegesprek moet – na verdere motivatie voor (vervolg)behandeling – eerst worden gesproken over het beoogde doel van de behandeling. Het gaat daarbij in eerste instantie om de volgende keuzemogelijkheden.

- 1 Een behandeling gericht op volledige abstinentie van alle voorgeschreven, niet-voorgeschreven en illegale opiaten die begint met ontgifting en indien mogelijk wordt gevolgd door een behandeling gericht op terugvalpreventie.
- 2 Een behandeling gericht abstinentie van alle niet-voorgeschreven en illegale opiaten door middel van een onderhoudsbehandeling met een effectieve dosis opiaatagonisten: methadon, buprenorfine, of heroïne op medisch voorschrift.
- 3 Een behandeling gericht op vermindering van het gebruik van niet-voorgeschreven en illegale opiaten en het voorkómen van drugsgerelateerde schade door middel van een onderhoudsbehandeling met een lagere dosering methadon of buprenorfine, eventueel in combinatie met deelname aan een spuitomruilprogramma.
- 4 Een vorm van zorg met als (voorlopig) doel beperking van drugsgerelateerde schade, bijvoorbeeld door verwijzing naar een gebruikruimte of een gebruikersorganisatie of door het aanbieden van stabiele woonruimte zonder daaraan de eis te verbinden dat (al direct) deel genomen moet worden aan een van de eerdergenoemde behandelprogramma's (Housing First).

Bij het maken van deze keuze gaat het om een afspraak tussen behandelaar en patiënt. Daarbij licht de behandelaar de patiënt – volgens de regels van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) – zo goed mogelijk in over de mogelijkheden, de kansen op succes en de risico's van de verschillende behandelopties. Bij een keuze voor een van de genoemde behandelingsmogelijkheden gaat het in het algemeen om een combinatie van patiëntvoorkeuren, eerdere behandelervaringen, de huidige toestand van de patiënt, en de situatie waarin deze zich bevindt.

### **8.1 Behandeloptie 1**

Een deel van de patiënten heeft in het verleden al (meerdere) negatieve ervaringen opgedaan met een behandeling voor volledige abstinentie van alle opiaten. Een andere groep heeft geen eerdere behandelervaringen en is al lang, en vaak ook ernstig verslaafd, en heeft bovendien vaak ernstige psychische en sociale problemen. Bij deze groepen ligt behandeloptie 1, met een hoge onderhoudsdosering methadon of buprenorfine, het meest voor de hand. Het zal niet verbazen dat de werkgroep van mening is dat dit de meest geschikte behandeloptie is voor de grootste groep van de Nederlandse opiaatverslaafden; een groep die voor het grootste deel bestaat uit al wat oudere en vaak chronische heroïneverslaafden met een lange behandelgeschiedenis en met veelal ernstige psychiatrische en sociale problemen. Beide medicamenten (methadon en buprenorfine) zijn ongeveer even effectief en de keuze van het meest geschikte preparaat heeft vooral te maken met de wens van de patiënt, eerdere ervaringen met het betreffende medicament, de hoeveelheid illegale heroïne die gebruikt wordt, en de eventuele aanwezigheid van cardiale risicofactoren.

Bij verslaafden die zeer hoge doses illegale heroïne gebruiken, wordt in het algemeen aangeraden te starten met methadon. Tijdens het opstarten van deze behandeling dient men zich bewust te zijn van de kans op een ernstige overdosering in de eerste weken van deze behandeling. Voor verslaafden die minder illegale heroïne gebruiken en bij patiënten met cardiale risico's in de voorgeschiedenis of met een verlengde QT-tijd tijdens een eerdere behandeling met methadon kan ook en soms beter gekozen worden voor een onderhoudsbehandeling met buprenorfine. In beide gevallen gaat het om een langdurige behandeling met effectieve doseringen: doseringen waarbij geen onthoudingsverschijnselen meer aanwezig zijn, de craving duidelijk vermindert, en het gebruik van illegale opiaten wordt gestopt, terwijl de eventuele bijwerkingen beperkt en draaglijk zijn en er dus geen sprake is van overdosering. In het algemeen zal dat bij methadon gaan om doseringen tussen 60 en 120 per dag, terwijl het bij buprenorfine waarschijnlijk gaat om doseringen van ten minste 12 mg per dag. Er zijn echter grote verschillen in de metabolisering van methadon en ook lagere doseringen kunnen effectief zijn, terwijl hogere doseringen ook

nog steeds veilig kunnen zijn en goed getolereerd kunnen worden. In het algemeen doet men er goed aan een onderhoudsbehandeling met methadon of buprenorfine te combineren met een psychosociale interventie, waarbij contingentie management (CM) (bij methadon) en casemanagement (bij zowel methadon als buprenorfine) voorlopig de beste opties lijken te zijn. Er zijn aanwijzingen dat ook de *community reinforcement approach* (CRA) gunstig zou kunnen zijn. Voor patiënten met psychiatrische comorbiditeit lijkt cognitieve gedragstherapie (CGT) gericht op deze bijkomende stoornissen een gunstig effect te hebben op zowel de psychische problemen als op het druggebruik.

Ook een onderhoudsbehandeling met een adequate dosis van een opiaat-agonist is niet altijd effectief, maar het kan niet worden uitgesloten (bewijs is er niet voor) dat een non-responder op methadon wel goed reageert op buprenorfine en andersom. Als beide medicamenten in adequate doseringen (bij herhaling) onvoldoende effect sorteren, kan worden overwogen de patiënt deel te laten nemen aan een onderhoudsbehandeling met heroïne op medisch voorschrift (HAT: *heroin assisted treatment*).

Een belangrijke vraag is natuurlijk hoe lang de behandeling met een opiaat-agonist moet worden voortgezet. Een wetenschappelijk verantwoord antwoord is er niet op deze vraag, maar men gaat er in het algemeen van uit dat een dergelijke behandeling zo lang mogelijk moet worden voortgezet. Desondanks doen zich situaties voor waarin de patiënt bij een succesvolle behandeling met heroïne op medisch voorschrift er toch de voorkeur aan geeft om terug te keren naar een methadononderhoudsbehandeling, of een behandeling wil starten gericht op volledige abstinentie van alle opiaten. Dat laatste kan natuurlijk ook gebeuren bij patiënten die succesvol behandeld worden met methadon of buprenorfine. Een dergelijke beleidswisseling dient goed te worden voorbereid, en dient bij voorkeur enkel toegepast te worden bij een gunstig therapieverloop, waardoor de prognose op succesvolle abstinentie ook verbeterd is. De uitkomsten van deze wisselingen van medicament of van behandeldoel zijn nog onvoldoende onderzocht en dergelijk wisselingen dienen mede daarom zorgvuldig te worden begeleid.

## 8.2 Behandeloptie 2

Bij patiënten die volledig en definitief willen stoppen met het gebruik van alle opiaten, kan in het geval van een eerste aanmelding of bij eerdere succesvolle pogingen gedacht worden aan behandeloptie 2, die begint met een periode van ontgiftiging. Het zal daarbij meestal gaan om relatief jonge patiënten met een minder ernstige verslaving, geen of niet te veel psychiatrische comorbiditeit en een redelijk intact sociaal systeem (werk of studie, partner en/of ouders). In Nederland gaat het slechts om een beperkte groep patiënten waarvoor dit de meest geschikte behandeling is. Er zijn

in Nederland namelijk niet veel nieuwe patiënten met een korte opiaatverslaving; bij de meeste patiënten is sprake van een ernstige verslaving en vaak ook van ernstige psychiatrische en sociale problematiek. Eerdere mislukte pogingen tot abstinentie vormen een sterk argument om een nieuwe behandeling gericht op abstinentie te ontraden, tenzij er duidelijke aanwijzingen zijn dat de kans op slagen duidelijk vergroot is (zoals betere motivatie, meer stabiele psychosociale omstandigheden).

Bij de uitvoering van de ontgiftiging zal als eerste keuze meestal gebruikge maakt worden van een afbouwprogramma met methadon of buprenorfine, waarbij methadon de voorkeur geniet in die gevallen waarbij hoge doses (> 1 gram) illegale heroïne worden gebruikt. Eventueel kan bij de afbouw met behulp van methadon in de laatste fase van de ontgiftiging overgestapt worden op een afbouwschema met behulp van buprenorfine. Wanneer eerdere pogingen tot ontgiftiging met behulp van methadon of buprenorfine vroegtijdig zijn afgebroken, of wanneer de patiënt er duidelijk de voorkeur aan geeft, kan (als tweede keus) gekozen worden voor een snelle ontgiftiging met behulp van orale naltrexon in combinatie met clonidine en eventueel ook andere medicamenteuze vormen van symptoombestrijding. Uit onderzoek blijkt verder dat ondersteuning van deze vormen van ontgiftiging met contingentmanagement (CM) gemiddeld tot betere resultaten leidt. Er is echter onvoldoende bewijs dat CM als enige interventie effectief is bij het bereiken van abstinentie. De werkgroep hecht eraan duidelijk te maken dat ontgiftiging zonder medicamenteuze ondersteuning (cold turkey) ter voorkoming of verzachting van onthoudingsverschijnselen in het algemeen als niet-professioneel, inhumain en waarschijnlijk ook als ineffectief moet worden beschouwd. Natuurlijk kunnen patiënten zelf voor een dergelijke strategie kiezen, maar vanuit een professioneel perspectief dient een dergelijke benadering ontraden te worden.

Over de vraag of de ontgiftiging van opiaten ambulante of klinisch moet worden uitgevoerd, is niet zo heel veel met zekerheid te zeggen. Bij het gebruik van naltrexon zal de ontgiftiging vrijwel altijd klinisch moeten plaatsvinden, terwijl de keuze bij het gebruik van een afbouwschema met methadon of buprenorfine vooral wordt bepaald door eerdere ervaringen, de wens van de patiënt, de snelheid van de ontgiftiging die men voorstaat, en de mate waarin sprake is van lichamelijke en psychische comorbiditeit en sociale desintegratie. Elke geslaagde ontgiftiging moet in principe worden gevolgd door een ambulante vervolgbehandeling; op zijn minst een verwijzing naar een zelfhulpgroep. Soms wordt echter een intensief klinisch vervolg traject ingezet, variërend van een voortgezette klinische ontgiftiging (3-6 maanden) tot een langdurige behandeling in een therapeutische gemeenschap. Over de effectiviteit van deze klinische interventies is niet veel met zekerheid bekend en er is geen bewijs voor grote verschillen in effectiviteit tussen deze klinische behandelingen onderling.

In veel gevallen zal het wel lukken om na volledige ontgiftiging in enkele weken of maanden abstinentie te realiseren. Daarna dient alles in het werk gesteld te worden om (eenmaal terug in de maatschappij) terugval in het gebruik van illegale opiaten te voorkomen. In het algemeen verdient het aanbeveling om daarbij gedurende langere tijd een opiaatantagonist (naltrexon) te gebruiken. In orale vorm blijkt het echter moeilijk om een langdurige en goede therapietrouw te realiseren en terugval (met het gevaar van overdosering) ligt dan ook altijd op de loer. Daarom dient een onderhoudsbehandeling met orale naltrexon – indien mogelijk – gecombineerd te worden met een ondersteunende psychosociale interventie, bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie (CGT), contingentie management (CM) of een vorm van community reinforcement approach (CRA). Een relatief nieuw alternatief is het gebruik van naltrexon met een verlengde afgifte in de vorm van intramusculaire injecties of subcutane implantaten. De wetenschappelijke basis voor de effectiviteit en veiligheid van deze nieuwe behandelingsmogelijkheden is echter nog gering en depotinjecties zijn in Nederland nog niet op de markt. De werkgroep is daarom van mening dat de toepassing van deze naltrexonpreparaten met verlengde afgifte voorlopig alleen binnen experimentele settings toegepast mogen worden. Ook bij ontgiftiging gevolgd door medicamenteuze en/of psychosociale terugvalpreventie blijft de kans op terugval in het gebruik van niet-voorgeschreven en illegale opiaten groot en patiënten moeten daarom op een eerlijke en heldere manier geïnformeerd worden over dit risico en over eventuele alternatieven. In het geval van terugval kan de patiënt het best worden doorverwezen naar een programma gericht op abstinentie van illegale opiaten met behulp van een onderhoudsbehandeling met effectieve doseringen methadon of buprenorfine: behandeloptie 1.

### 8.3 Behandeloptie 3

Toch zijn er ook patiënten die qua profiel vergelijkbaar zijn met patiënten die in aanmerking komen voor een onderhoudsbehandeling met effectieve doseringen methadon of buprenorfine, maar die geen afstand willen of kunnen doen van de opiaatroes en/of niet bereid zijn zich volledig te conformeren aan de behandelafspraken voor stabilisatie en abstinentie van illegale opiaten. Een aantal van hen is echter wel bereid het gebruik van niet-voorgeschreven en illegale opiaten te minderen en de risico's die aan dit illegale gebruik verbonden zijn, zo veel mogelijk te beperken.

Voor deze groep patiënten kan – als tussenstap op weg naar een behandeling gericht op abstinentie van alle (illegale) opiaten – gedacht worden aan behandeloptie 3, dat wil zeggen een onderhoudsbehandeling met een lage (dus: subtherapeutische) dosis methadon of buprenorfine, eventueel in combinatie met deelname aan een sputomruilprogramma. Men dient zich bij het aanbieden van een dergelijk behandeling te realiseren dat er geen

harde bewijzen zijn voor de effectiviteit van deze behandeling in termen van vermindering van het gebruik van niet-voorgeschreven en illegale opiaten. Er zijn wereldwijd wel aanwijzingen voor de gunstige effecten van sputomruilprogramma's in het voorkomen van bloeoverdraagbare infecties (hiv, hepatitis C). Deelname aan een behandelprogramma gericht op vermindering van het gebruik van illegale opiaten en beperking van druggerelateerde schade biedt ook mogelijkheden om in contact te komen en te blijven met patiënten met ernstige lichamelijke en/of ernstige psychiatrische aandoeningen en op die manier de continuïteit van zorg voor deze kwetsbare groep te garanderen. Over de effectiviteit daarvan is helaas nog maar weinig met zekerheid bekend. Mede gezien deze onzekerheid is het van belang dat behandelaars zich blijven inzetten voor een behandeling met effectieve doseringen gericht op volledige abstinentie van alle illegale opiaten (behandeloptie 2).

#### **8.4 Behandeloptie 4**

Er is een groep patiënten die niet, nog niet of niet meer wil deelnemen aan formele behandelprogramma's, maar wel ondersteuning wil bij het voorkomen van druggerelateerde schade via toegang tot gebruikersruimtes en hulp wil bij het vinden van stabiele huisvesting en het saneren van schulden (behandeloptie 4). Een bijzondere vorm van gebruikersruimtes zijn woonvoorzieningen met gereguleerd gebruik (gebruik in eigen beheer met afspraken over tijdstippen en hoeveelheden).

Het gaat bij gebruikersruimtes om een groep die ook wel bekend staat als zorgwekkende zorgmijders. In de laatste jaren hebben verslavingszorginstellingen steeds vaker een min of meer formele rol gekregen bij het opzetten en de organisatie van gebruikersruimtes en in veel gevallen wordt er in deze gebruikersruimtes concrete hulp verleend door medewerkers van deze instellingen. Via deze activiteiten en de inzet van cognitief-gedrags-therapeutische interventies kan (ook) geprobeerd worden deze groep in een bewezen effectief behandeltraject te krijgen (meestal behandeloptie 3, eventueel via behandeloptie 4). Of en hoe vaak men daarin slaagt, is helaas niet bekend.

#### **8.5 Patiënt en familie**

De patiënt en de familie zijn nauw betrokken bij diagnostiek, zorgtoewijzing en behandeling. Ook voor hen is deze richtlijn van belang. Om de afstemming tussen behandelaar en patiënt en familie in het toepassen van deze richtlijn te verbeteren, is er voor de patiënt en de familie een aparte versie van de richtlijn gemaakt, die via Stichting Mainline en de instellingen voor verslavingszorg verkrijgbaar is.

## Literatuur

- CCBH/Kendle. (2000). *Manual onderzoek heroïne op medisch voorschrift (Versie 2000 02 25)*. Utrecht: Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden.
- Jong, C.A.J. de, Hoek, A F.M. van, & Jongerhuis, M. (redactie). (2004). *Richtlijn Detox: Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie*. Amersfoort: GGZ Nederland. Raadpleegbaar via: <http://www.ggz nederland.nl/scrivo/asset.php?id=306065>.
- Loth, C., Wits, E., Jong, C. de, & Mheen, D. van de. (2012). *RIOB: Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling, Herziene versie*. Amersfoort: Resultaten Scoren.

Dit is een samenvatting van de *Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving*. De complete richtlijn is verkrijgbaar via [www.tijdstroom.nl](http://www.tijdstroom.nl) en de (online) boekhandel.

ISBN 978 90 5898 247 6, € 20,00.