



INWOONCURSUS 2012

PROGRAMMA ARTSEN – 30 maart/6 april 2012

Dinsdag 3 april

Samenwerken bij verslaving. High?

Rita Verrando

Huisarts en medisch coördinator CAD/MSOC Limburg

De rol van de huisarts in de drughulpverlening: van een solistische kijk naar een multidisciplinair overleg.

Inleiding

De voorbije jaren was ik te gast op vele bijscholingsavonden van huisartsenkringen en Lokale Overleg Kring (LOK)-groepen in heel Vlaanderen. 'Hoe omgaan met alcohol- en druggebruik in de huisartsenpraktijk', een vormingspakket uitgewerkt binnen de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD), kende behoorlijk wat succes. Ik kon steeds rekenen op een gretig publiek met een warme interesse. De discussies waren geanimeerd en leerrijk. Als 'oude rot' in de verslaafdenzorg was het boeiend om te zien hoe huisartsen die zelden in contact kwamen met verslaafden, precies konden aangeven hoe ze zouden reageren in bepaalde situaties. Deze huisartsen wisten hun leerbehoeften te formuleren en ze kenden duidelijk de grenzen van hun mogelijkheden.

Kortom: op die avonden zitten 'huisartsen', hulpverleners in de eerste lijn, die hun stiel kennen. Huisartsen zijn deskundigen in de aanpak van een langdurig ziekteproces en verslaving kan ook beschouwd worden als een chronisch ziekteproces. Als dusdanig behoort de behandeling van verslaving tot het domein van de gezondheidszorg¹.

Deze 'zieken' zijn echter patiënten die verontrustend precies weten hoe ze een arts uit balans moeten brengen en die een uitdaging vormen voor alle facetten van zijn deskundigheid. Het blijven echter 'patiënten' met recht op een kwaliteitsvolle verzorging in de eerste lijn. De doelgroep is niet de gemakkelijkste, maar is wel boeiend voor een huisarts die de moeite doet om deskundigheid te verwerven over het onderwerp.

Anderzijds ben ik ook geschrokken van de reacties van sommige collega's, soms collega's met verantwoordelijke posities binnen lokale kringen. Ik ben geschrokken van hun kille onverschilligheid tot zelfs onverholen afkeer ten opzichte van mensen met een verslavingsprobleem. Zij interesseren zich niet voor een kwaliteitsvolle, kritische en op research gebaseerde aanpak van druggebruikers in de eerste lijn. Zij hebben maar één bekommernis: hoe houd ik deze patiënten buiten mijn praktijk.

Vanwaar deze negatieve houding?

Op de eerste plaats is het gedrag van de verslaafden zelf hiervoor verantwoordelijk. Chronische gebruikers en zeker heroïneverslaafden, kunnen maatschappelijke overlast veroorzaken. Dit kan door te dealen, te gebruiken en door de problemen die dakloos en thuisloos zijn met zich meebrengen. Zij zijn sociale outcasts, wat nog versterkt wordt door zogenaamd 'junkgedrag': liegen over het gebruik, manipuleren om hun zin te krijgen en anderen de schuld geven voor hun problemen. Er is weinig ziekte-inzicht. Omgaan met dit gedrag binnen de muren van een kabinet is geen sinecure. Het zijn allesbehalve modelpatiënten. Ten tweede ligt de oorzaak misschien in de algemene maatschappelijke vooroordelen jegens deze populatie, die gedeeld worden door het medisch korps. Drugverslaafden worden vereenzelvigd met inbraken, diefstallen, roofovervallen, geweld, doodslag, besmettelijke ziekten,

Morele veroordeling van mensen, in dit geval omwille van hun verslaving, bemoeilijkt de professionele benadering. Men gaat vaak uit van de veronderstelling dat de verslaafde zijn probleem ontkent, niet gemotiveerd is en niets moet weten van behandeling. De patiënt voelt die gemengde gevoelens haarfijn aan en hij gaat hiervan gebruik maken. Verslaafden zijn meesters in het gebruiken van 'taal' als middel om hun doel te bereiken (vb. een voorschrift benzodiazepines) en zij stellen de communicatievaardigheden van hulpverleners ernstig op de proef. Zo krijgt hij vaak in gesprekken de bovenhand. Hij dwingt artsen (en andere hulpverleners) als het ware tot het nemen van snelle beslissingen. Hij legt de

verantwoordelijkheid van deze beslissingen altijd weer bij de hulpverleners en weet hen tenslotte tegen elkaar uit te spelen².

De professionele aanpak van een chronisch verslaafde patiënt vergt een ommezwaai van 'confrontatie' naar 'aanvaarding'. Eigen vooroordelen (o.a. angst voor geweld, angst voor ontwenning, ...) moeten opzij gezet worden. De onbetrouwbaarheid van de patiënt kan op een open, aanvaardbare manier besproken worden als inherent aan de verslaving en niet aan de persoon. De 'verslaafde' wordt dan een 'patiënt met een afhankelijkheidsprobleem'.

Artsen in de verslaafdenzorg moeten over een flinke bagage beschikken. Zij moeten inzicht hebben in het proces naar afhankelijkheid en in de mogelijke psychiatrische en lichamelijke comorbiditeit van deze aandoening. Zij moeten over kennis beschikken van middelen en middelengebruik, van farmacotherapie, van infectiepreventie en -behandeling. Daarbij moeten zij kennis en kunde hebben van wetenschappelijke richtlijnen, van het wettelijk kader, van agressiereguleringstechnieken, van eenduidige manieren van grenzen stellen aan verslavingsgedrag en van motiverende gespreksvoering in de dagelijkse praktijk. Zij moeten bereid zijn om samen te werken met andere hulpverleners.

Het is zeker niet nodig dat elke huisarts deze deskundigheid verwerft. Het is wel belangrijk dat huisartsen, die geconfronteerd worden met mensen met een gebruik-, misbruik- of afhankelijkheidsproblematiek, weten wat ze moeten doen en/of het aanbod in de hulpverlening kennen, zodat ze naar analogie met de andere domeinen in de gezondheidszorg, deskundig kunnen verwijzen. Huisartsen die regelmatig werken met verslaafden of een functie bekleden in de verslaafdenzorg kunnen via opleiding, vakliteratuur, bijscholing, peer review en intervisie hun kennis en kunde bijschaven.

Verslaafdenzorg is misschien wel een vak apart, een eigen medisch specialisme ...

Verslaving als chronische ziekte.

Tot 20% van de contacten in de huisartsenpraktijk heeft te maken met problematisch middelengebruik³. Deze patiënten consulteren tweemaal meer dan zij die deze problemen niet hebben. De huisarts wordt door patiënten en hun familie als 'de beste bron' van advies en begeleiding genoemd bij alcohol-, tabaks- en druggebruik. Jammer genoeg wordt de huisarts ook als 'minst helpend' gequoteerd op het ogenblik dat er problemen optreden. De diagnose van middelenmisbruik of -afhankelijkheid wordt dikwijls gemist en als de diagnose gesteld wordt, weten artsen vaak niet hoe en welk behandelingsplan ze moeten voorstellen. Nochtans zijn de basale klinische vaardigheden in principe dezelfde die noodzakelijk zijn voor het begeleiden van een chronisch zieke patiënt. Verslaving kan immers beschouwd worden als een chronische aandoening met een bio-psycho-sociale etiologie¹. Een goede consultatie leidt tot een globaal beleidsplan, dat in de tijd kan bijgesteld worden.

Meerdere facetten van zorgverlening komen aan bod bij chronische patiënten⁴:

- continue bewaking van het ziekteproces met zowel vroegtijdige diagnose van de aandoening als behandeling en follow-up
- samenwerking met andere hulpverleners
- geregeld kritische evaluatie van de medicatie
- preventieve maatregelen
- aandacht voor de comorbiditeit en de zelfredzaamheid van de patiënt
- maximale thuiszorg
- oog hebben voor psychosociale en existentiële aspecten van het chronisch ziek zijn, rekening houden met de invloed van de zieke/ziekte op de onmiddellijke omgeving zoals het gezin, ook oog hebben voor de economische en financiële gevolgen van de verzorging
- zowel probleemgericht als doelgericht werken

Bij chronische patiënten, dus ook bij drugverslaafden onderscheiden we 3 strategieën:

- de huisarts stelt de diagnose en start de behandeling; hij zorgt zelf voor de follow-up; enkel bij problemen wordt verwezen naar de meest aangewezen specialist of dienst.

- de huisarts stelt de diagnose, maar verwijst voor verdere oppuntstelling. Hij zorgt zelf voor de verdere follow-up.
- de huisarts stelt het probleem vast; voor diagnose en/of behandeling verwijst hij naar de specialist; voor follow-up is nauwe samenwerking noodzakelijk.

Van preventie tot behandeling.

Naast curatieve taken heeft de huisarts een duidelijke preventieve opdracht. In de huisartsenpraktijk is preventie een geïntegreerd, continu gebeuren. Door de bestaande vertrouwensrelatie, de regelmatige contacten met de patiënt en zijn familie, bevindt de huisarts zich in een unieke positie om een spilfiguur te zijn in de medische preventie⁵. De huisarts werkt laagdrempelig en richt zich niet specifiek tot mensen met een middelenprobleem zoals de gespecialiseerde drughulpverlening. De patiënt wordt dus niet bij voorbaat gestigmatiseerd als 'gebruiker'. Dit verbreedt de mogelijkheden om de problematiek juist in te schatten en aan te pakken.

Naar effectiviteit in het verminderen van druggebruik toe is structurele interactieve training van sociale vaardigheden vanaf de jongste levensjaren (vb. via schoolprogramma's) één van de vormen van universele preventie waarvoor wetenschappelijke evidentie bestaat. Deze vorm van preventie moet een eerste gezonde beschermlaag vormen voor alle grensoverschrijdend gedrag en dus ook voor experimenteel en escalerend middelengebruik⁶. De rol van de huisarts in het hele gebeuren van universele preventie is beperkt.

Hij kan wel een belangrijke rol spelen in gemeenschapsgerichte eerstelijns gezondheidszorgprojecten (community oriented primary care). Dit model biedt mogelijkheden om de kloof tussen preventieve en curatieve zorg te overbruggen. Uitgangspunt zijn gezondheids- en welzijnsproblemen in een bepaalde buurt. In deze aanpak wordt een 'gemeenschapsdiagnose' gesteld en wordt een geïntegreerde intersectorale aanpak uitgetekend via gerichte interventies. Op elk niveau is er participatie van de bevolking⁷. De huisarts wordt meestal gemakkelijk aanvaard door de verschillende partners in de buurt maar ook door de overheid. Door die brugfunctie kan hij een belangrijke rol spelen binnen deze projecten.

Huisartsen zijn zeer goed geplaatst om patiënten te identificeren die problematisch drugs gebruiken maar nog niet verslaafd zijn (geïndiceerde preventie), alsook patiënten bij wie het risico op het ontwikkelen van een probleem groter is dan gemiddeld (selectieve preventie; vb. kinderen van probleemdrinkers of jongeren in een achterstandswijk)⁶.

Er is een ruim aanbod van richtlijnen, aanbevelingen, standaarden en interactieve programma's voor LOK groepen. Dit rijk aanbod kan de deskundigheid in de aanpak van deze problematiek in de huisartsenpraktijk bevorderen. Minimale interventies, cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering hebben hun evidentie bewezen als technieken om gedragsverandering te bekomen⁸. In dit proces van gedragsverandering kunnen huisartsen een belangrijke katalysator zijn. Zij kunnen gerichte interventies implementeren in de dagelijkse praktijk in combinatie met een eventueel aangewezen farmacotherapie. Frequentie contacten bieden de huisarts de mogelijkheid om op een systematische manier zijn patiënt te ondersteunen in het doorlopen van de verschillende stadia van gedragsverandering.

De huisarts en het gebruik van illegale drugs.

1. Een kader voor de huisarts?!

Er zijn weinig valide en betrouwbare epidemiologische gegevens beschikbaar over de uitgebreidheid en de evolutie van het druggebruik in België. Bevolkingsstudies tonen dat cannabis de populairste illegale drug is en dat het gebruik van amfetamines door jongeren

de laatste jaren belangrijk is toegenomen. Net als in de meeste Europese landen blijft heroïne het belangrijkste product geassocieerd met problematisch druggebruik⁹.

Duidelijke richtlijnen voor de behandeling van afhankelijkheid van illegale drugs in de huisartsenpraktijk of mooi uitgeschreven protocollen bestaan in België niet. Volgens het National Institute on Drug Abuse zijn er enkele, op onderzoek gebaseerde principes voor een effectieve behandeling¹⁰.

1. Geen enkele behandeling is geschikt voor alle personen.
2. Behandeling moet vlot toegankelijk zijn.
3. Een effectieve behandeling beantwoordt aan verschillende noden van de persoon, niet enkel aan het druggebruik.
4. Een individueel behandelings- en begeleidingsplan moet voortdurend bijgestuurd en aangepast worden, dit om tegemoet te komen aan de veranderende noden van de persoon.
5. Voldoende lange tijd in behandeling blijven, is een kritische voorwaarde voor een effectieve behandeling.
6. Gedragstherapie (counseling - individueel of in groep - en andere technieken) is essentieel voor een effectieve behandeling van afhankelijkheidsproblemen.
7. Medicatie is een belangrijk element in de behandeling van veel patiënten, zeker in combinatie met counseling en andere gedragstherapie.
8. De ontwenning met medicatie is slechts de eerste stap in de behandeling van afhankelijkheid. Alleen toegepast verandert dit weinig aan druggebruik op lange termijn.
9. Er moet aandacht zijn voor de vaak voorkomende comorbiditeit. Deze moet mee behandeld worden .
10. Mogelijk bijgebruik van drugs tijdens behandeling moet nauwgezet gevolgd worden.
11. Behandeling moet niet noodzakelijk vrijwillig gebeuren om effectief te zijn
12. Behandelingsprogramma's moeten tevens aanpak voorzien voor hiv/aids, hepatitis B en C, tuberculose en andere infectieziekten. Er moet counseling zijn om patiënten te ondersteunen bij het veranderen van gedrag dat henzelf of anderen blootstelt aan infectierisico (vb. spuitenuilprogramma)
13. Herstel van afhankelijkheid is meestal van lange duur en vereist vaak meerdere behandelingsepisodes (herval is immers inherent aan het proces van verslaving).

Als familiearts heeft de huisarts een breder zicht op gezinssituaties. Deze unieke positie stelt hem in staat om de patiënt te begeleiden en de familie te ondersteunen. Enkele mogelijke valkuilen:

1. Problematische opvoedingssituatie. Druggebruik van de jongere kan de rechtstreekse aanleiding zijn tot consulteren. De ouders en/of andere familieleden zijn ongerust en willen een snelle oplossing. Druggebruik is in vele gevallen slechts een symptoom van een problematische opvoedingssituatie. Ernstige gedragsproblemen kunnen gepaard gaan met druggebruik maar worden er daarom niet altijd door veroorzaakt. Door dit te benaderen als een louter probleem van middelengebruik kan er veel kostbare tijd verloren gaan. Multidisciplinaire vroeghulpinterventies zijn hier aangewezen met aandacht zowel voor de patiënt als voor het hele gezinssysteem en de omgeving (vb. school).

2. Urinetesten. Dit is een teer punt in de relatie met ouders en hun druggebruikende kinderen. Urinetesten kunnen, mits duidelijke afspraken, zinvol zijn vb. om het geschonden vertrouwen te herstellen. Het is hier aangewezen om bij minderjarige kinderen rekening te houden met de Wet betreffende de Rechten van de Patiënt¹¹. Artikel 12 § 2 stelt dat 'de minderjarige patiënt die tot redelijke beoordeling van zijn belangen in staat wordt geacht, zelfstandig zijn rechten kan uitoefenen.' Als de huisarts oordeelt dat de minderjarige intellectueel en emotioneel rijp genoeg is om zijn patiëntenrechten uit te oefenen dan is hij ten aanzien van deze patiënt ook gebonden door het beroepsgeheim^{12,13}. Dit heeft gevolgen voor de informatiedoorstroming naar de ouders en andere derden, ook wat betreft uitslagen

van urinetesten. Dit moet bij de vraag naar urinetesten, duidelijk besproken worden. Een aparte raadpleging met de minderjarige o.a. om hem te informeren, is aangewezen.

3. Druggebruik en arbeidsongeschiktheid. Huisartsen krijgen vaak de vraag naar het schrijven van arbeidsongeschiktheid omwille van verslavingsproblemen. Iemand die problemen heeft met zijn druggebruik, ook al is er psychiatrische comorbiditeit, is niet per definitie arbeidsongeschikt (cfr. alcohol). Een tijdelijke ongeschiktheid op crisismomenten (vb. intoxicatie, psychische decompensatie, behandeling van hepatitis C...) is te verantwoorden. Langdurige ongeschiktheid – invaliditeit enkel omwille van een verslavingsprobleem is niet aangewezen. Vb. substitutietherapie heeft resocialisatie als één van de hoofdbetrachtingen en arbeid is daarin een belangrijke pijler. Ook hier is overleg tussen de huisarts en de gespecialiseerde hulpverlening aangewezen.

4. Gedwongen opname. De druk van de omgeving om een patiënt te laten opnemen kan soms zeer groot zijn. Hier moet artikel 2 van de Wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke (de opvolger van de collocatiewet) worden toegepast: 'Gedwongen opname is enkel mogelijk t.a.v. die personen die geestesziek zijn indien hun toestand zulks vereist, hetzij omdat zij hun gezondheid en veiligheid ernstig in gevaar brengen, hetzij omdat zij een ernstige bedreiging vormen voor andermans leven of integriteit'. Het louter bestaan van een afhankelijkheidsprobleem is meestal onvoldoende om iemand onder deze definitie te laten vallen¹⁴. Een gezinscrisis vraagt om hulp maar is zelden een reden tot gedwongen opname. Een ernstige psychose met waanideeën en hallucinaties is dit wel.

2. Farmacotherapie: de rol van de huisarts in de substitutiebehandeling.

Ter behandeling van verslaving aan cocaïne en amfetaminen (amfetamine, methamfetamine, XTC) is tot vandaag geen effectieve behandeling met medicijnen beschikbaar¹.

De ontwikkeling van de substitutiebehandeling met methadon bij heroïnegebruikers kende in België een moeizame ontwikkeling. Tot in de jaren '80 waren de specifieke behandelingsmogelijkheden voor illegale druggebruikers zeer beperkt. Bovendien was destijds abstinentie het enige en absolute behandelingsdoel (cure-denken). Het voorschrijven door geneesheren van methadon werd enkel aanvaard als middel ter ontwenning. Lange termijn substitutie werd gelijkgesteld met 'onderhouden van toxicomanie' en tuchtrechtelijk en zelfs strafrechtelijk gesanctioneerd. Halfweg de jaren '80 werden de volksgezondheidsinstanties geconfronteerd met het wereldwijd toenemende probleem van Aids. Het werd vlug duidelijk dat injecterende druggebruikers een risicogroep waren wegens het vaak weinig hygiënisch omgaan met spuitmateriaal¹⁵. De intra-muros behandeling bleek daarenboven voor velen te hoogdrempelig, maar er was geen alternatief. Dit had stilaan een mentaliteitswijziging ten gevolge van substitutiebehandeling (care-denken).

Bij de huisartsen in Limburg was er in de jaren '80 een toenemende vraag naar 'medicatie' door afkickende heroïnegebruikers. Slaapmiddelen en kalmeringsmiddelen (barbituraten en benzodiazepines) en zware pijnstillers waren, en zijn nog steeds, erg in trek. De tamtam in de drugscene werkte zeer goed en al snel wisten druggebruikers welke dokters gemakkelijk voorschreven. Welwillende collega's werden dan ook overstelpt met de vraag naar medicatie. Door 'shopping' (meerdere artsen bezoeken) had niemand nog zicht op welke en hoeveel medicatie de patiënt nam, en de arts had, onterecht, een oké gevoel. Voor de druggebruikers waren (en zijn nu nog steeds) de huisartsen een eenvoudige manier om aan roesmiddelen te geraken. Met een bezoek aan de huisarts en de apotheker spaart de gebruiker niet alleen veel geld (vaak wordt de goedbedoelende arts niet eens betaald), maar ook veel moeite uit. Ook voor de gezondheid zijn er minder risico's. Men beschikt over een op voorschrift verkregen, zuiver, netjes verpakt medicament. Geen twijfelachtig mengsel van obscure ingrediënten. Wel een veilige, werkzame, orale inname in plaats van de gevaren van een intraveneuze injectie.

Het voorschrijven van medicatie kende snel ernstige excessen. Bovendien leidde dit systeem niet tot therapeutische successen en waren er accidentele fatale overdosissen (benzodiazepines, barbituraten, pijnstillers). De huisartsen voelden dat er iets moest gebeuren. Afspraken maken binnen de eigen discipline bleek noodzakelijk.

In meerdere gemeenten kwam een overleg tot stand tussen het Centrum voor Alcohol en andere Drugproblemen (CAD), het OCMW, de huisartsen en de apothekers. Met de structuur van 'gemandateerde huisartsen' van Maasmechelen¹⁶ als voorbeeld, werden er vrijwilligers gezocht binnen de lokale huisartsenkringen, die zich bereid verklaarden om op verwijzing van collega's, druggebruikers in begeleiding te nemen. De complexiteit van de verslavingsproblematiek maakte van samenwerking met andere disciplines een fundamentele vereiste voor een degelijk, professioneel hulpverleningsaanbod. Er werden intervisies opgericht: interdisciplinair overleg tussen de plaatselijke gemandateerde huisartsen, een hulpverlener van het CAD, iemand van het OCMW, apothekers, een psychiater, straathoekwerkers en eventueel andere betrokken partners.

De traditioneel solowerkende huisarts stond hier voor de uitdaging van intensieve samenwerking en overleg binnen een intervisie waar elke discipline een eigen, significante bijdrage heeft. Zelfstudie, peer review en intervisie leverden de nodige deskundigheid aan de huisartsen om binnen de drughulpverlening mee te werken aan een herkenbaar, ambulante behandelingskader. In dat kader werd voor maatzorg gekozen als methodiek, rekening houdend met de individuele kwetsbaarheid, de veel voorkomende psychiatrische comorbiditeit (bijv. persoonlijkheidsstoornissen, depressie, angststoornissen) en belangrijke omgevingsfactoren.

'Harm reduction', schadebeperking, met in het kielzog methadon, deed zijn intrede. Na de Consensusconferentie in 1994 werd er een opiaatonderhoudsprogramma geschreven, rekening houdend met de toen bekende wetenschappelijke richtlijnen: farmacotherapie binnen een multidisciplinair medisch, psychosociaal behandelingskader. Na goedkeuring door de Provinciale Geneeskundige Commissie in 1995 startte dit programma. Er ontstonden op verschillende plaatsen multidisciplinaire intervisies die de verantwoordelijkheid op zich namen voor de plaatselijke programma's. Met de erkenning door het R.I.Z.I.V. van het Medisch Sociaal Opvangcentrum voor Drugverslaafden (MSOC) in 1997 kreeg het onderhoudsprogramma een officieel kader en kwam er meer ondersteuning voor de gedecentraliseerde werking. Het Koninklijk besluit tot reglementering van de behandeling met vervangingsmiddelen van 2004 en gewijzigd in 2006, bracht eindelijk het voorschrijven van methadon uit de 'illegaliteit'. Dit KB stipuleert duidelijk aan welke voorwaarden een (huis)arts moet voldoen als hij vervangingsmiddelen (methadon of buprenorfine) wil voorschrijven¹⁷.

Momenteel werken in Limburg 32 gemandateerde huisartsen in 9 verschillende MSOC 'antennes'. Zij nemen maandelijks deel aan de plaatselijke intervisies en enkele keren per jaar aan bijscholing en peer review georganiseerd door het MSOC.

3. Tabak en alcohol...

De laatste jaren hebben tabak- en alcoholgebruik steeds meer aandacht gekregen. Beide middelen berokkenen immers aanzienlijke schade aan verschillende aspecten van het menselijk leven. Het gaat dan vooral over gezondheidsschade en sociale schade.

Hoe jonger de beginleeftijd is waarop iemand met het gebruik van alcohol of tabak start, hoe meer kans er is op misbruik - en afhankelijkheidsproblemen, ook polydruggebruik, op latere leeftijd. Van degenen die zich bij de drughulpverlening melden, rookt naar schatting 75-90%. Uit epidemiologisch onderzoek blijkt dat het roken van sigaretten het gebruik van middelen zoals cocaïne, heroïne, alcohol en cannabis doet toenemen. Ook het omgekeerde is het geval. Meer dan 90% van de cliënten in opiaatonderhoudsbehandeling rookt. Omdat tabaksrook bij deze patiënten een belangrijker doodsoorzaak is dan heroïne en het illegaal

druggebruik mee onderhoudt, zou men moeten pogen de patiënten met roken te doen stoppen of te laten minderen. Hulpverleners onderschatten de belangstelling van patiënten in opiaatonderhoudsbehandeling om te stoppen met roken, waardoor dit nauwelijks ter sprake komt. (Huis)artsen en hulpverleners die werken in zulke programma's zouden getraind moeten zijn in de behandeling van nicotineverslaving omdat onderhoudsprogramma's de ideale plaats zijn om anti-rook-programma's te introduceren¹.

Alcohol wordt veel en vaak gebruikt in combinatie met andere drugs. Alcohol kan leiden tot terugval bij patiënten die gestopt zijn met tabak roken. De effecten bij gelijktijdig gebruik van alcohol met andere middelen zoals opiaten, benzodiazepines, barbituraten en illegale drugs zijn moeilijk te voorspellen. Alcohol werkt verdovend o.a door remming van de werking van de hersenschors. Dit leidt tot ontremming in het gedrag en controleverlies. De trek in drugs vb. cocaïne wordt als het ware versterkt. Cocaïne- evenals amfetaminegebruik vermindert het gevoel van onder-invloed-zijn door alcohol. Dit kan leiden tot allerlei vormen van risicovol gedrag. De combinatie van cocaïne en alcohol is zeer gevaarlijk door de vorming van coca-ethyleen (veel giftiger voor de lever en een veel groter risico voor plotse dood). In talrijke publicaties wordt gewezen op het belang om patiënten die zich melden voor een opiaatonderhoudsbehandeling te onderzoeken op alcoholgebruik, eventueel misbruik te behandelen en de methadon- of buprenorfinedosering aan te passen¹. Alcohol heeft een grotere toxiciteit in aanwezigheid van het hepatitis C virus en alcoholgebruik bevordert de vorming van leverfibrose bij patiënten met hepatitis C. Dit zijn slechts enkele redenen die het belang van aandacht voor het alcoholgebruik onderstrepen in de aanpak van drugproblemen.

4. De benzodiazepines...

De Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu heeft in 2011 een vijfde campagne gelanceerd voor het verantwoord gebruik van benzodiazepines. België heeft de 'eer' de grootste wereldconsument te zijn van benzodiazepines. Ongeveer 10% van de Belgische bevolking is een regelmatig gebruiker. Benzodiazepines zijn voornamelijk op de markt als slaap- en kalmeringsmiddelen, als middel tegen angst en stress. Deze middelen zijn enkel op medisch voorschrift te verkrijgen. Ondanks adviezen, richtlijnen, aanbevelingen, standaarden in Nederlandstalige en andere vakliteratuur, blijft dit een zwarte vlek op het blazoen van de Belgische medische wereld¹⁸.

Bij de lancering in de jaren '60 was er amper sprake van ongewenste bijwerkingen, nu weten we wel beter. Als hypnoticum werken ze vaak te lang ('hang-over'), ze hebben een negatieve invloed op het rijvermogen en zijn daarom mee verantwoordelijk voor verkeersongevallen. Ze kunnen leiden tot verminderd bewustzijn en vallen. Na twee weken treedt er gewenning op en veroorzaken ze lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid. Bij plots stoppen geven ze aanleiding tot onthoudingsverschijnselen. De bevolkingsgroep die het meest gevoelig is voor deze bijwerkingen, met name de ouderen, is tevens de grootste gebruiker¹⁹.

Er zijn enkele belangrijke inzichten ontstaan in de voorbije decennia. Benzodiazepines hebben slechts een beperkt nut in de behandeling van slaapproblemen, angst en stress. Bij slaapproblemen is de niet-medicamenteuze aanpak bewezen effectiever en dient op de eerste plaats te staan: gerichte voorlichting, slaapadvies en eventuele verwijzing naar een gespecialiseerde hulpverlener (o.a. relaxatietherapie, cognitieve gedragstherapie of groepsaanpak). In bepaalde omstandigheden kan de huisarts overgaan tot het voorschrijven van een slaapmiddel. Dit wordt gekoppeld aan informatie over de neveneffecten van deze middelen en strikte afspraken over het gebruik: de medicatie wordt beperkt in de tijd en er wordt voor een minimaal effectieve dosis gekozen. Deze boodschap krijgt de patiënt mee bij het instellen van de behandeling. Van de benzodiazepines weten we immers dat ze slechts gedurende één week effectiever zijn dan placebo¹⁹.

In 2010 gingen in België ongeveer 13,5 miljoen doosjes benzodiazepines over de toonbank. Uit de laatste Gezondheidsenquête blijkt dat 1 Belg op 12 ouder dan 15 jaar twee weken voor de enquête een kalmeringsmiddel gebruikte¹⁸. We kunnen er dus niet omheen dat de rol van de voorschrijver heel belangrijk is in het gebruiksproces. Bij het voorschrijven dient de arts zorgvuldig de mogelijke therapeutische voordelen af te wegen ten opzichte van de risico's voor acute en chronische toxiciteit en voor misbruik en afhankelijkheid. Misbruik kan zich ontwikkelen als de patiënt langer dan noodzakelijk en/of een te hoge dosis voorgeschreven krijgt. Gebrek aan een duidelijke diagnose, niet precies stellen welke klachten met de behandeling moeten verbeteren en binnen welke termijn, kunnen leiden tot oneigenlijk gebruik. Eens begonnen start er een vicieuze cirkel van afhankelijkheid, onthouding, een nieuwe behandeling, verdere afhankelijkheid met als resultaat veel patiënten die er niet in slagen om te onwennen van benzodiazepines¹⁹.

Tijdens workshops over de aanpak van het benzodiazepinegebruik in de huisartsenpraktijk bevestigen huisartsen dat zij de noodzaak van minder voorschrijven wel inzien, maar tegelijk geven zij aan er tegenop te zien om het probleem aan te kaarten bij de patiënt. Zij stellen dat dit erg moeilijk en tijdrovend is en op zeer veel weerstand stuit. Het is daarom buitengewoon interessant dat de recente campagnes van de Federale Overheid de huisarts als spilfiguur zien. De campagnes werken niet alleen motiverend naar de gebruiker maar hebben ook aandacht voor de voorschrijver. Het 'Hulpmiddelenboek voor huisartsen' is een leidraad bij de behandeling van patiënten die lijden aan angst, stress en slaapproblemen, de vormingssessies (duo huisarts-psycholoog) uitgewerkt voor LOK-groepen en de e-learning module, het Benzo-Consult, kunnen huisartsen helpen om het probleem gericht aan te pakken¹⁸.

Men stelt vast dat de meeste patiënten (o.a. bejaarden) die benzodiazepines voorgeschreven krijgen, trouw de correcte dosering volgen, ook bij langdurige behandeling. Dit betekent niet dat er geen verwickelingen (o.a. vallen, afhankelijkheid...) optreden of dat het hier gaat over correct (evidence based) voorschrijven.

Totaal anders is het gesteld bij patiënten met een alcoholafhankelijkheid en bij de polydruggebruikers. Heel vaak krijgen zij benzodiazepines voorgeschreven na een beperkt gesprek. De onderliggende afhankelijkheidsproblematiek wordt dan gemist met als resultaat een bijkomende afhankelijkheid die erg halsstarrig blijkt bij patiënten die zeer goed weten hoe zij de voorschrijver moeten manipuleren³. Vooral bij heroïnegebruikers vallen de problemen op. Zij slikken benzodiazepines omwille van verschillende (niet altijd therapeutische) redenen, o.a. als roesmiddel. Zij gebruiken veel te hoge dosissen met als gevolg ernstige lichamelijke en psychische bijwerkingen en vervelend (dronkemans-) gedrag. Benzodiazepinegebruik door patiënten in opiaatonderhoudsprogramma's blijkt gepaard te gaan met meer psychopathologie en sociaal disfunctioneren. Dit maakt werken met deze patiënten zeer moeilijk. Daarbij komt nog dat gelijktijdig gebruik van benzodiazepines en opiaten het risico van overdosering vergroot¹. Het plots staken van hoge dosissen kan leiden tot ernstige onthoudingsverschijnselen waaronder epileptische insulten.

Overtuigd van dit probleem werden er binnen de schoot van het Forum Verslavingsgeneeskunde van de VAD in 2008 'Richtlijnen bij het voorschrijven van benzodiazepines aan illegaledruggebruikers' uitgeschreven, een primeur in de wereld²⁰.

Het voorschrijven van psychofarmaca, en dan vooral benzodiazepines, door huisartsen aan patiënten die in behandeling zijn in de gespecialiseerde verslaafdenzorg zou best steeds in overleg met de behandelende arts van de verslavingsinstelling gebeuren (cfr. zorgverlening aan chronische patiënten). In het concrete geval van heroïneverslaafden die een onderhoudsprogramma met vervangingsmiddelen volgen, is dit een absolute noodzaak, omdat het dagelijks functioneren van de patiënten sterk bepaald wordt door de medicatie die zij nemen. Zij houden zich niet aan de voorgeschreven dosis, vertonen dan storend ruziënd dronkemansgedrag, zorgen voor overlast bij de apotheker en in de instelling, en verkopen de tabletten verder. Op die manier is er weer geld voor andere drugs.

Een gouden motto bij het voorschrijven van benzodiazepines blijft: bezin eer je begint!

5. Samenvattend: de huisarts en de verslaafdenzorg, nog enkele knelpunten.

- Huisartsen worden vaak geconfronteerd met verslaafde patiënten, zonder daarvoor adequaat opgeleid te zijn. In de basisopleiding geneeskunde is er meer aandacht nodig voor de praktische aspecten van het omgaan met en de behandeling van verslaafden.
- Ambulante verslaafdenzorg is een arbeidsintensieve zorg. Het vergt een op de zorg afgestemde organisatie met een correcte financiering, onmisbaar voor aanwerving van voldoende personeel. Een goede materiële omkadering (o.a. voldoende en nette lokalen) is nodig evenals de mogelijkheid van het organiseren van een zorg die zeven dagen op zeven toegankelijk is. Dit zijn noodzakelijke voorwaarden voor het opzetten van een laagdrempelig, gedecentraliseerd evidence based opiaatonderhoudsprogramma.
- Verslaafdenzorg behoort tot het domein van de gezondheidszorg. Het medisch aspect neemt toe met de wetenschappelijke inzichten die men verwerft. (Huis)artsen die werken in de verslaafdenzorg besteden tijd aan bijscholing, intervisie, peer review op lokaal maar ook op Vlaams niveau. Er is nood aan voldoende tijdsinvestering om kennis en kunde op te bouwen en te onderhouden. Het is hoog tijd voor erkenning en professionalisering van de 'verslavingsgeneeskunde'.
- Het nog steeds ongebreideld voorschrijven van benzodiazepines interfereert met de behandeling van elke afhankelijkheid. Als collegiale afspraken, 'good medical practice' en medische ethiek niet volstaan om dit fenomeen in te dijken dan blijft er de open vraag wie of welke instantie hier iets kan of wil aan doen ...

Tot Slot

Belangrijke eigenschappen om te werken met cliënten met ernstige afhankelijkheidsproblemen zijn geduld en een vast vertrouwen in de kracht van mensen om positief te veranderen hoe uitzichtloos de situatie ook is. Interdisciplinair werken binnen een deskundig multidisciplinair team met een moeilijke maar boeiende doelgroep is een belangrijke ondersteuning en drijfveer om dit werk op lange termijn, enthousiast vol te houden.

Rita Verrando
Huisarts
Medisch coördinator CAD/MSOC Limburg

Bibliografie

- 1 Gezondheidsraad (2002). *Medicamenteuze interventies bij drugverslaving*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- 2 Loth, C.A. & Oliemeulen, L. & de Jong, C.A.J. (2005). *Richtlijn Opiatenonderhoudsbehandeling (RIOB)*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- 3 Graham & Schultz & Mayo-Smith & Ries & Wilford (2003). *Principles of Addiction Medicine, Third Edition*. Chevy Chase, Maryland, USA: American Society of Addiction Medicine, Inc.
- 4 Taakgroep 'Taak en Functie' (2001). *Het basistakenpakket voor de huisartsenpraktijk*. Antwerpen: WVVH.
- 5 Gailly, J (2006-2009). *Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Stoppen met roken*. Antwerpen: Domus Medica.
- 6 Cuijpers, P (2005). Zin en onzin van verslavingspreventie. *Verslaving*, 2, 3-16.
- 7 Vlaamse Gezondheidsraad (2006). De toekomst van het gezondheids(zorg)beleid in Vlaanderen, met bijzondere aandacht voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Gedownload op 5 juli 2006, van http://www.wvc.vlaanderen.be/vgr/pdf/2006/VGRnota_gezondheidszorgbeleid.pdf
- 8 Miller William R. & Zweben J. & Johnson W.R. (2005). Evidence-based treatment: why, what, where, when, and how? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 267-276.
- 9 Vanderplasschen W. & De Bourdeaudhuij I. & Van Oost P. (2002). Co-ordination and continuity of care in substance abuse treatment: an evaluation study in Belgium. *European Addiction Research*, 8, 10-21.
- 10 National Institute on Drug Abuse (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide*. Bethesda, Maryland, USA: National Institutes of Health.
- 11 Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu (2002). Wet betreffende de rechten van de patiënt. *Belgisch Staatsblad* 26-09-2002.
- 12 Orde van Geneesheren (1991). DOC: A052015. *Tijdschrift van de Nationale Raad*, 052, 35.
- 13 Orde van Geneesheren (2003). DOC: A101006. *Tijdschrift van de Nationale Raad*, 101, 6.
- 14 Van Cauwenberghe, K (2006). *Doorverwijzing van justitie naar hulpverlening: een onmogelijke klus?* St Niklaas: Psychiatrisch Centrum Hiëronymus.
- 15 Casselman J. & Ströver H. & Hennebel L. (2006). Substitutiebehandeling binnen en buiten de gevangenis in België en Nederland. *Verslaving*, 2, 20-30.
- 16 Buntinx, F. (1998). *De huisarts en de drughulpverlening*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- 17 Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2006). Koninklijk Besluit tot reglementering van de behandeling met vervangingsmiddelen. *Belgisch Staatsblad* 06-10-2006.
- 18 Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Gedownload op 24-02-2012 van <http://www.health.fgov.be/benzo>.
- 19 Declercq, T. & Rogiers, R. & Habraken, H. & Michels, J. & De Meyere, M. & Mariman, A. (2005-2011). *Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn*. Antwerpen: Domus Medica.
- 20 Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (2008). *Richtlijnen bij het voorschrijven van benzodiazepines aan illegaledruggebruikers*. Brussel: VAD.