

Richtlijn verslaving

5. Opiaten

5.1. Opiaten

Opiaten zijn stoffen die worden bereid uit de Papaver Somniferum-plant (Slaapbol, Maanzaad). Ruw opium wordt verkregen door het insnijden van de zaaddoos van deze plant. Het melkachtige witte sap dat dan vrijkomt wordt gedroogd ; dit noemt men opium. Soms wordt opium chemisch veranderd (bijv. opium → morfine → heroïne) of worden opiaten puur synthetisch gefabriceerd. Ruw opium wordt in gezuiverde vorm gerookt, hoewel het grootste deel chemisch wordt verwerkt tot codeïne, morfine en heroïne. Heroïne wordt gerookt, intraveneus gebruikt (“spuiten”) en vooral van folie gerookt (“chinezen”).

Alle opiaten hebben ongeveer dezelfde effectenⁱ :

EFFECT VAN OPIATEN
Roes-effect met euforie: “warme-deken-gevoel”, afwezigheid van pijn en verdriet
Vernauwde pupillen (pin-point pupillen)
Pijnstilling
Dempen van hoestprikkels
Demping van het ademhalingscentrum (cave ademstilstand)
Demping van het centraal zenuwstelsel (cave bewusteloosheid)
Demping van de darm-motiliteit (cave obstipatie)
Demping van seksuele functies en seksuele interesse

Roes-opiaten worden gedefinieerd als opioïden die, naar gelang de toedieningsweg en de dosering, een geestestoestand teweeg kunnen brengen die wordt gekenmerkt door een kortdurend roeseffect (“flash”, “kick” of “high”) dat enkele tientallen seconden tot enkele minuten duurt, gevolgd door een langer aanhoudende periode van ontspanning en stressreductie (verdooving) .ⁱⁱ Niet álle opiaten hebben dit specifieke farmacodynamische effect dat tot een roes leidt. In Nederland worden meerdere soorten opiaten gebruikt en misbruikt. Allereerst is er heroïne, maar ook de producten voor opiaat-onderhoudsbehandeling

zoals Methadon en Buprenorfine worden doorverkocht en misbruikt. Ten slotte is er ook misbruik van door artsen voorgeschreven opiaten zoals morfine, oxycodon en fentanyl, hoewel misbruik van dit soort middelen in Nederland relatief schaars is. In de Verenigde Staten is het misbruik van deze ‘prescription drugs’ een veel groter probleem; pijnklinieken verstrekken gemakkelijk opiaten en vooral misbruik van oxycodon viert daar hoogtij.

In Nederland is het aantal opiaat-gebruikers juist dalende en de populatie gebruikers “vergrijsd”. In 2012 waren er bij benadering 14.000 probleemgebruikers van opiaten en het percentage 55-plussers wordt groter. Niet alleen daalt het totaal aantal gebruikers, ook het percentage intraveneuze gebruikers neemt af: in 2015 waren er nog ca. 500 “spuiter”. Het grootste gedeelte van deze groep staat ingeschreven bij de verslavingszorg en ontvangt opiaat-onderhoudsbehandeling zoals Methadon, Buprenorfine of farmaceutische heroïne. De groep blijft qua samenstelling redelijk constant – er komen nauwelijks nieuwe gebruikers bij. Voor de chronische, bekende, groep opiaatgebruikers richt de zorg zich voornamelijk op beperken van schade en voorkómen van erger. De zorg is dus gericht op “harm reduction” en niet primair op abstinentie (zie ook Hoofdstuk 2 : Verslaving, intoxicatie en detoxificatie).ⁱⁱⁱ

5.1 Beleid bij intoxicatie

INTOXICATIE met OPIATEN ^{iv v}		
	<u>Problemen</u>	<u>Actie hulpverlener</u>
A	Ademweg is bedreigd bij bewusteloze patiënt	Ademweg vrijmaken en vrijhouden (stabiele zijligging, headtilt-chinlift, jaw-thrust)
B	Opiaten geven ademhalingsdepressie / bradypnoe	Geef zuurstof 15 liter op non-rebreathing masker, beadem zonodig de patiënt bij insufficiënte ventilatie. Streefwaarde saturatie satO ₂ > 90%
C	Opiaten geven hypotensie en bradycardie	Breng een infuusnaald in en bewaak de bloeddruk. Streefwaarde bloeddruk > 90 mm Hg systolisch
D	Opiaten geven bewustzijnsdaling	Monitor het bewustzijn, met AVPU score <ul style="list-style-type: none"> • A: Alert • V: Reageert op Verbaal contact / aanspreken • P: Reageert alleen op Pijn • U: Reageert nergens op, Unresponsive

E	Aandacht voor onderkoeling, verborgen letsels en differentiaaldiagnose	<ul style="list-style-type: none"> • Denk differentiaal-diagnostisch aan intoxicatie met een ánder middel (benzo's!) en hypoglycaemie • Bewusteloosheid is een “afleidend letsel”: een bewusteloze patiënt klaagt niet over pijn, dus zoek actief naar bijkomend letsel • Bij langdurige bewusteloosheid kan onderkoeling ontstaan
Medicamenteus beleid bij opiaat-intoxicatie		
	Direct:	Naloxon 0,4mg (=1 ml) intraveneus , zonodig herhalen tot een maximum van 2 mg. Naloxon mag eventueel ook intramusculair gegeven worden.
	Op termijn:	Laat ook bij goed herstel op Naloxon de patiënt opnemen in een ziekenhuis. Opiaten en voornamelijk Methadon hebben een langere halfwaardetijd dan Naloxon en als het antidotum is uitgewerkt komen de intoxicatieverschijnselen terug. Een opname met continu Naloxon-infuus is geïndiceerd!

5.2 Beleid bij detoxificatie

Het is voor de hulpverlener van groot belang om te weten hóe de detoxificatie van opiaten verloopt, en welke verschijnselen objectiveerbaar zijn. Dit heeft zowel te maken met het medische en humane doel om lijden door de detox zoveel mogelijk te voorkomen, als met de kans op misbruik van de medische begeleiding. Omdat detoxificatie meestal leidt tot het voorschrijven van (meer) onderhoudsopiaten zijn er ook gebruikers die de detox-klachten zullen simuleren of overdrijven om zo meer opiaten los te krijgen. Ook wordt er gelogen over de dosering onderhoudsopiaten die men elders ontvangt. De gebruiker kan zichzelf hiermee ook flink benadelen, omdat hij door gebrek aan tolerantie voor de hogere dosis effectief een overdosis krijgt toegediend.

Zoals ook beschreven in hoofdstuk 2 , zal het onttrekkingsbeeld van opiaten ongeveer de omgekeerde verschijnselen van de intoxicatie laten zien: in plaats van roes, demping en

ontspanning ontstaat gejaagdheid, angst en stimulatie van allerlei lichaamsprocessen. In plaats van obstipatie ontstaat er diarree en braken, in plaats van een droge warmte is de patiënt klam en zweterig. De warme deken van de opiatenroes wordt vervangen door koud kippenvel: “cold turkey”. De gebruiker voelt zich vaak behoorlijk ziek. ^{vi}

DETOXIFICATIE VAN OPIATEN: KLINISCH BEELD	
<u>Objectiveerbare verschijnselen</u>	<u>Subjectieve verschijnselen</u>
Verwijde pupillen	Heeft het koud
Kippenvel (spontaan of bij strijken langs huid)	Voelt zich “ziek”
Verhoogde peristaltiek	“Craving” naar opiaten
Loopneus	Gebrek aan eetlust / overmatige eetlust
Diarree	Angst
Braken	Akoestische en visuele hallucinaties
Tachycardie	Gejaagd gevoel
Zweten	Spierpijn / gewrichtspijn
Tranende ogen	Onrustige / angstige dromen
Motorische onrust	Voelt zich moe en traag
Tremor	Voelt zich somber

Het is van belang om dit opiaat-onttrekking proces zo goed mogelijk te objectiveren, omdat de mate van klachten grotendeels bepalend is voor het beleid. Hiervoor kan zowel een objectieve observatieschaal (voor de hulpverlener) als een subjectieve klachtenschaal (voor de patiënt) worden gebruikt. ^{vii}

De objectieve ontwenningsschaal, in te vullen door een verpleegkundige, ziekenverzorgende/VIG-er

Patiënt: Geb.datum: Volgnummer: METING			
Temperatuur op indicatie			
Polsslag			
Tensie			
OBSERVATIE Observator stelt vast	Aanwezig	ANAMNESTISCHE GEGEVENS Cliënt vertelt	Aanwezig
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		TOTAAL	
14. Misselijkheid			
15. (Epileptische) insulten			
16. Oogt sloom, komt sloom over			
17. Oogt somber, komt somber over			
18. Gespannen, gejaagd			
19. Trilt			
20. Slaperig, slaapt			
21. Vermoeidheid, moe			
22. Traag in beweging			
TOTAAL			

De subjectieve schaal: ontweningsverschijnselen: door patiënt zelf in te vullen

Datum:

Naam:

Patiënt: Patiëntnummer: IK...	Heel erg 4	Erg 3	Nogal 2	Een beetje 1	Helemaal niet 0
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					

Gedwongen detoxificatie van opiaten wordt in Nederland als inhumain gezien en daarom leidt het acute onttrekking beeld in zorginstellingen en detentie-instellingen meestal tot het

voorschrijven van opiaat substitutie. Het voorschrijven van deze behandeling wordt verderop uitgebreid toegelicht.

5.3 Begeleiding op de langere termijn: niet-medicamenteuze interventies

Voor begeleiding op langere termijn gelden de principes zoals die in Hoofdstuk 1: Verslaving zijn beschreven. Abstinentie is lang niet altijd een haalbaar doel. Het verstrekken van onderhoudsopiaten kan leiden tot een stabilisering van drugsgebruik, en de gebruiker ruimte geven voor het aanpakken van psychische en sociale problemen die het gebruik uitlokken of verergeren. Ook is het frequente verstrekings-contact met de gebruiker een ingang om somatische en psychische comorbiditeit te behandelen en zo de kwaliteit van leven van de gebruiker te vergroten. viii

5.4 Begeleiding op de langere termijn: opiaat onderhoudsbehandeling

Voor opiaat onderhoudsbehandeling zijn in Nederland drie middelen beschikbaar:

1. Methadon
2. Buprenorfine met Naloxone (Suboxone)
3. Farmaceutische heroïne

Van deze drie heeft Methadon de voorkeur: er is de meeste ervaring mee, het kan hoger gedoseerd worden dan Buprenorfine en overdoses zijn relatief gemakkelijk te behandelen. De toediening van farmaceutische heroïne gebeurt alleen in een kleine specifieke doelgroep en wordt in deze richtlijn verder buiten beschouwing gelaten.

Het medische doel van het toepassen van opiaat onderhoudsbehandeling is het bezetten van de opiaat-receptoren in het centrale zenuwstelsel. Door het bezetten en bezet houden van deze receptoren wordt onttrekking voorkomen, neemt craving af en heeft bijgebruik van illegale opiaten weinig effect meer. (Zie ook Hoofdstuk 2 : *Verslaving* – voor de achterliggende principes van verslaving en verslavingszorg). Hoewel de onderhoudsbehandeling met Methadon en Buprenorfine op dezelfde receptoren aangrijpt als het illegale opiaat, heeft het

een andere farmacodynamische werking. Hierdoor is er minder “roes” effect en een kleinere kans dat de patiënt het middel gaat misbruiken door steeds hogere doses te nemen. ^{ix}

Bij het voorschrijven van onderhoudsopiaten zijn de volgende aandachtspunten van groot belang:

AANDACHTSPUNTEN OPIAAT-ONDERHOUDSBEHANDELING
Begin met een lage dosis; je kunt altijd nog omhoog op geleide van het klinisch beeld
Geef de eerste 24 uur niets, tenzij er klinisch hevige ontwenningverschijnselen zijn
Methadon stapelt. De halfwaardetijd is méér dan 24 uur. Te snel ophogen van de onderhoudsbehandeling kan leiden tot overdosering
Een lage dosis Methadon (30 mg) is vaak voldoende om de ergste detox verschijnselen en het bijkomende lijden te verzachten
Maak beleid op het klinisch beeld, niet op de dosering die de patiënt claimt

Ook is er altijd een dreigend risico op overdosering en verergering van comorbiditeit:

VOORSCHRIJVEN VAN ONDERHOUDS-OPIATEN: VALKUILEN en RISICO's	
<u>SITUATIE</u>	<u>RISICO</u>
De gebruiker simuleert onttrekking en krijgt zo een hogere dosis opiaten toegediend dan noodzakelijk is	<i>Overdosis! Gebruiker is niet gewend aan deze hogere dosis opiaten</i>
De gebruiker claimt een hogere dosis Methadon dan hij in werkelijkheid krijgt	<i>Overdosis! Gebruiker is niet gewend aan deze hogere dosis opiaten</i>
De gebruiker krijgt wel een bepaalde dosis Methadon bij de verslavingszorg, maar gebruikt niet de hele dosering (doorverkoop)	<i>Overdosis! Gebruiker is niet gewend aan deze hogere dosis opiaten</i>
De gebruiker is een tijdje clean geweest (detentie, opname) en gaat daarna op straat weer zijn oude hoeveelheid opiaten gebruiken	<i>Overdosis! Gebruiker is door de afkickfase zijn tolerantie voor opiaten kwijt – een lagere dosis opiaten zal dus weer effect hebben;</i>

	<i>Gebruiker is niet meer gewend aan deze hogere dosis opiaten</i>
De gebruiker met diabetes en onttrekkingsverschijnselen	<i>Hypoglycaemie! Misselijkheid, braken en diarree leiden tot verminderde intake en opname van voedsel</i>

Als een gebruiker in een (bevestigd) programma voor Methadon of Buprenorfine zit, wordt in justitiële instellingen (zowel bij gevangenisstraf als vreemdelingenbewaring) nooit afgebouwd, tenzij de patiënt hier bewust om vraagt. Als de vreemdelingenbewaring tot een uitzetting zal leiden, wordt er echter nooit Methadon/Buprenorfine meegegeven. Het voortzetten van de behandeling leidt dan tot acute “cold turkey” onttrekking bij aankomst in het land van herkomst. Om deze reden kan het wel goed beleid zijn om met de vreemdeling in gesprek te gaan over geleidelijke afbouw in afwachting van de uitzetting. ^x Als Methadon / Buprenorfine door de instellingsarts is gestart om onttrekkingsverschijnselen van illegaal verkregen opiaten tegen te gaan, wordt na stabiliseren wel afgebouwd; dit kan meestal met 5-10 milligram per week.

METHADON / BUPRENORFINE en JUSTITIE

Methadon / Buprenorfine wordt zowel in detentie als in vreemdelingenbewaring nooit gedwongen afgebouwd als iemand in een verstrekking programma is opgenomen. Een buiten ingezette behandeling wordt ook binnen de muren van de justitie-instelling voortgezet. Begeleide afbouw op verzoek van de gedetineerde kan, maar er moet dan wel uitzicht zijn op terugvalpreventie en verbetering van de leefomstandigheden buiten de muren. Voor vreemdelingen die uitgezet worden kan het lonen om wél af te bouwen, als er in hun land van herkomst geen adequate Methadonverstrekking/verslavingszorg beschikbaar is. Als Methadon / Buprenorfine door de instellingsarts is gestart om onttrekkingsverschijnselen van illegaal verkregen opiaten tegen te gaan, wordt na stabiliseren wel afgebouwd; dit kan meestal met 5-10 milligram per week.

5.5 Het voorschrijven van Methadon

Hoewel het totaal aantal opiaat-gebruikers dalende is, neemt de gemiddelde onderhoudsdosering Methadon toe, van 60 milligram per dag voorheen naar gemiddeld 80 milligram per dag in 2015. Maar: ook veel hogere doseringen Methadon kunnen voorkomen.^{xi} De meeste patiënten zijn adequaat ingesteld bij een steady-state dosering tussen de 60-120 milligram.^{xii}

Methadon heeft een tragere werkingstijd (langere T-max) en een langere halfwaardetijd ($T_{1/2}$). Hierdoor treedt er geen 'roes-effect' op. Het onderhoudsmiddel is daardoor minder verslavend en de gebruiker kan beter functioneren in het dagelijks leven.^{xiii} Door de lange halfwaardetijd en de geringe therapeutische breedte van het middel bestaat er een aanzienlijke kans op stapeling en overdosering. Een lage dosis Methadon (30 mg) is meestal voldoende om onttrekkingsverschijnselen adequaat te bestrijden.

- Geef de eerste 24 uur geen onderhoudsopiaten, tenzij er klinisch hevige, objectiveerbare ontwenningverschijnselen zijn.

Omdat de anamnese vaak onbetrouwbaar is, en de kans op overdosering groot, wordt dringend aanbevolen om met deze lage dosis te starten. Op geleide van het klinisch beeld, voornamelijk de geobjectiveerde onttrekkingsverschijnselen, kan er altijd nog worden opgehoogd. Vanwege het risico op stapeling moet er ook niet te snel, en met alleen met kleine dosisstappen (5-10 mg/stap) worden opgehoogd. Pas na 5 giften (5 x 24 uur) wordt een stabiele bloedspiegel bereikt. Het adagium is dus: start low, go slow. ^{xiv}

Hoe er praktisch met Methadon gestart wordt is afhankelijk van de omstandigheden. Als de patiënt elders (verslavingszorg, detentie instelling) al een onderhoudsdosis Methadon kreeg, kan er met deze dosis doorgedaan worden als er inname onder toezicht is. Als er geen direct toezicht op inname is, of patiënt is al een aantal dagen uit het zicht bij de verslavingszorg, is onvoldoende duidelijk hoeveel de patiënt daadwerkelijk gebruikt. Een deel kan doorverkocht worden, of op eigen houtje afgebouwd. De patiënt heeft hierbij vaak een verborgen agenda en de anamnese is onbetrouwbaar. Tenzij er dus volledige zekerheid bestaat over de dagelijks ingenomen dosis kan er dus het beste met een lage dosis gestart worden: start low, go slow. De genoemde 30 mg Methadon is heel geschikt als veilige startdosis en neemt vaak al de

meeste onthoudingsverschijnselen weg. Aan verpleging/verzorging /arrestantenbewaarder dienen dan goede instructies gegeven te worden over het monitoren van onttrekkingsklachten. Hiervoor kunnen de eerder genoemde observatie-schalen worden gebruikt. Op geleide van het klinisch beeld kan er worden opgehoogd. Gezien de lange halfwaardetijd is het verdelen van de dosis over meerdere toedieningstijden niet rationeel: Methadon dient dus eenmaal daags gedoseerd te worden.

INSTELLEN OP METHADON	
IN ALLE GEVALLEN	<i>Eenmaal per dag doseren is voldoende “Start low, go slow”</i>
Patiënt zit in Methadonprogramma met dagelijkse inname onder toezicht	<i>Geef de dosis (mits bevestigd door verslavingszorg) die patiënt “buiten” ook krijgt</i>
Patiënt zit in Methadonprogramma, maar zonder dagelijks toezicht / is uit beeld geraakt	<i>Geef 30 mg Methadon als er objectieve onttrekkingsverschijnselen zijn; monitor het verloop van de onttrekkingsklachten; hoog zonedig in de komende dagen op met 5-10 mg als er restverschijnselen blijven</i>
Patiënt zit niet in Methadonprogramma maar koopt illegaal Methadon of andere opiaten op straat	<i>Geef 30 mg Methadon als er objectieve onttrekkingsverschijnselen zijn; monitor het verloop van de onttrekkingsklachten; hoog zonedig in de komende dagen op met 5-10 mg als er restverschijnselen blijven</i>

Methadon is 30 minuten na inname volledig geresorbeerd. Dit is van belang om beleid te maken als de patiënt braakt kort na inname van het middel ^{xv}

METHADON en BRAKEN	
Objectief: Braken < 15 minuten na inname	<i>Volledige dosis opnieuw geven</i>
Objectief: Braken 15 – 30 minuten na inname	<i>50 % van de dosis opnieuw geven</i>
Objectief: Braken > 30 minuten na inname	<i>Geen nieuwe dosis geven (reeds volledig opgenomen)</i>
Twijfel over braken / tijdstip van braken	<i>Geen nieuwe dosis geven. Twee uur later beoordelen op objectiveerbare ontwenningverschijnselen</i>

5.6 Het voorschrijven van Buprenorfine

Buprenorfine heeft een paradoxaal effect: in lage doseringen is het een opiaat-agonist, maar in hogere dosering heeft het juist een antagonistisch effect waardoor overmatig gebruik onprettig is. Het voordeel hiervan is dat niet snel méér wordt ingenomen dan er is voorgeschreven; het nadeel is dat Buprenorfine alleen geschikt is als er relatief lage doses roes-opiaten of Methadon werden gebruikt. ^{xvi}

Voor onderhoudsbehandeling met buprenorfine is in Nederland het preparaat Suboxone verkrijgbaar. Dit is een combinatie van Buprenorfine en Naloxon. De Naloxon is toegevoegd om intraveneus misbruik van het middel te voorkomen. ^{xvii}Het middel is verkrijgbaar in 2 sterktes:

- Buprenorfine/Naloxon 2mg/0,5mg sublinguaal tablet
- Buprenorfine/Naloxon 8mg/2mg sublinguaal tablet

Ter vergelijking: een dagdosering tussen de 16 en 32 milligram Suboxone komt overeen met een dagdosering tussen de 60 en 100 milligram Methadon.

Het tablet dient uitsluitend sublinguaal gebruikt te worden om een groot first-pass effect door de lever te voorkomen. Door de bypass-route onder de tong te gebruiken blijft de werking intact; inname per os zou tot een snelle afbraak in de lever en dunne darm leiden en daarmee het gewenste effect teniet doen. Doseringen van 4-8 milligram per dag zijn vaak al voldoende

om onttrekkingsverschijnselen te onderdrukken, maar dit effect kan verlengd worden met een hogere dagdosering van 8-16 milligram. Het effect van de onderhoudsbehandeling (dus niet alleen op onttrekkingsklachten, maar ook op bijgebruik van illegale drugs) is het hoogste bij doseringen tussen de 16 en 32 milligram/dag. Bij deze doseringen zijn alle opiaat-receptoren bezet en zal bijgebruik van illegale opiaten als zinloos of onprettig worden ervaren. Er wordt aangeraden om voor een onderhoudsbehandeling een minimale dagdosis van 12 milligram aan te houden. Hoewel in de praktijk een aantal patiënten hun dagdosis over meerdere innametijdstoppen verdelen is er geen wetenschappelijk bewijs voor een gunstig effect hiervan. Aangezien de halfwaardetijd 20-25 uur bedraagt, is het advies dan ook om eenmaal daags te doseren.

Bij het instellen op Suboxone is het van belang om hiernaast géén andere opiaten te gebruiken. Door het antagonistisch effect van Suboxone zullen ontwenningverschijnselen juist toenemen. Om dezelfde reden is het verstandig om pas te starten met Suboxone als de patiënt klinisch onttrekkingsklachten krijgt. Toediening van Suboxone terwijl patiënt nog onder invloed van andere opiaten is kan een heftig onttrekkingsbeeld uitlokken.

Als de patiënt elders (verslavingszorg, detentie-instelling) al een onderhoudsdosis Suboxone kreeg, kan er met deze dosis doorgedaan worden als er inname onder toezicht is. Als er geen direct toezicht op inname is, of patiënt is al een aantal dagen uit het zicht bij de verslavingszorg, is onvoldoende duidelijk hoeveel de patiënt daadwerkelijk gebruikt. Een deel kan doorverkocht worden, of op eigen houtje afgebouwd. De patiënt heeft hierbij vaak een verborgen agenda en de anamnese is onbetrouwbaar. Tenzij er dus volledige zekerheid bestaat over de dagelijks ingenomen dosis kan er dus het beste met een lage dosis gestart worden. Geef de eerste 24 uur geen onderhoudsopiaten, tenzij er klinisch hevige, objectiveerbare ontwenningverschijnselen zijn.

Er kan wel relatief snel worden opgehoogd (anders dan bij Methadon) op geleide van de onttrekkingsverschijnselen. De aanbevolen opstartdosis is 4 milligram/dag, eventueel op de eerste dag nog met 2-4 milligram op te hogen tot een maximale dosis van 8 milligram op de eerste dag. In vrijwel alle gevallen is dit voldoende om de acute onttrekkingsklachten te bestrijden. De volgende dagen kan de dosis verder worden opgehoogd om een steady-state te bereiken: psychisch en lichamelijk welbevinden bij de gebruiker, geen bijgebruik illegale

opiaten meer, stabiliseren van sociaal-maatschappelijke omstandigheden. Op de tweede dag kan worden opgehoogd tot maximaal 24 milligram op geleide van de behoefte – vanaf dag drie en verder kan eventueel worden opgehoogd tot de maximale dosering ^{xviii}

INSTELLEN OP BUPRENORFINE/NALOXON (Suboxone)	
IN ALLE GEVALLEN	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Eenmaal per dag doseren is voldoende</i> • <i>Begin pas als er klinisch ontwenningverschijnselen zijn (anders kun je heftige ontwenning uitlokken)</i> • <i>Géén bijgebruik andere opiaten: dan neemt ontwenning juist toe</i>
Patiënt zit in Suboxone-programma met dagelijkse inname onder toezicht	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Geef de dosis (mits bevestigd door verslavingszorg) die patiënt 'buiten' ook krijgt</i>
Patiënt zit in Suboxone-programma, maar zonder dagelijks toezicht / is uit beeld geraakt OF Patiënt zit niet in Suboxone- programma maar koopt illegaal Methadon of andere opiaten op straat	<ul style="list-style-type: none"> • <i><u>Dag 1:</u> Geef 4 mg Buprenorfine als er objectieve onttrekkingsverschijnselen zijn; monitor het verloop van de onttrekkingsklachten. Geef zonodig 2 - 4mg extra</i> • <i><u>Dag 2:</u> Hoog op met stappen van 2 - 8 mg al naar gelang behoefte / onttrekkingsverschijnselen tot een maximale dosis van 24 mg</i> • <i><u>Dag 3 en verder:</u> hoog op met stappen van 2 - 8 mg al naar gelang behoefte / onttrekkingsverschijnselen tot een maximale dosis van 32 mg</i>

Literatuur

-
- ⁱ Drugs en alcohol: gebruik, misbruik en verslaving. Kersemakers et al. Bohn Stafleu en van Loghum, Houten 2008
- ⁱⁱ Gezondheidsraad: Medicamenteuze interventies bij drugverslaving. Den Haag: Gezondheidsraad,2002; publicatie nr. 2002/10.
- ⁱⁱⁱ Opiaten. LADIS: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem 2014. <http://www.ladis.eu/nl/middelen/opiaten> (verkregen 1-3-2016)
- ^{iv} Acute boekje – Richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van aandoeningen op het gebied van inwendige specialismen – Vierde editie 2009. Van Zuiden Communications Alphen aan den Rijn
- ^v Fraanje WL, Giesen PHJ, Knobbe K, Van Putten AM, Draijer LW. Farmacotherapeutische richtlijn Geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties. Huisarts Wet 2012;55(5):210-20.
- ^{vi} Loth et al; Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB). Herziene versie 2012. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- ^{vii} Loth et al; Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB). Herziene versie 2012. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- ^{viii} Loth et al; Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB). Herziene versie 2012. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- ^{ix} Loth et al; Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB). Herziene versie 2012. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- ^x Richtlijn Medicamenteuze zorg aan gedetineerde verslaafden; Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO voor Dienst Justitiële Inrichtingen; Utrecht 2008
- ^{xi} Opiaten. LADIS: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem 2014. <http://www.ladis.eu/nl/middelen/opiaten> (verkregen 1-3-2016)
- ^{xii} Loth et al; Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB). Herziene versie 2012. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- ^{xiii} Gezondheidsraad: Medicamenteuze interventies bij drugverslaving. Den Haag: Gezondheidsraad,2002; publicatie nr. 2002/10.
- ^{xiv} Loth et al; Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB). Herziene versie 2012. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- ^{xv} Loth et al; Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB). Herziene versie 2012. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- ^{xvi} Loth et al; Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB). Herziene versie 2012. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- ^{xvii} Farmacotherapeutisch Kompas. www.farmacotherapeutischkompas.nl/ bladeren-volgens-boek/preparaatteksten/b/Buprenorfine/Naloxon (verkregen op 22/5/16)
- ^{xviii} Loth et al; Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB). Herziene versie 2012. Amersfoort: Resultaten Scoren.