

GGZ

Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 22-03-2022 om 10:58. Bekijk de meest actuele versie op

<https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines>

Autorisatiedatum 26-02-2018 Beoordelingsdatum 26-02-2018

Richtlijn

Drugs (niet-opioïden)

Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	12
1.1 Introductie	12
2. Samenvatting	13
2.1 Samenvatting	13
2.1.1 Inleiding	13
2.1.2 Algemene aanbevelingen	14
2.1.3 Screening, classificatie, diagnostiek, indicatiestelling, monitoring en evaluatie	14
3. Inleiding	18
3.1 Algemeen	18
3.1.1 Uitgangspunten	19
3.2 Diagnostiek en behandeling in het kader van herstel	20
3.2.1 Herstel als doel: symptomatisch, functioneel en persoonlijk herstel	22
3.2.2 Herstel als doel: symptomatisch, functioneel en persoonlijk herstel	23
3.2.3 Herstel als proces: levenslang en interactief	24
3.3 Organisatie van herstelondersteunende zorg	25
3.4 Werkwijze	27
3.4.1 Methodologische onderbouwing van de richtlijn	27
3.4.2 Literatuuronderzoek	27
3.4.3 Beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek	28
3.4.4 Formulering en bewijskracht van de conclusies	29
3.4.5 Werkwijze in de focusgroepen	30
3.4.6 Formulering van de aanbevelingen	31
3.4.7 Primaire auteurs van de hoofdstukken	31
3.5 Deze standaard staat in het Register	32
4. Screening, classificatie, diagnostiek, indicatiestelling, monitoring en evaluatie	33
4.1 Inleiding	33
4.2 Screening op problematisch drugsgebruik of een stoornis in het gebruik van drugs	35
4.2.1 Uitgangsvraag & aanbeveling screeningsinstrumenten	35
4.2.2 Onderbouwing screeningsinstrumenten	35
4.2.3 Overwegingen screeningsinstrumenten	39
4.2.4 Uitgangsvraag en aanbevelingen settings waarin screening op problematisch drugsgebruik is aangewezen	40
4.2.5 Onderbouwing settings waarin screening op problematisch drugsgebruik is aangewezen	41
4.2.6 Overwegingen settings waarin screening op problematisch drugsgebruik is aangewezen	43
4.3 Classificatie en diagnostiek	43
4.3.1 Algemene inleiding	44
4.3.2 Uitgangsvraag en aanbevelingen classificatie van stoornissen in het gebruik van middelen	44

4.3.3 Onderbouwing classificatie van stoornissen in het gebruik van middelen	44
4.3.4 Overwegingen classificatie van stoornissen in het gebruik van middelen	48
4.3.5 Uitgangsvraag en aanbevelingen algemene diagnostische instrumenten	48
4.3.6 Onderbouwing algemene diagnostische instrumenten	48
4.3.7 Overwegingen algemene diagnostische instrumenten	50
4.3.8 Uitgangsvraag en aanbevelingen beperkingen in activiteiten en participatie (functioneren)	51
4.3.9 Onderbouwing beperkingen in activiteiten en participatie (functioneren)	51
4.3.10 Overwegingen beperkingen in activiteiten en participatie (functioneren)	53
4.3.11 Uitgangsvraag en aanbevelingen persoonlijk herstel	53
4.3.12 Onderbouwing persoonlijk herstel	53
4.3.13 Overwegingen persoonlijk herstel	56
4.3.14 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychiatrische comorbiditeit	56
4.3.15 Onderbouwing psychiatrische comorbiditeit	56
4.3.16 Overwegingen psychiatrische comorbiditeit	59
4.4 Indicatiestelling en besluitvorming	60
4.4.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen indicatiestelling en besluitvorming	60
4.4.2 Onderbouwing indicatiestelling en besluitvorming	60
4.4.3 Overwegingen indicatiestelling en besluitvorming	64
4.5 Monitoring en evaluatie	65
4.5.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen monitoring en evaluatie van de behandeling	65
4.5.2 Onderbouwing monitoring en evaluatie van de behandeling	65
4.5.3 Overwegingen monitoring en evaluatie van de behandeling	68
4.5.4 Uitgangsvraag en aanbeveling continue monitoring van herstel	68
4.5.5 Onderbouwing continue monitoring van herstel	69
4.5.6 Overwegingen continue monitoring van herstel	70
4.6 Laboratoriumonderzoek op drugsgebruik	70
4.6.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen laboratoriumonderzoek op drugsgebruik	70
4.6.2 Onderbouwing laboratoriumonderzoek op drugsgebruik	71
4.6.3 Overwegingen laboratoriumonderzoek op drugsgebruik	76
5. Cannabis	78
5.1 Algemene inleiding	78
5.2 Behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van cannabis	79
5.2.1 Uitgangsvraag en aanbeveling behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van cannabis	79
5.2.2 Onderbouwing behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van cannabis	79
5.3 Detoxificatie/ontgiftig van stoornis in het gebruik van cannabis	80
5.3.1 Uitgangsvraag en aanbeveling detoxificatie/ontgiftig van stoornis in het gebruik van cannabis	80
5.3.2 Onderbouwing detoxificatie/ontgiftig van stoornis in het gebruik van cannabis	81
5.4 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen	82
5.4.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen	82
5.4.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen	83

5.4.3 Overwegingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen	89
5.5 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen	90
5.5.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen	90
5.5.2 Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen	90
5.5.3 Overwegingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen	92
5.6 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij jongeren	93
5.6.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij jongeren	93
5.6.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij jongeren	94
5.6.3 Overwegingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij jongeren	97
5.7 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij jongeren	98
5.7.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij jongeren	98
5.7.2 Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij jongeren	98
5.7.3 Overwegingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij jongeren	99
5.8 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij psychiatrische comorbiditeit	99
5.8.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij psychiatrische comorbiditeit	100
5.8.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij psychiatrische comorbiditeit	100
5.9 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij psychiatrische comorbiditeit	104
5.9.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij psychiatrische comorbiditeit	104
5.9.2 Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij psychiatrische comorbiditeit	104
5.9.3 Overwegingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij psychiatrische comorbiditeit	106
5.10 Behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij comorbide middelenstoornis(sen)	106
5.10.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij comorbide middelenstoornis(sen)	107
5.10.2 Onderbouwing behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij comorbide middelenstoornis(sen)	107
5.10.3 Overwegingen behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij comorbide middelenstoornis(sen)	108
5.11 Overige behandelingen stoornis in het gebruik van cannabis	108
6. Cocaïne	110
6.1 Algemene inleiding	110
6.2 Behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van cocaïne	111
6.2.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen	111
6.3 Detoxificatie/ontgiftig van stoornis in het gebruik van cocaïne	112
6.3.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen detoxificatie/ontgiftig van stoornis in het gebruik van cocaïne	112
6.3.2 Onderbouwing detoxificatie/ontgiftig van stoornis in het gebruik van cocaïne	113
6.4 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne	114
6.4.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne	114
6.4.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne	115
6.4.3 Overwegingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne	122
6.5 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne	123

6.5.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne	123
6.5.2 Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne	124
6.5.3 Overwegingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne	130
6.6 Behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij jongeren	131
6.6.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij jongeren	131
6.6.2 Onderbouwing behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij jongeren	131
6.6.3 Overwegingen behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij jongeren	132
6.7 Behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij psychiatrische comorbiditeit	133
6.7.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij psychiatrische comorbiditeit	133
6.7.2 Onderbouwing behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij psychiatrische comorbiditeit	134
6.7.3 Overwegingen behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij psychiatrische comorbiditeit	138
6.8 Behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij comorbide middenstoornis(sen)	138
6.8.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij comorbide middenstoornis(sen)	138
6.8.2 Onderbouwing behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij comorbide middenstoornis(sen)	139
6.8.3 Overwegingen behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij comorbide middenstoornis(sen)	145
6.9 Overige behandelingen stoornis in het gebruik van cocaïne	145
6.9.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen overige behandelingen stoornis in het gebruik van cocaïne	145
6.9.2 Onderbouwing overige behandelingen stoornis in het gebruik van cocaïne	146
7. Amfetamine	149
7.1 Algemene inleiding	149
7.2 Behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van amfetamine	150
7.2.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van amfetamine	150
7.3 Detoxificatie/ontgiftiging van stoornis in het gebruik van amfetamine	151
7.3.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen detoxificatie/ontgiftiging van stoornis in het gebruik van amfetamine	151
7.3.2 Onderbouwing detoxificatie/ontgiftiging van stoornis in het gebruik van amfetamine	153
7.4 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij volwassenen	154
7.4.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij volwassenen	154
7.4.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij volwassenen	154
7.4.3 Overwegingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij volwassenen	159
7.5 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij volwassenen	160
7.5.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij volwassenen	160
7.5.2 Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij volwassenen	161
7.5.3 Overwegingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij volwassenen	164
7.6 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij jongeren	165
7.6.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij jongeren	165
7.6.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij jongeren	166
7.6.3 Overwegingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij jongeren	166
7.7 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij jongeren	166

7.7.1 Uitgangsvraag en aanbeveling farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij jongeren	167
7.7.2 Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij jongeren	167
7.7.3 Overwegingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij jongeren	167
7.8 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij psychiatrische comorbiditeit	168
7.8.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij psychiatrische comorbiditeit	168
7.8.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij psychiatrische comorbiditeit	168
7.9 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij psychiatrische comorbiditeit	170
7.9.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij psychiatrische comorbiditeit	170
7.9.2 Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij psychiatrische comorbiditeit	171
7.9.3 Overwegingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij psychiatrische comorbiditeit	173
7.10 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine in specifieke groepen	173
7.10.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine in specifieke groepen	174
7.10.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine in specifieke groepen	174
7.10.3 Overwegingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine in specifieke groepen	175
8. Ecstasy	176
8.1 Algemene inleiding	176
8.2 Behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van ecstasy	177
8.2.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van ecstasy	177
8.3 Detoxificatie/ontgifting van stoornis in het gebruik van ecstasy	177
8.3.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen detoxificatie/ontgifting van stoornis in het gebruik van ecstasy	177
8.4 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van ecstasy	178
8.4.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van ecstasy	178
8.4.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van ecstasy	179
8.5 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van ecstasy	180
8.5.1 Uitgangsvraag farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van ecstasy	180
9. GHB	181
9.1 Algemene inleiding	181
9.2 Behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van GHB	182
9.2.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van GHB	182
9.3 Detoxificatie/ontgifting van stoornis in het gebruik van GHB	183
9.3.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen detoxificatie/ontgifting van stoornis in het gebruik van GHB	183
9.4 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij volwassenen	188
9.4.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij volwassenen	188
9.4.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij volwassenen	188
9.4.3 Overwegingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij volwassenen	191
9.5 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij volwassenen	192

9.5.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij volwassenen	192
9.5.2 Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij volwassenen	193
9.5.3 Overwegingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij volwassenen	194
9.6 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij jongeren	195
9.6.1 Uitgangsvraag en aanbeveling psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij jongeren	195
9.6.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij jongeren	195
9.6.3 Overwegingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij jongeren	195
9.7 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij jongeren	196
9.7.1 Uitgangsvraag en aanbeveling farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij jongeren	196
9.7.2 Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij jongeren	196
9.8 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij psychiatrische comorbiditeit	196
9.8.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij psychiatrische comorbiditeit	196
9.8.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij psychiatrische comorbiditeit	197
9.9 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij psychiatrische comorbiditeit	198
9.9.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij psychiatrische comorbiditeit	198
9.9.2 Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij psychiatrische comorbiditeit	199
10. Benzodiazepines	200
10.1 Algemene inleiding	200
10.1.1 Algemene inleiding	200
10.2 Behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van een benzodiazepine	202
10.2.1 Uitgangsvraag en aanbeveling behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van een benzodiazepine	202
10.2.2 Onderbouwing behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van een benzodiazepine	202
10.3 Detoxificatie/ontgiftiging van stoornis in het gebruik van een benzodiazepine	203
10.3.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen detoxificatie/ontgiftiging van stoornis in het gebruik van een benzodiazepine	203
10.4 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine	204
10.4.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine	205
10.4.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine	205
10.4.3 Overwegingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine	211
10.5 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine	212
10.5.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine	212
10.5.2 Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine	212
10.5.3 Overwegingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine	215
10.6 Behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij jongeren	216
10.6.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij jongeren	216
10.6.2 Onderbouwing behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij jongeren	216
10.7 Behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij ouderen	216
10.7.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij ouderen	216

10.7.2 Onderbouwing behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij ouderen	217
10.7.3 Overwegingen behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij ouderen	218
10.8 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij psychiatrische comorbiditeit	218
10.8.1 Uitgangsvraag psychologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij psychiatrische comorbiditeit	218
10.8.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij psychiatrische comorbiditeit	219
10.9 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij psychiatrische comorbiditeit	220
10.9.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij psychiatrische comorbiditeit	220
10.9.2 Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij psychiatrische comorbiditeit	221
11. Overige behandelingen gericht op reductie van drugsgebruik	224
11.1 Overige behandelingen gericht op reductie van drugsgebruik	224
11.1.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen	224
11.1.2 Onderbouwing	224
11.1.3 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	225
11.1.4 Acceptance and Commitment Therapy (act)	226
11.1.5 Mindfulness	228
11.1.6 Cognitieve training	229
11.1.7 Acupunctuur	230
11.1.8 Neuromodulatie	231
11.1.9 Ambulante 12-stappen programma's	232
11.1.10 Klinische 12-stappen behandeling	234
12. Herstelondersteunende interventies	235
12.1 Herstelondersteunende interventies	235
12.1.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen	235
12.1.2 Onderbouwing	236
12.1.3 Individuele Plaatsing en Steun (IPS)	237
12.1.4 Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB)	238
12.1.5 De Crisiskaart	239
12.1.6 Assertive Community Treatment (ACT)	240
12.1.7 Flexibele Assertive Community Treatment (F-ACT)	241
12.1.8 Inzet ervaringsdeskundigen – Peer Support	241
12.1.9 Inzet ervaringsdeskundigen – Herstellen doe je zelf	242
12.1.10 Inzet ervaringsdeskundigen – Wellness Recovery Action Plan (WRAP)	243
12.1.11 Housing First	244
12.1.12 Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)	245
12.1.13 Vaktherapeutische behandeling	246
12.1.14 Professionele kennis	247
12.1.15 Ervaringskennis	247
12.1.16 Overwegingen	249

13. Addendum stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen	250
13.1 Inleiding	250
13.2 Epidemiologie van de combinatie van stoornissen in het gebruik van middelen en andere psychiatrische stoornissen	251
13.2.1 Theoretische achtergrond van psychiatrisch comorbiditeit bij stoornissen in middelengebruik	251
13.2.2 Uitgangsvraag en aanbevelingen prevalentie van psychiatrische comorbiditeit bij verslavingsstoornissen en vice versa	254
13.2.3 Onderbouwing prevalentie van psychiatrische comorbiditeit bij verslavingsstoornissen en vice versa	254
13.2.4 Overwegingen prevalentie van psychiatrische comorbiditeit bij verslavingsstoornissen en vice versa	257
13.3 Screening en diagnostiek bij patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel en een comorbide andere psychiatrische stoornis	257
13.3.1 Inleiding	257
13.3.2 Uitgangsvraag en aanbevelingen screening en diagnostiek van psychiatrisch comorbide stoornissen bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen	258
13.3.3 Onderbouwing screening en diagnostiek van psychiatrisch comorbide stoornissen bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen	259
13.3.4 Overwegingen screening en diagnostiek van psychiatrisch comorbide stoornissen bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen	263
13.3.5 Uitgangsvraag en aanbevelingen op welk moment is screening en diagnostiek op psychiatrische comorbiditeit bij patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel aangewezen en welke instrumenten zijn hiervoor beschikbaar?	264
13.3.6 Onderbouwing op welk moment is screening en diagnostiek op psychiatrische comorbiditeit bij patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel aangewezen en welke instrumenten zijn hiervoor beschikbaar?	264
13.3.7 Overwegingen op welk moment is screening en diagnostiek op psychiatrische comorbiditeit bij patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel aangewezen en welke instrumenten zijn hiervoor beschikbaar?	265
13.3.8 Uitgangsvraag en aanbevelingen welke instrumenten zijn geschikt voor het screenen op een stoornis in het gebruik van drugs?	267
13.3.9 Onderbouwing welke instrumenten zijn geschikt voor het screenen op een stoornis in het gebruik van drugs?	268
13.3.10 Overwegingen welke instrumenten zijn geschikt voor het screenen op een stoornis in het gebruik van drugs?	269
13.3.11 Uitgangsvraag en aanbeveling welke instrumenten zijn geschikt voor de classificatie van stoornissen in het gebruik van middelen?	270
13.3.12 Onderbouwing welke instrumenten zijn geschikt voor de classificatie van stoornissen in het gebruik van middelen?	270
13.4 Algemene aspecten bij de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel en een comorbide andere psychiatrische stoornis	272
13.4.1 Algemene inleiding	273
13.4.2 Uitgangsvraag en aanbevelingen geïntegreerd of sequentieel behandelen?	274
13.4.3 Onderbouwing geïntegreerd of sequentieel behandelen?	274
13.4.4 Overwegingen geïntegreerd of sequentieel behandelen?	276
13.4.5 Uitgangsvraag en aanbeveling geïntegreerde interventies	277
13.4.6 Onderbouwing geïntegreerde interventies	277
13.5 Specifieke psychiatrische stoornissen en stoornissen in middelengebruik	279
13.5.1 Algemene inleiding	279
13.5.2 Uitgangsvraag en aanbevelingen stoornissen in het gebruik van middelen en psychotische stoornissen	280
13.5.3 Onderbouwing stoornissen in het gebruik van middelen en psychotische stoornissen	280
13.5.4 Overwegingen stoornissen in het gebruik van middelen en psychotische stoornissen	282
13.5.5 Uitgangsvraag en aanbevelingen stoornissen in het gebruik van middelen en angststoornissen	284
13.5.6 Onderbouwing stoornissen in het gebruik van middelen en angststoornissen	285

13.5.7 Overwegingen stoornissen in het gebruik van middelen en angststoornissen	286
13.5.8 Uitgangsvraag en aanbevelingen stoornissen in het gebruik van middelen en stemmingsstoornissen	287
13.5.9 Onderbouwing stoornissen in het gebruik van middelen en stemmingsstoornissen	288
13.5.10 Overwegingen stoornissen in het gebruik van middelen en stemmingsstoornissen	290
13.5.11 Uitgangsvraag en aanbevelingen stoornissen in het gebruik van middelen en persoonlijkheidsstoornissen (antisociale persoonlijkheidsstoornis & borderline persoonlijkheidsstoornis)	293
13.5.12 Onderbouwing stoornissen in het gebruik van middelen en persoonlijkheidsstoornissen (antisociale persoonlijkheidsstoornis & borderline persoonlijkheidsstoornis)	293
13.5.13 Overwegingen stoornissen in het gebruik van middelen en persoonlijkheidsstoornissen (antisociale persoonlijkheidsstoornis & borderline persoonlijkheidsstoornis)	295
13.5.14 Uitgangsvraag en aanbevelingen stoornissen in het gebruik van middelen en aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit (ADHD)	297
13.5.15 Onderbouwing stoornissen in het gebruik van middelen en aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit (ADHD)	298
13.5.16 Overwegingen stoornissen in het gebruik van middelen en aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit (ADHD)	299
14. Implementatieplan	305
14.1 Kwaliteitsstandaarden	305
14.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden	306
14.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen	307
14.4 Bestaande afspraken	307
14.5 Algemene implementatie thema's	307
14.5.1 Bewustwording en kennisdeling	308
14.5.2 Samenwerking	309
14.5.3 Capaciteit	310
14.5.4 Behandelaanbod	311
14.5.5 Financiering	311
14.5.6 ICT	312
14.6 Specifieke implementatie thema's	313
14.6.1 Bewustwording en kennisdeling	313
14.6.2 Samenwerking	313
14.6.3 Capaciteit	313
14.6.4 Behandelaanbod	314
14.6.5 Financiering	314
14.6.6 ICT	314
15. Achtergronddocumenten	315
15.1 Literatuur	315
15.1.1 Literatuur Inleiding	315
15.1.2 Literatuur Screening, classificatie, diagnostiek	317
15.1.3 Literatuur Cannabis	328
15.1.4 Literatuur Cocaïne	336
15.1.5 Literatuur Amfetamine	349
15.1.6 Literatuur Ecstasy	353
15.1.7 GHB	354

15.1.8 Benzodiazepines	354
15.1.9 Literatuur Overige behandelingen gericht op reductie van drugsgebruik	360
15.1.10 Literatuur Herstelondersteunende interventies	363
15.2 Samenstelling werkgroep	371

1. Introductie

Autorisatiedatum 13-05-2020 Beoordelingsdatum 13-05-2020

1.1 Introductie

Aanvullend aan de reeds beschikbare Multidisciplinaire richtlijn (MDR) Stoornissen in het gebruik van alcohol, MDR Opiaatverslaving en Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning richt deze richtlijn zich op de overige, 'niet-opioïde' drugs:

- cannabis;
- cocaïne;
- amfetamine;
- ecstasy;
- GHB;
- benzodiazepines.

Deze richtlijn neemt u mee in de mogelijkheden van behandeling en begeleiding van deze problematiek en is gebaseerd op de uitgangspunten van herstel.



2. Samenvatting

Autorisatiedatum 26-02-2018 Beoordelingsdatum 26-02-2018

2.1 Samenvatting

Van deze multidisciplinaire richtlijn kunt u [hier de samenvattingskaart downloaden](#). Deze bevat:

1. Inleiding
2. Algemene aanbevelingen
3. Screening, classificatie, diagnostiek, indicatiestelling, monitoring en evaluatie

2.1.1 Inleiding

Aanvullend aan de reeds beschikbare Multidisciplinaire richtlijn (MDR) Stoornissen in het gebruik van alcohol, MDR Opiaatverslaving en Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning is er nu een MDR voor de overige – niet-opioïde – drugs: de Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines. Deze samenvattingskaart geeft aanbevelingen uit deze ‘MDR-Drugs’. De aanbevelingen zijn gebaseerd op zowel de wetenschappelijke evidentie, professionele kennis, ervaringskennis als, waar van toepassing, ‘overige overwegingen’ (bijvoorbeeld klinische relevantie, kosten, of beschikbaarheid van een behandeling) en zijn het resultaat van de integratie van deze informatiebronnen. Bij het opstellen van de aanbevelingen is zoveel mogelijk gebruikgemaakt van - in volgorde van de sterkte van een aanbeveling - de volgende standaardformuleringen:

- Sterke aanbeveling : Het verdient aanbeveling
- Matig sterke aanbeveling : Het dient overwogen te worden
- Zwakke aanbeveling : Het kan overwogen worden
- Geen aanbeveling : Kan geen aanbevolen worden / kan geen aanbeveling worden gegeven

Deze MDR is gebaseerd op de uitgangspunten van herstel. Het gaat daarbij om het leren leven met een stoornis en de beperkingen die daaruit voortvloeien. We onderscheiden symptomatisch, functioneel en persoonlijk herstel. Bij *symptomatisch herstel* gaat het om het terugdringen van de symptomen, in geval van druggebruik dus het stoppen met of verminderen van dat gebruik. Het merendeel van de beschikbare evidentie, en dus ook het grootste deel van deze MDR, heeft hier betrekking op.

Functioneel herstel betreft de verbetering in de menselijke functies - participatie, sociale interactie en activiteiten die de persoon onderneemt - die in het ongereede zijn geraakt door het gebruik van drugs.

Persoonlijk herstel gaat over de versterking van het ervaren van regie, hoop, sociale betrokkenheid en een doel in het leven. Behandelaar en cliënt stippelen samen het herstelproces uit en hebben naast het verminderen van de draaglast ook aandacht voor het versterken van de draagkracht.

2.1.2 Algemene aanbevelingen

- Het verdient aanbeveling om op middelengebruik gerichte contingentie management breed in de specialistische GGz (verslavingszorg) in Nederland te implementeren.
- Het verdient aanbeveling om, waar mogelijk, het systeem rond de patiënt te betrekken bij de behandeling.
- Het verdient aanbeveling om in de behandeling expliciet aandacht te besteden aan de therapeutische relatie en de keuze en wensen van de patiënt.
- Het verdient aanbeveling om patiënten tijdens hun behandeling te informeren over aanvullende zelfhulpmogelijkheden, waaronder zelfhulpgroepen.
- Aanbevolen wordt om in de behandeling - naast psychiatrische comorbiditeit - ook aandacht te hebben voor behandeldoelen die niet (noodzakelijk) op abstinentie gericht zijn, en voor herstelondersteunende zorg op andere domeinen, waaronder de sociale inbedding, huisvesting en financiële situatie van de patiënt.
- Er is geen (overtuigende) evidentie voor een farmacologische behandeling van een stoornis in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en - behoudens geleidelijke dosisverlaging - benzodiazepines en er kan daarom geen farmacologische behandeling voor deze stoornissen aanbevolen worden.
- Wanneer besloten wordt om farmacotherapie aan te bieden voor de behandeling van een stoornis in het gebruik van deze drugs, dient de arts de patiënt duidelijk te informeren dat het om een 'off-label' voorgeschreven medicijn gaat en dient de patiënt daar toestemming ('informed consent') voor te geven. Het verdient aanbeveling dit zorgvuldig te legitimeren en documenteren en de voortgang van de behandeling, waaronder bijwerkingen, regelmatig te monitoren.

2.1.3 Screening, classificatie, diagnostiek, indicatiestelling, monitoring en evaluatie

Screening

- Voor het screenen op problematisch middelengebruik of een stoornis in het gebruik van middelen hebben instrumenten die breed informeren naar meerdere middelen - zowel tabak, alcohol als drugs - veelal de voorkeur boven instrumenten die naar één middel informeren.
- Afhankelijk van de beschikbare tijd en het gewenste niveau van detail van de informatie beveelt de werkgroep voor het screenen op problematisch middelengebruik of een stoornis in het gebruik van middelen (tabak, alcohol en drugs) bij volwassenen de ASSIST-Lite (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) aan en voor adolescenten de CRAFFT of de CAGE-AID (geen informatie over specifieke middelen; korte afnameduur), of de ASSIST(-Lite) (wél middelspecifieke informatie; volledige ASSIST langere afnameduur).
- Voor het uitgebreider in kaart brengen van de aard en ernst van het middelengebruik beveelt de werkgroep aan gebruik te maken van de middelenmatrix en de sectie voor de classificatie van een stoornis in het gebruik van middelen van de MATE/MATE-Jeugd (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie), of de ASSIST.
- Voor het in kaart brengen van het middelengebruik en de gevolgen daarvan bij mensen met een lichte verstandelijke beperking kan de SumID-Q (Substance Use and Misuse in Intellectual Disability Questionnaire) overwogen worden.
- Gezien de relatief hoge prevalentie van een stoornis in het gebruik van middelen bij patiënten in de

algemene ggz is in deze setting systematisch screenen op tabaksgebruik en problematisch alcohol- en drugsgebruik aangewezen. Dat geldt in het bijzonder voor patiënten met een psychotische stoornis, angst- of stemmingsstoornis (inclusief bipolaire stoornis), posttraumatische stressstoornis, ADHD, antisociale of borderline persoonlijkheidsstoornis, en voor patiënten die voor hun psychische problemen in een opnamesetting in de ggz behandeld worden.

- Systematische screening op tabaksgebruik en problematisch alcohol- en drugsgebruik is eveneens aangewezen bij adolescenten in de jeugdzorg en jeugd-ggz, en in justitiële settings en spoedeisende hulpafdelingen van algemene ziekenhuizen.
- In de setting van vrijgevestigde psychologen/psychotherapeuten is het raadzaam om bij alle patiënten te informeren naar het gebruik van tabak, alcohol en drugs, en afhankelijk van de bevindingen, dit gebruik met de patiënt te bespreken, eventueel aan de hand van afname van een screeningsinstrument.
- Gezien de lage prevalentie is standaard screenen op problematisch gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy en GHB in de huisartspraktijk niet aangewezen. Bij patiënten met psychische klachten of patiënten met chronisch gebruik van een benzodiazepine is het raadzaam dat de huisarts, of - indien beschikbaar - de Praktijkondersteuner Huisarts (POH-GGz) het gebruik van tabak, alcohol en drugs (inclusief benzodiazepines) in de anamnese uitvraagt.
- Aanbevolen wordt om huisartspatiënten met een stoornis in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy of GHB door te verwijzen naar de verslavingszorg. Behandeling van patiënten met chronisch gebruik van een benzodiazepine kan in principe plaatsvinden in de huisartspraktijk; bij onvoldoende resultaat wordt aanbevolen door te verwijzen naar de verslavingszorg.

Classificatie en diagnostiek

- De werkgroep beveelt aan een gestructureerd instrument te gebruiken voor de classificatie van stoornissen in het gebruik van middelen. De MATE bevat hiervoor een module overeenkomstig de DSM-IV en DSM-5.

Algemene diagnostische instrumenten

- De werkgroep beveelt de MATE en MATE-Jeugd aan om bij intake de voor de diagnose relevante patiëntkenmerken in kaart te brengen.

Beperkingen in activiteiten en participatie (functioneren)

- Voor het vaststellen van beperkingen in functioneren, zorgbehoeften en beïnvloedende factoren op uiteenlopende domeinen van activiteiten en participatie bij patiënten in de verslavingszorg beveelt de werkgroep de MATE-ICN (ICF Core set and Need for care) aan.
- De werkgroep beveelt aan de MATE-ICN nader te onderzoeken op betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid in de verslavingszorg.

Persoonlijk herstel

- Er zijn op dit moment geen in de Nederlandse gezondheidszorg beproefde instrumenten beschikbaar voor het vaststellen van verandering in belangrijke aspecten van persoonlijk herstel.
- Instrumenten die in aanmerking kunnen komen voor het vaststellen van verandering in persoonlijk herstel zijn vooralsnog de RAS (Recovery Assessment Scale), de NHS (Nationale Herstel Schaal), de MHRM (Mental Health Recovery Measure) en de I-ROC (Individual Recovery Outcomes Counter),

maar er is op dit gebied veel ontwikkelactiviteit die in de toekomst tot nieuwe instrumenten kan leiden.

Voor het vaststellen van de mate waarin patiënten de ontvangen zorg als ondersteunend ervaren voor hun (persoonlijk) herstel is de INSPIRE beschikbaar.

Psychiatrische comorbiditeit

- Vanwege de hoge prevalentie (>30%) verdient het aanbeveling om systematisch te screenen op psychiatrische comorbiditeit bij patiënten met een stoornis in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB of benzodiazepines. Dit geldt in het bijzonder voor angst- of stemmingsstoornissen (inclusief bipolaire stoornis), posttraumatische stressstoornis, psychotische stoornissen, ADHD en persoonlijkheidsstoornissen.
- Het verdient aanbeveling om voor vroegsignalering, screening en diagnostiek van psychiatrische comorbiditeit bij patiënten met een stoornis in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB of benzodiazepines de aanwijzingen in de richtlijnen en kwaliteitsstandaarden voor de betreffende psychiatrische stoornissen te volgen, inclusief de aldaar aanbevolen instrumenten.
- De inzet van van gestandaardiseerde instrumenten dient overwogen te worden, waarbij duidelijke uitleg van het instrument en terugkoppeling van de resultaten van belang zijn.
- Vanwege verschillen in de prevalentie van psychiatrische comorbiditeit tussen mannen en vrouwen met een stoornis in het gebruik van deze drugs is het van belang bij vrouwen in het bijzonder aandacht te hebben voor angst- en stemmingsstoornissen en borderline persoonlijkheidsstoornis en bij mannen voor antisociale persoonlijkheidsstoornis.
- Voor het verkrijgen van een indicatie over de aanwezigheid van psychiatrische comorbiditeit bij volwassenen in de intake van de verslavingszorg beveelt de werkgroep aan gebruik te maken van module 2 ('Indicaties Psychiatrisch en Medisch Consult') en module Q2 – de DASS (Depression, Anxiety and Stress Scales) - van de MATE, en bij jongeren hiervoor gebruik te maken van module 2 ('Indicatie Psychiatrische Stoornissen Jongeren'; IPSJ) van de MATE-Jeugd. De DASS lijkt bij personen met een stoornis in het gebruik van middelen ook bruikbaar voor het identificeren van een comorbide posttraumatische stressstoornis.
- Voor het vaststellen van comorbide DSM-IV/5 psychiatrische stoornissen bij personen met een stoornis in het gebruik van middelen beveelt de werkgroep gestructureerde diagnostiek aan, met instrumenten als de CIDI (Composite International Diagnostic Interview), de SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV) of de MINI(-Plus) (Mini International Neuropsychiatric Interview) voor volwassenen en de DISC-IV (Diagnostic Interview Schedule for Children) voor jongeren.
- Voor het vaststellen van DSM-IV/5 persoonlijkheidsstoornissen beveelt de werkgroep aan gebruik te maken van de SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders), de SIDP (Structured Interview for DSM-IV Personality) of de IPDE (International Personality Disorder Examination).
- Het dient overwogen te worden bij een patiënt met een stoornis in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB of benzodiazepines en een comorbide psychiatrische stoornis de complete problematiek op alle levensgebieden vanuit de persoonlijke context en fase van herstel in kaart te brengen, met inachtneming van veranderingen en samenhang over de tijd met betrekking tot middelengebruik en de symptomen van de comorbide psychiatrische stoornis.
- Het dient overwogen te worden bij een patiënt met een stoornis in het gebruik van deze drugs en een comorbide psychiatrische stoornis het diagnostisch traject middels gedeelde besluitvorming in te richten. Hierbij is psycho-educatie over de noodzaak van geïntegreerde diagnostiek, de wijze van

diagnostiek en de relatie tussen de hulpvraag en diagnostiek van belang, evenals een terugkoppeling van de bevindingen uit diagnostisch onderzoek.

- Het dient overwogen te worden bij een patiënt met een stoornis in het gebruik van deze drugs en een comorbide psychiatrische stoornis het diagnostisch traject als doorlopend proces in te richten, van eerste intake, na detoxificatie en gedurende de behandeling, zodat relevante comorbide psychiatrische problematiek niet gemist wordt.

3. Inleiding

Autorisatiedatum 26-02-2018 Beoordelingsdatum 26-02-2018

3.1 Algemeen

Als vervolg op het advies van Zorginstituut Nederland (ZiN) over de Nederlandse verslavingszorg zijn zorgstandaarden voor de verslavingszorg ontwikkeld. ZiN heeft dat in haar rapport opgenomen op advies van de patiënten

patiënten: De MDR zal ten behoeve van de uniformiteit overal spreken van patiënten, waar dus evenzeer cliënten mee bedoeld worden.

beweging, het Zwarte Gat.

Er is al een Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Stoornissen in het gebruik van alcohol,

Bron: Landelijke 10 Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009.

een MDR Opiaatverslaving

Bron: Van 11 den Brink et al., 2013.

en een Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken 12 ondersteuning

Bron: Trimbos-instituut en Nederlands Huisartsen Genootschap, 2016.

beschikbaar en er zijn zorgstandaarden voor stoornissen in het gebruik van alcohol en opiaten ontwikkeld. Er is 14 echter nog geen MDR beschikbaar voor de andere – niet opioïde – drugs. Dat betekent dat er ook nog 15 geen zorgstandaard voor de "andere drugs" kan worden ontwikkeld. Toch is dat wel van belang, want 16 er is de laatste jaren sprake van een duidelijke toename van het aantal potentieel verslavende 17 middelen en de hulpvraag gaat al lang niet meer uitsluitend over mensen met een stoornis in het 18 gebruik van alcohol of heroïne. Naast deze traditionele verslavingen melden zich de laatste jaren 19 steeds vaker patiënten met een stoornis in het gebruik

van cannabis, cocaïne, amfetamine en recent 20 ook GHB. Daarnaast verdient de situatie ten aanzien van stoornissen in het gebruik van ecstasy 21 verheldering: zijn er wel personen met een verslaving aan ecstasy en wat is er bekend over de 22 eventuele behandeling? Ook het langdurig gebruik van en de stoornissen in het gebruik van 23 benzodiazepines verdienen aandacht. Gelukkig is er de laatste jaren heel veel onderzoek naar de behandeling van stoornissen in het gebruik van "andere drugs" gedaan en is daarom van belang dat hulpverleners, patiënten en hun naasten over een overzicht kunnen beschikken van de (relatieve) effectiviteit van de verschillende behandel mogelijkheden, zodat ze goed geïnformeerde keuzes kunnen maken.

Zoals gezegd, zijn de MDR Alcohol en de MDR Opiaten in opdracht van NKO tot zorgstandaarden doorontwikkeld. Voor niet-opioïde ("andere") drugs was nog geen MDR beschikbaar. Deze ligt hier voor: de 'Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB, en benzodiazepines' (verder aangeduid als: MDR Drugs). Ook deze MDR kan doorontwikkeld worden tot een zorgstandaard. Daarop vooruitlopend is de werkwijze bij deze MDR vergeleken met de gangbare werkwijze voor de ontwikkeling van MDR-en aangepast. Patiëntvertegenwoordigers maken deel uit van de project- en de werkgroep die deze MDR hebben ontwikkeld en in deze MDR wordt systematisch de kennis en ervaring van zowel wetenschappers, beroepsbeoefenaren als patiënten gepresenteerd en geïntegreerd tot breed gedragen aanbevelingen.

Steeds wordt daarbij het hoogste kwaliteitsniveau nagestreefd. De wetenschappelijke kennis is bij voorkeur gebaseerd op goed empirisch onderzoek neergelegd in meta-analyses en reviews van gecontroleerde, liefst gerandomiseerde en geblindeerde, studies. Voor de professionele kennis is gebruikgemaakt van de standpunten van beroepsverenigingen en de uitkomsten van door de werkgroep georganiseerde focusgroepen. De ervaringskennis in de MDR is gebaseerd op kennis uit de literatuur, op bestaande kennis binnen het Zwarte Gat en op de uitkomsten van door de werkgroepgeorganiseerde focusgroepen.

Steeds is gezocht naar een antwoord op de vraag of de beschikbare kennis en ervaring van toepassing is op alle niet-opioïde drugs of uitsluitend op specifieke drugs. In de hoofdstukindeling wordt duidelijk welke middelen de werk- en projectgroep hebben onderscheiden.

3.1.1 Uitgangspunten

Een kwaliteitsstandaard beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed

beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Het is voor een succesvolle implementatie van de standaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijke benodigde veranderingen in het zorgveld die de standaard met zich meebrengt. Voorbeelden zijn mogelijke effecten op de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ict-aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze standaard per direct uitvoerbaar.

3.2 Diagnostiek en behandeling in het kader van herstel

In deze MDR is herstel als uitgangspunt genomen. Dat uitgangspunt sluit aan bij de ontwikkelde zorgstandaarden alcohol en opiaten, bij de visie van de instellingen voor verslavingszorg aangesloten bij GGZ Nederland

Bron: GGZ Nederland, 2013.

en bij de wens van patiënten.

Bron: Netwerk verslavingszorg GGZ Nederland, netwerk patiëntenraden verslavingszorg & Kennisnetwerk het Zwarte Gat, 2010; de Haan en Oude Bos, 2011; Oude Bos en Schippers, 2012; Stollenga e.a., 2013.

Herstel is een bredere, integrale (holistische) toepassing van het meer theoretische biopsychosociale model, dat al lange tijd in de verslavingszorg vigeert. In dat laatste model wordt, als reactie op het daarvoor gangbare, te beperkte medische model van verslaving, benadrukt dat behalve biologische ook psychologische en sociale aspecten van belang zijn.

Bron: Engel, 1977.

In de herstelbenadering worden daarnaast de actieve rol van de persoon, het persoonlijk functioneren en het levenslange proceskarakter benadrukt.

De benadrukking van herstel wordt internationaal ondersteund. Veel gebruikt is de definitie van Anthony (1993): 'Herstel is een zeer persoonlijk en uniek proces waarin iemands opvattingen, waarden, gevoelens, doelen en/of rollen veranderen. Het leidt tot een leven met meer voldoening waarin hoop een plaats heeft en men kan geven en nemen ondanks de beperkingen die veroorzaakt worden door de aandoening. Herstel heeft te maken met het ontstaan van een nieuwe betekenis van

en zin in het leven, terwijl men over de rampzalige gevolgen van een psychiatrische aandoening heen groeit.' Deze definitie benadrukt het proceskarakter van herstel en past bij herstel als een universele en daarmee verbindende menselijke ervaring.

Slade (2009) concludeert op grond van een studiereis langs de herstelpraktijken in de Angelsaksische en Scandinavische landen dat iemand in herstel voor de volgende opgaven staat: (1) een positieve identiteit ontwikkelen, (2) een betekenisvolle plaats geven aan de verslaving of het psychiatrisch probleem, (3) door empowerment (weer) ontwikkelen van veerkracht en van zelfmanagement van de symptomen en van de aandoening, en (4) oppakken van vroegere of het verwerven van nieuwe, waardevolle sociale rollen.

De SAMHSA, het Amerikaanse bureau voor kwaliteit van de verslavingszorg, hanteert de volgende definitie van 'recovery': "A process of change through which individuals improve their health and wellness, live a self-directed life, and strive to reach their full potential in context of health, home, purpose and community".

Bron: SAMHSA, 2012.

Zij onderlijnt vier belangrijke dimensies die herstel ondersteunen: 1) Gezondheid, dat wil zeggen het terugdringen van of kunnen omgaan met ziektes of symptomen, zoals in het geval van verslaving afzien van het gebruik van alcohol en drugs; 2) Een thuis, dat wil zeggen, een stabiel en veilig onderkomen; 3) Een doel, dat wil zeggen, betekenisvolle werkzaamheden en de onafhankelijkheid, het inkomen en de mogelijkheden om deel te nemen aan de samenleving en 4) Een gemeenschap, dat wil zeggen, relaties en een sociaal netwerk die ondersteuning, vriendschap, liefde en hoop bieden.

In het Verenigd Koninkrijk is 'recovery' opgenomen als centraal element in de nationale drug strategie "Reducing demand, restricting supply, building recovery – supporting people to live a drug free life".

Bron: Home Office, 2010.

In dat kader ontwikkelde het National Institute for Health and Care Excellence (NICE) een specifieke kwaliteitstandaard voor de behandeling van stoornissen in het gebruik van drugs (QS23) gericht op 'recovery and reintegration' die vereist dat "people in drug treatment are offered support to access services that promote recovery and reintegration including housing, education, employment, personal finance, healthcare and mutual aid".

Bron: National Institute for Health and Care Excellence, 2012.

De werkgroep kan zich in het algemeen goed vinden in deze Angelsaksische benaderingen, maar wil daarbij wel twee kanttekeningen maken. Ten eerste is de werkgroep van mening dat problematisch middelengebruik en verslaving niet altijd chronisch hoeven te zijn en dat ook volledige genezing mogelijk is. Ten tweede is zij van mening dat herstel niet uitsluitend te bereiken is via volledige abstinentie van gebruik en dat ook vermindering van (illegaal) gebruik en beperking van schade (harm reduction) als doel van verandering, waardering verdienen.

Gezien vanuit de patient is herstel derhalve een zeer breed begrip – de rol van de professionele verslavingszorg is daarin veelal bescheiden. Voor de professional, voor wie deze MDR bedoeld is, is de kern van de herstelbenadering tweeledig. Ten eerste dat herstel, als doel, niet slechts een kwestie is van terugdringen van het gebruik van drugs (de symptomen in het geval van stoornissen in druggebruik), maar ook van verbetering van functioneren en van bevordering van persoonlijk welbevinden en kwaliteit van leven. Ten tweede dat herstel, als proces, in handen is van de persoon zelf, hetgeen betekent dat de nadruk ligt op de eigen regie, op respect voor en verantwoordelijkheid van de persoon, dat de behandeling persoonsgericht is en gericht op versterking van de eigen kracht, en op het besef dat herstel lang niet altijd een lineair karakter heeft en heel vaak in fases verloopt. Het persoonsgerichte komt ook tot uitdrukking in de volgorde waarin de verschillende aspecten van herstel worden opgepakt. Zo is dat bij de één eerst symptoomreductie en bij de ander eerst het verwerven van betekenisvolle dagelijkse bezigheden of het verwerven van woonruimte weg van de gebruikersomgeving. Het is daarbij goed op te merken dat vermindering van middelengebruik op zichzelf ook vaak al leidt tot herstel van activiteiten en participatie, tot vermindering van psychiatrische klachten en tot verbetering van persoonlijk functioneren en welbevinden.

3.2.1 Herstel als doel: symptomatisch, functioneel en persoonlijk herstel

In de doelen van zorg en behandeling wordt een onderscheid gemaakt tussen symptomatisch, functioneel en persoonlijk herstel.

Bron: Dröes & Plooy, 2010; Van der Stel, 2012.

Onder symptomatisch of klinisch herstel wordt verstaan het terugdringen van de symptomen, in geval van druggebruik dus het stoppen met of verminderen van dat gebruik. Het merendeel van de beschikbare evidentie voor de behandeling van stoornissen in het gebruik van drugs, en dus ook het grootste deel van deze MDR, heeft betrekking op interventies gericht op dit (beperkte) doel.

Onder functioneel herstel wordt de verbetering verstaan in de menselijke functies die in het ongerede zijn geraakt door het gebruik van drugs, dat wil zeggen in de beperkingen in de activiteiten die de persoon onderneemt en in de beperkingen in diens sociale betrokkenheid. De World Health Organization

Bron: WHO, 2002.

heeft met de International Classification of Functioning (ICF) een staalkaart samengesteld van alle menselijke functies. Naast 'Activiteiten en participatie' zijn dat de 'Lichaamsfuncties'. Onder deze laatste vallen ook de zogenaamde executieve functies, zoals aandacht, kortetermijngeheugen, planning en andere cognitieve functies. Interventies ter beïnvloeding van deze functies kunnen ingezet worden als vorm van behandeling van verslaving en zulke interventies horen vanzelfsprekend thuis in deze MDR. Maar in deze MDR is de beïnvloeding van executieve functies geen doel op zich, en de effectiviteit van de behandeling van stoornissen in middelengebruik wordt er ook niet aan afgemeten. Vandaar dat deze vorm van functioneel herstel door ons niet apart wordt genoemd zoals dat wel wordt gedaan door Van der Stel (2012). We beperken ons wat betreft functioneel herstel tot activiteiten en participatie. Levensdomeinen waar dit betrekking op heeft zijn onder meer: werk of scholing, inkomen, communicatie, zelfverzorging, huishoudelijke taken, interpersoonlijke interacties en relaties, etc.

Wat onder persoonlijk herstel moet worden verstaan is minder scherp gedefinieerd. Van der Stel (2012) omschrijft: "Persoonlijk herstel betreft het zélf betekenis kunnen verlenen aan datgene wat in het verleden is gebeurd en het stap voor stap meer greep krijgen op het eigen leven, in verleden, heden en toekomst. Het gaat om de eigen wil tot herstel en het zelf doelen stellen." De doelen van persoonlijk herstel zijn in ieder geval versterking van het ervaren van regie, van hoop, van een doel in het leven en van sociale betrokkenheid.

3.2.2 Herstel als doel: symptomatisch, functioneel en persoonlijk herstel

In de doelen van zorg en behandeling wordt een onderscheid gemaakt tussen symptomatisch, functioneel en persoonlijk herstel.

Bron: Dröes & Plooy, 2010; Van der Stel, 2012.

Onder symptomatisch of klinisch herstel wordt verstaan het terugdringen van de symptomen, in geval van druggebruik dus het stoppen met of verminderen van dat gebruik. Het merendeel van de beschikbare evidentie voor de behandeling van stoornissen in het gebruik van drugs, en dus ook het grootste deel van deze MDR, heeft betrekking op interventies gericht op dit (beperkte) doel.

Onder functioneel herstel wordt de verbetering verstaan in de menselijke functies die in het ongerede zijn geraakt door het gebruik van drugs, dat wil zeggen in de beperkingen in de activiteiten die de persoon onderneemt en in de beperkingen in diens sociale betrokkenheid. De World Health Organization

Bron: WHO, 2002.

heeft met de International Classification of Functioning (ICF) een staalkaart samengesteld van alle menselijke functies. Naast 'Activiteiten en participatie' zijn dat de 'Lichaamsfuncties'. Onder deze

laatste vallen ook de zogenaamde executieve functies, zoals aandacht, kortetermijngeheugen, planning en andere cognitieve functies. Interventies ter beïnvloeding van deze functies kunnen ingezet worden als vorm van behandeling van verslaving en zulke interventies horen vanzelfsprekend thuis in deze MDR. Maar in deze MDR is de beïnvloeding van executieve functies geen doel op zich, en de effectiviteit van de behandeling van stoornissen in middelengebruik wordt er ook niet aan afgemeten. Vandaar dat deze vorm van functioneel herstel door ons niet apart wordt genoemd zoals dat wel wordt gedaan door Van der Stel (2012). We beperken ons wat betreft functioneel herstel tot activiteiten en participatie. Levensdomeinen waar dit betrekking op heeft zijn onder meer: werk of scholing, inkomen, communicatie, zelfverzorging, huishoudelijke taken, interpersoonlijke interacties en relaties, etc.

We beperken ons wat betreft functioneel herstel tot activiteiten en participatie. Levensdomeinen waar dit betrekking op heeft zijn onder meer: werk of scholing, inkomen, communicatie, zelfverzorging, huishoudelijke taken, interpersoonlijke interacties en relaties, etc. : Men spreke in dit verband bij voorkeur van (menselijk) functioneren en niet van 'dagelijks', 'sociaal' of 'maatschappelijk' functioneren omdat die onvoldoende dekking bieden. Meest accuraat is de aanduiding: 'activiteiten en participatie'.

Wat onder persoonlijk herstel moet worden verstaan is minder scherp gedefinieerd. Van der Stel (2012) omschrijft: “Persoonlijk herstel betreft het zélf betekenis kunnen verlenen aan datgene wat in het verleden is gebeurd en het stap voor stap meer greep krijgen op het eigen leven, in verleden, heden en toekomst. Het gaat om de eigen wil tot herstel en het zelf doelen stellen.” De doelen van persoonlijk herstel zijn in ieder geval versterking van het ervaren van regie, van hoop, van een doel in het leven en van sociale betrokkenheid.

De doelen van persoonlijk herstel zijn in ieder geval versterking van het ervaren van regie, van hoop, van een doel in het leven en van sociale betrokkenheid.: 'Functioneel' en 'persoonlijk' herstel hebben deels betrekking op dezelfde domeinen. Het onderscheid is dat het eerste vooral refereert naar waarneembaar gedrag en feitelijkheden, en het tweede veel meer naar de subjectieve ervaring van de persoon.

3.2.3 Herstel als proces: levenslang en interactief

Herstel kan worden gezien als een afgeleide van het werkwoord herstellen. Het staat daarmee voor een proces waarbij men leert te leven met een stoornis en de beperkingen die daaruit voortvloeien. Dat houdt in principe nooit op en is een voor ieder uniek levenslang proces dat vaak een niet lineair (fasegewijs) karakter heeft. Er kan geleerd worden van herstelprocessen van anderen, maar deze kunnen niet gekopieerd worden. De professionele behandeling van de stoornis en van de beperkingen in functioneren (het onderwerp van deze MDR) kunnen een belangrijk of vaak zelfs noodzakelijk onderdeel vormen van dit proces, maar zullen er per definitie slechts een beperkt en in de tijd beperkt deel van uitmaken. Die behandeling dient in dit kader als onderdeel van dat

levenslange, individuele proces gezien en ingevoegd te worden. De persoon zelf heeft regie over dit proces. Zoveel als mogelijk wordt een behandeling dus ingezet met respect voor de eigen verantwoordelijkheid van de persoon en afgestemd op diens unieke levens- en herstelfase.

De behandelaar beschikt over de professionele kennis en vaardigheden om in te schatten in welke mate degene in herstel in staat is de regie te nemen en dat te bevorderen. De behandelaar neemt de regie alleen dan (gedeeltelijk) over wanneer de persoon daartoe (tijdelijk) niet in staat is. In alle andere situaties treedt de behandelaar op als een coach die de persoon ondersteunt, inspireert, bemoedigt, tips en adviezen geeft. De behandelaar ontwikkelt met de persoon het voor hem/haar unieke herstelproces, passend bij de fase waarin dat proces verkeert.

In het kader van herstel als proces is het bieden van zorg en behandeling een interactief gebeuren. Op een enkele uitzondering na (interventies die ingrijpen in de omstandigheden, zoals in materiële voorzieningen) bestaan alle interventies die worden beschreven in deze MDR uit methodieken ter beïnvloeding van het gedrag of de ervaringen van de persoon. De effectiviteit van de interventies is derhalve sterk afhankelijk van de instemming en medewerking van de persoon. Dat heeft diverse consequenties.

In de eerste plaats blijkt de effectiviteit van de interventies afhankelijk te zijn van de relatie tussen behandelaar en patiënt en spelen zogenaamde non specifieke factoren een belangrijke rol. In psychotherapieonderzoek is namelijk aangetoond dat het tonen van empathie, het realiseren van een samenwerkingsrelatie (alliantie) en het geven van feedback aantoonbaar effectief zijn en dat geldt ook voor samenwerking bij het stellen van doelen en waarschijnlijk ook voor een positieve bejegening.

Bron: Norcross & Lambert, 2011.

Interventies dienen dus uitgevoerd te worden met inachtnaam van deze non specifieke factoren.

In de tweede plaats vragen de meeste interventies van de patiënt een actieve opstelling. Interventies zijn bij voorkeur gericht op versterking van de eigen kracht. De behandelaar legt daarbij het accent op het vergroten van de draagkracht met aandacht voor het verminderen van de draaglast en stimuleert de patiënt op zoek te gaan naar diens sterke eigenschappen.

3.3 Organisatie van herstelondersteunende zorg

De organisatie van herstelondersteunende zorg is een thema voor een zorgstandaard en niet voor een MDR. Toch worden hier aan dit onderwerp enkele opmerkingen gewijd.

De behandeling van stoornissen in middelengebruik heeft meerdere doelen en dient ingebed te worden in het herstelproces van de persoon. Ook de beste professionele interventies, zoals deze beschreven worden in deze MDR, hebben een beperkte effectiviteit en zijn vaak gericht op klinisch herstel. Behandelingen zijn zelden prioritair gericht op functioneel herstel en de kennis over dat laatste is vaak zeer beperkt. Professionele interventies gericht op persoonlijk herstel ontbreken vrijwel geheel. Bovendien is de volgorde waarin de verschillende interventies ingezet zouden moeten

worden niet bij alle patiënten hetzelfde en moeten er vaak verschillende interventies tegelijkertijd worden ingezet. Dit maakt onderzoek naar de effectiviteit en de organisatie van de zorg tot een complex geheel.

Op grond hiervan is de inzet van zogenaamde ervaringsdeskundigen - ondanks de vrijwel afwezige wetenschappelijke evidentie – goed te verdedigen. Zij kunnen geacht worden te beschikken over een groter vermogen tot sociale beïnvloeding (één van de non specifieke factoren) dan professionals zonder persoonlijke ervaring met een verslaving. Ervaringsdeskundigen kunnen geacht worden ook (beter) in te kunnen spelen op hersteldoelen als zingeving en hoop. De betrokkenheid van ervaringsdeskundigen sluit ten slotte vaak beter aan bij herstel als levenslang proces. Waar mogelijk wordt in het kader van herstel als proces daarom gebruikgemaakt van de ondersteuning door lotgenoten. Dat laatste kan zowel door deelname aan zelfhulpgroepen als door contact met lotgenoten die zich door opleiding en ervaring hebben ontwikkeld tot ervaringsdeskundigen. De inzet van meer ervaringsdeskundigen is één van de pijlers van het Handvest van Maastricht. In dit handvest spraken de Raden van Bestuur van de bij GGZ Nederland aangesloten instellingen, die verslavingszorg bieden, en hun patiëntenraden af dat het zorgbeleid in de toekomst gebaseerd zal zijn op de uitgangspunten van herstel, dat met herstel geoefend wordt in proeftuinen en dat ervaringskennis erkend wordt als derde en gelijkwaardige bron van kennis naast de professionele en wetenschappelijke kennis.

Bron: Netwerk verslavingszorg GGZ Nederland, netwerk patiëntenraden verslavingszorg & Kennisnetwerk het Zwarte Gat, 2010.

In de organisatie van herstelondersteunende zorg heeft de behandelaar van de organisatie waarvoor hij of zij werkt de ruimte nodig om samen met de patiënt diens unieke herstelproces uit te stippelen. Het bestuur moet bevorderen dat in de organisatie die ruimte wordt geboden. Dat kan door bevoegdheden in de organisatie zo veel mogelijk te decentraliseren. Het bestuur geeft ruime kaders aan waarbinnen zorgverleningsteams en behandelaars de zorg optimaal kunnen afstemmen op de behoeften en wensen van hun patiënten. Herstellen omvat ook het weer oppakken van sociale- en maatschappelijke rollen. Om dat te bevorderen is ondersteuning gewenst van meer organisaties dan alleen de curatieve zorg. Denk aan organisaties en voorzieningen voor huisvesting, voor ondersteuning bij het wonen, voor financiën, voor (vrijwilligers)werk en opleiding, voor het vergroten van het sociale netwerk, voor hobby, sport en recreatie. De verslavingszorg heeft daarvoor een nauwe samenwerking met deze voorzieningen nodig. Bovendien moet binnen de zorg zonder dat de patiënt daarvan hinder ondervindt geschakeld kunnen worden tussen de 0de- (Wmo), 1ste-, 2de- en 3de-lijn, tegenwoordig onderscheiden als zorg op grond van de Wmo (0de lijn), huisartsenzorg inclusief de praktijkondersteuner huisarts GGZ (POH GGZ), generalistische basis-GGZ, (sinds 2014 de 1ste en deels 2de lijn) en gespecialiseerde GGZ (GGZ Nederland, 2017). Zoals hiervoor al verschillende keren is opgemerkt is ieder herstelproces uniek en daarmee ligt ook niet vast welke van de genoemde aspecten eerst, later of gelijktijdig aan de orde komen. Aan de volgorde waarin deze aspecten in dit document aan de orde komen, mag geen argument worden ontleend voor de volgorde in ieders individuele herstelproces.

Zoals gezegd, is de organisatie van de zorg niet het onderwerp van een MDR, maar van een

zorgstandaard. Dat neemt niet weg dat de implementatie van sommige aanbevelingen uit deze MDR afhankelijk is van de setting waarin de zorg geboden wordt. Zo kunnen bijvoorbeeld vrijevestigde psychologen/psychotherapeuten wél ondersteuning bieden bij de toeleiding van patiënten naar lotgenoten of ervaringsdeskundigen, maar is het voor vrijevestigden veelal niet mogelijk zelfstandig ervaringsdeskundigen in te zetten. Dit geldt in deze setting eveneens voor de inzet van therapievormen die gericht zijn op begeleiding naar bijvoorbeeld werk of naar een woning.

3.4 Werkwijze

3.4.1 Methodologische onderbouwing van de richtlijn

Omwillen van de leesbaarheid wordt de wetenschappelijke literatuur die de basis vormde voor de wetenschappelijke conclusies in de MDR beknopt weergegeven bij [Achtergronddocumenten](#). Bij [Literatuuronderzoek](#) wordt nader ingegaan op de gehanteerde zoekstrategieën bij de door ons uitgevoerde literatuurstudies en worden de geselecteerde systematische reviews, meta-analyses en individuele studies uitgebreider beschreven. De studies die aanvullend aan de systematische reviews en meta-analyses werden gevonden, zijn tevens opgenomen in aparte evidentietabellen.

3.4.2 Literatuuronderzoek

Voor de wetenschappelijke onderbouwing van de MDR is voor elk van de middelen die onderwerp zijn van deze richtlijn (cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines) een systematische literatuurstudie uitgevoerd naar de effectiviteit van psychologische, farmacologische en overige interventies. Hiertoe werd de literatuur tot en met mei 2017 in de databanken van MEDLINE, PsycINFO, Embase en de Cochrane Database of Systematic Reviews geraadpleegd. Wanneer voorhanden, vormden (de meest recente) systematische reviews en meta-analyses van gecontroleerde studies het uitgangspunt voor het literatuuronderzoek, en waar van toepassing werden de studies die in deze reviews en meta-analyses waren opgenomen, aangevuld met later gepubliceerde studies. De geselecteerde (aanvullende) studies moesten voldoen aan elk van de volgende criteria:

- Het onderzoek is vanaf 2000 gepubliceerd in een peer-reviewed wetenschappelijk tijdschrift.
- Het onderzoek betreft een gerandomiseerde gecontroleerde studie (RCT) of een goed opgezette gecontroleerde studie met niet-gerandomiseerde vergelijkingsgroep(en).
- De onderzochte groep betreft (hoofdzakelijk) personen met een stoornis in het gebruik van het betreffende middel volgens criteria van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of de International Classification of Diseases.
- De onderzochte behandeling betreft een psychologische, farmacologische, of overige interventie die gericht is op ten minste het gebruik van het betreffende middel.
- De uitkomstmaat in het onderzoek betreft ten minste een kwantitatieve maat van het gebruik van het betreffende middel, in termen van dagen/frequentie van gebruik en/of abstinentie volgens zelfrapportage of urineonderzoek.

In de literatuurstudie voor [Screening, classificatie, diagnostiek, indicatiestelling, monitoring en evaluatie](#) en voor de hoofdstukken over [Overige behandelingen gericht op reductie van drugsgebruik](#) en [Herstelondersteunende interventies](#) hebben wij geen gebruik gemaakt van de systematische

methode die wij voor de middelenhoofdstukken gevolgd hebben. De tijdspanne waarbinnen de richtlijn opgeleverd moest worden, liet dit niet toe. Wél hebben wij voor deze hoofdstukken uitgebreid gezocht in de PubMed database en waar mogelijk gebruikgemaakt van beschikbare systematische reviews of meta-analyses.

In elk van de hoofdstukken die betrekking hebben op een specifiek middel wordt naast de behandeling van de stoornis in het gebruik van het betreffende middel ingegaan op de behandeling van intoxicatie/overdosering en op detoxificatie. Met betrekking tot beide aspecten hebben wij geen systematische literatuurstudie uitgevoerd, maar zijn waar mogelijk de aanbevelingen overgenomen van de recent verschenen Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren.

Bron: Dijkstra et al. (Red.), 2017.

In elk van de middelspecifieke hoofdstukken wordt eveneens ingegaan op de behandeling bij psychiatrische comorbiditeit. In de studies die hierover in het systematische literatuuronderzoek gevonden werden, hebben wij gekeken naar (1) het effect van de interventie op zowel het middelengebruik als de comorbide psychiatrische stoornis(sen), en (2) de invloed (moderatie) van de comorbide psychiatrische stoornis op de uitkomsten wat betreft het middelengebruik. In het Addendum Stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen wordt uitgebreider ingegaan op de behandeling bij psychiatrische comorbiditeit.

3.4.3 Beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek

Bij het beoordelen van de methodologische kwaliteit en bewijskracht van het onderzoek is gebruikgemaakt van de Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling (EBRO) methodiek

Bron: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2007.

(zie tabel hieronder).

A1	Systematische reviews en meta-analyses van goede kwaliteit van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau
A2	Gerandomiseerd dubbelblind* vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en voldoende omvang
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controle onderzoek, cohortonderzoek)
C	Niet-vergelijkend onderzoek
[D	Mening van deskundigen]

* De eis ten aanzien van dubbelblind onderzoek is uitsluitend van toepassing op farmacologische studies onderzoek en niet op psychologisch onderzoek.

Tabel: Beoordeling van de kwaliteit van studies volgens EBRO

Kwalitatief goede systematische reviews en meta-analyses hebben het hoogste kwaliteitsniveau: A1. De werkgroep heeft de kwaliteit van systematische reviews en meta-analyses verder niet formeel beoordeeld, maar in de bespreking in de MDR wordt wél ingegaan op de kwaliteit van de systematische review of meta-analyse en de kwaliteit en omvang van de daarin opgenomen RCTs.

Kwalitatief goede RCTs hebben het één na hoogste kwaliteitsniveau: A2. Het kwaliteitsniveau van RCTs kon door de werkgroep worden afgewaardeerd van A2 naar B (of eventueel C) in geval er sprake was van één ernstige of meerdere (ook minder ernstige) beperkingen in het onderzoek die de validiteit van de bevindingen bedreigen (bias). Als mogelijke beperkingen van RCTs gelden de volgende bedreigingen, zoals geformuleerd door GRADE: lack of allocation concealment; lack of blinding; incomplete accounting of patients and outcome events; selective outcome reporting bias; other limitations.

Bron: Guyatt et al., 2011.

De omvang van de onderzochte groep patiënten in een RCT speelt binnen GRADE geen rol in het beoordelen van studiebeperkingen, aangezien de omvang van een studie wordt meegewogen in de meta-analyse. Voor de onderhavige MDR is besloten om RCTs met minder dan 25 patiënten per onderzoeksconditie af te waarderen, van A2 naar B (of naar C in geval van aanvullende studiebeperkingen). Hierop werd één uitzondering gemaakt: RCTs met minder dan 25 patiënten per conditie die ten minste een 'moderate' effect laten zien ($d \geq 0,50$ of $NNT \leq 4$) werden niet afgewaardeerd en behielden het kwaliteitsniveau A2 (tenzij andere studiebeperkingen afwaardering naar B alsnog noodzakelijk maakten). RCTs met minder dan 25 maar meer dan 10 patiënten per onderzoeksconditie werden (als B studie) ook geïnccludeerd in de onderbouwing van de MDR en in de evidentietabellen. RCTs met minder dan 10 patiënten per onderzoeksconditie werden niet meegenomen in de onderbouwing van de MDR en zijn niet opgenomen in de evidentietabellen.

3.4.4 Formulering en bewijskracht van de conclusies

De conclusies in de MDR zijn voornamelijk gebaseerd op systematische reviews en meta-analyses (indien voorhanden) en op RCTs van A2 kwaliteit. Informatie uit studies van B kwaliteit is alleen in uitzonderlijke gevallen in de conclusie meegenomen. Bij het formuleren van de conclusies in de MDR worden de standaardformuleringen gehanteerd die in de tabel hieronder zijn weergegeven.

Studie(s) en uitkomsten	Formulering van de conclusie
In geval van kwalitatief goede systematische reviews of meta-analyses (A1 niveau)	Het is aangetoond dat xxxxx wel/niet effectief is
In geval van 2 of meer kwalitatief goede RCTs (van A2 niveau) die <u>allemaal</u> in <u>dezelfde richting</u> wijzen	Het is waarschijnlijk dat xxxxx effectief is Het is waarschijnlijk dat xxxxx niet effectief is
In geval van 3 of meer kwalitatief goede RCTs (van A2 niveau) die <u>overwegend</u> in <u>dezelfde richting</u> wijzen	Er zijn aanwijzingen dat xxxxx effectief kan zijn Er zijn aanwijzingen dat xxxxx niet effectief is
In geval van 1 kwalitatief goede RCT (van A2 niveau)	Er is enige aanwijzing dat xxxxx effectief kan zijn Er is enige aanwijzing dat xxxxx niet effectief is
In geval van 2 of meer kwalitatief goede RCTs (van A2 niveau) met <u>tegenstrijdige bevindingen</u>	Er zijn conflicterende bevindingen ten aanzien van de effectiviteit van xxxxx
In geval van ontbreken van systematische reviews en meta-analyses en RCTs (van A2 niveau)	Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van xxxxx

Tabel: Gestandaardiseerde formulering van conclusies

Bij elke conclusies in de MDR wordt aangegeven hoe zeker de werkgroep is over de geformuleerde conclusie ('bewijskracht'). Bij de betekenis van de zekerheid/bewijskracht van de conclusies is de werkgroep uitgegaan van de indeling van GRADE (Balshem et al., 2011):

- Niveau 1 (hoge zekerheid/bewijskracht): Wij zijn (vrijwel) zeker dat toekomstig onderzoek deze conclusie niet (aanzienlijk) zal doen wijzigen.
- Niveau 2 (redelijke zekerheid/bewijskracht): Wij zijn redelijk zeker dat toekomstig onderzoek deze conclusie niet (aanzienlijk) zal doen wijzigen, maar sluiten die mogelijkheid niet uit.
- Niveau 3 (lage zekerheid/bewijskracht): Wij zijn niet zeker dat toekomstig onderzoek deze conclusie niet (aanzienlijk) zal doen wijzigen; uiteindelijk is het zeer goed mogelijk dat toekomstig onderzoek tot een (aanzienlijke) aanpassing van deze conclusie zal leiden.
- Niveau 4 (zeer lage zekerheid/bewijskracht): In het geval van dit niveau van bewijskracht wordt in de MDR geen conclusie geformuleerd.

3.4.5 Werkwijze in de focusgroepen

Voor de focusgroepbijeenkomsten met de professionals (2 bijeenkomsten) en met de ervaringsdeskundigen/patiëntenvertegenwoordigers (2 bijeenkomsten) werden door de werkgroep de volgende vragen geagendeerd:

- Wat zijn in de huidige praktijk van de zorg goede behandelingen?
- Wat zou in de huidige praktijk verbeterd moeten worden?
- Welke behandelingen zouden niet langer aangeboden moeten worden?
- Wat is goede diagnostiek, indicatiestelling, monitoring en evaluatie?
- Wat zou ten aanzien van de diagnostiek, indicatiestelling, monitoring en evaluatie verbeterd moeten worden?
- Aan welke andere aspecten in de praktijk van de zorg zou in de MDR aandacht besteed moeten worden?

worden?

De bespreking in de focusgroepen werd op opnameapparatuur vastgelegd en vervolgens door de werkgroepleden die aan de focusgroepen deelnamen in een schriftelijk verslag samengevat. Dit verslag is vervolgens voorgelegd aan de leden van de focusgroepen en aangepast op grond van de van hen ontvangen opmerkingen en aanvullingen. In de laatste ronde van dit proces hebben wij de verslagen samengevat en de individuele leden van de focusgroepen gevraagd om bij elk verwoord standpunt aan te geven of het standpunt al dan niet door het betreffend lid gedeeld werd, om een verdere indruk te krijgen van het draagvlak van de standpunten onder de focusgroepleden.

De standpunten van de professionals en de ervaringsdeskundigen/patiëntentegenwoordigers in de focusgroepen zijn waar van toepassing in de hoofdstukken van de MDR opgenomen onder de respectievelijke kopjes 'Professionele kennis' en 'Ervaringskennis'. Omdat de standpunten ten aanzien van de behandeling van een stoornis in het gebruik van middelen veelal niet één specifiek middel betroffen maar relevant zijn voor vrijwel alle besproken middelen in deze MDR, heeft de werkgroep ervoor gekozen deze (zelfde) standpunten in elk van de middelspecifieke hoofdstukken op te nemen.

3.4.6 Formulering van de aanbevelingen

De aanbevelingen in de MDR zijn gebaseerd op zowel de wetenschappelijke evidentie, professionele kennis, ervaringskennis als, waar van toepassing, 'overige overwegingen' (bijvoorbeeld klinische relevantie, kosten, of beschikbaarheid van een behandeling) en zijn het resultaat van de integratie van deze informatiebronnen. Bij het opstellen van de aanbevelingen is zo veel mogelijk gebruikgemaakt van – in volgorde van de sterkte van een aanbeveling – de volgende standaardformuleringen:

- Sterke aanbeveling: Het verdient aanbeveling
- Matig sterke aanbeveling: Het dient overwogen te worden
- Zwakke aanbeveling: Het kan overwogen worden
- Geen aanbeveling: Kan geen aanbevolen worden / kan geen aanbeveling worden gegeven

3.4.7 Primaire auteurs van de hoofdstukken

Bij de totstandkoming van de MDR fungeerden de volgende personen als primaire auteurs van het betreffende hoofdstuk:

- Inleiding: Martinus Stollenga, Wim van den Brink, & Gerard Schippers
- Screening, classificatie, diagnostiek, indicatiestelling, monitoring en evaluatie: Gerard Schippers & Vincent Hendriks; Peter Vossenbergh (paragraaf Laboratoriumonderzoek op drugsgebruik)
- Cannabis: Vincent Hendriks & Peter Blanken
- Cocaïne: Peter Blanken, met medewerking van Mascha Nuijten
- Amfetamine: Esther Croes
- Ecstasy: Wim van den Brink, met medewerking van Jan van Amsterdam
- GHB: Esther Croes
- Benzodiazepines: Wim van den Brink, met medewerking van Jan van Amsterdam
- Overige behandelingen gericht op reductie van drugsgebruik: Vincent Hendriks & Peter Blanken,

met medewerking van Mascha Nuijten

- Herstelondersteunende interventies: Peter Blanken; Laurien Hakvoort (paragraaf Vaktherapeutische behandeling)
- Addendum Stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen: Arnt Schellekens, met medewerking van Geurt van de Glind

3.5 Deze standaard staat in het Register

4. Screening, classificatie, diagnostiek, indicatiestelling, monitoring en evaluatie

Autorisatiedatum 26-02-2018 Beoordelingsdatum 26-02-2018

4.1 Inleiding

In Screening, classificatie, diagnostiek, indicatiestelling, monitoring en evaluatie wordt ingegaan op de screening, classificatie en diagnostiek, indicatiestelling, monitoring en evaluatie bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van niet-opioïde drugs.

in het gebruik van niet-opioïde drugs.: Voortaan kortweg: drugs.

We lichten de termen eerst toe.

Onder screening verstaan we het vestigen of versterken van een vermoeden van een stoornis in het gebruik van drugs aan de hand van gestructureerde (mondeling of anderszins gestelde) vragen. Screening dient onderscheiden te worden van het vragen naar gebruik van drugs en daarmee samenhangende problemen wanneer er sprake is van intoxicatie of als onderdeel van een anamnese. De antwoorden op dergelijke vragen kunnen wel aanleiding zijn tot een vermoeden van intoxicatie.

Onder classificatie verstaan we het vaststellen van een stoornis in het gebruik van drugs aan de hand van de criteria in het classificatiesysteem van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) of de International Classification of Diseases (ICD).

Onder diagnose verstaan we het onderzoek naar de psychiatrische symptomen en naar de etiologie, de pathogenese, het beloop, de prognose, de lijdensdruk, de disfuncties en de behandel mogelijkheden van de patiënt en diens mogelijke psychiatrische stoornis.

Bron: Hengeveld et al., 2015.

Tot het diagnostisch onderzoek behoort dus ook vaststelling van de aard en omvang van het drugsgebruik (en andere middelen) en de predisponerende, luxerende en onderhoudende factoren die op de persoon en op de behandeling van invloed zijn.

Onder indicatiestelling verstaan we de vaststelling van de aard en/of de intensiteit van de behandeling die naar het gezamenlijke oordeel van de professional en de patiënt op basis van de diagnostiek, de beschikbare behandelingsmogelijkheden en de wensen en voorkeuren van de

patiënt het meest aangewezen is.

Onder monitoring verstaan we het observeren van de kenmerken van de patiënt die indicatief zijn voor diens mate van herstel en voor het verloop en de effecten van de behandeling. Onder evaluatie verstaan we het beoordelen van de uitkomsten van behandeling.

De intake in de professionele verslavingshulpverlening is de samenhang van activiteiten van de hulpverlener met de patiënt tot de aanvang van een specifieke interventie die gericht is op een overeengekomen veranderdoel. De functies van de intake zijn (1) kennismaking met de patiënt (en omgekeerd), (2) vestigen van een werkrelatie die de motivatie voor en de positieve verwachtingen over de behandeling maximeert, (3) uitwisselen van praktische en administratieve gegevens, (4) vastleggen van de relevante patiëntkenmerken (inclusief motivatie en behandelwensen) ten behoeve van classificatie en diagnostiek, (5) beoordelen van deze kenmerken in de vorm van een indicatiestelling, (6) informeren van de patiënt over de indicatiestelling, (7) met de patiënt tot overeenstemming komen over de aard, de doelstelling en het verloop van de behandeling, en (8) praktisch plannen van de behandeling. In elk van de paragrafen met de overeenkomstige titels: screening, classificatie, diagnostiek, indicatiestelling, monitoring en evaluatie worden instrumenten besproken waarmee deze taken gestructureerd kunnen plaatsvinden.

Verreweg de meeste literatuur over screening en classificatie heeft nog betrekking op de vierde editie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

Bron: (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000)

Er zijn in Nederland nog geen bevolkingsstudies of omvangrijke klinische studies verricht waarin de DSM-5 criteria

Bron: APA, 2013.

van stoornis in het gebruik van drugs zijn toegepast. Verschillende buitenlandse studies suggereren dat beide DSM-versies resulteren in grotendeels vergelijkbare 12-maanden prevalenties van stoornissen in het gebruik van alcohol, cannabis, cocaïne en opiaten en een hoge mate van overeenstemming tussen de DSM-IV en DSM-5 diagnoses bij volwassenen

Bron: Peer et al., 2013; Hasin et al., 2015.

en adolescenten.

Bron: Kelly et al., 2014.

Zoals beschreven in [Inleiding](#) van deze MDR, hebben wij bij het uitvoeren van de literatuursearch voor [Screening, classificatie, diagnostiek, indicatiestelling, monitoring en evaluatie](#) geen gebruik gemaakt van de systematische methode die wij voor de middelenhoofdstukken in deze richtlijn gevolgd hebben. Bij het beoordelen van de methodologische kwaliteit en bewijskracht van het onderzoek is wél gebruikgemaakt van de Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling (EBRO) methodiek.

Bron: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2007.

4.2 Screening op problematisch drugsgebruik of een stoornis in het gebruik van drugs

4.2.1 Uitgangsvraag & aanbeveling screeningsinstrumenten

Uitgangsvraag: Welke instrumenten zijn geschikt voor het screenen op problematisch drugsgebruik of een stoornis in het gebruik van drugs?

Aanbevelingen

- Voor het screenen op problematisch middelengebruik of een stoornis in het gebruik van middelen hebben instrumenten die breed informeren naar meerdere middelen – zowel tabak, alcohol als drugs – veelal de voorkeur boven instrumenten die naar één middel informeren.
- Afhankelijk van de beschikbare tijd en het gewenste niveau van detail van de informatie beveelt de werkgroep voor het screenen op problematisch middelengebruik of een stoornis in het gebruik van middelen (tabak, alcohol en drugs) bij volwassenen de ASSIST(-Lite) aan en voor adolescenten de CRAFFT of de CAGE-AID (geen informatie over specifieke middelen; korte afnameduur), of de ASSIST(-Lite) (wél middelspecifieke informatie; volledige ASSIST langere afnameduur).
- Voor het uitgebreider in kaart brengen van de aard en ernst van het middelengebruik beveelt de werkgroep aan gebruik te maken van de MATE/MATE-Y (de middelenmatrix en de sectie voor de classificatie van een stoornis in het gebruik van middelen), of de ASSIST.
- Voor het in kaart brengen van het middelengebruik en de gevolgen daarvan bij mensen met een lichte verstandelijke beperking kan de SumID-Q overwogen worden.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

4.2.2 Onderbouwing screeningsinstrumenten

Inleiding

In het kader van deze MDR wordt in deze paragraaf alleen ingegaan op zelfrapportage instrumenten die screenen op drugs (al dan niet in combinatie met alcohol). Screeners voor uitsluitend een stoornis in het gebruik van alcohol blijven dus buiten beschouwing.

Het vaststellen van een stoornis in het gebruik van middelen vereist zorgvuldig diagnostisch onderzoek. Diagnostisch onderzoek is echter tijdsintensief en kan belastend zijn voor de betrokkene. Door middel van voorafgaande screening kan voorkomen worden dat patiënten onnodig het volledige diagnostische proces doorlopen en kan worden nagegaan of er een indicatie is voor nader onderzoek.

Een screeningsinstrument dient kort te zijn en ook eenvoudig door niet-deskundigen op het betreffende gebied te kunnen worden afgenomen. Een goede screener is zowel sensitief (d.w.z. identificeert een hoog percentage van degenen met de werkelijke diagnose) als specifiek (identificeert een hoog percentage van degenen zonder de werkelijke diagnose).

Voor screening op problematisch middelengebruik of een stoornis in het gebruik van middelen hebben instrumenten die breed informeren naar meerdere middelen in veel situaties de voorkeur boven instrumenten die naar één middel informeren.

Wetenschappelijke kennis

Brede screeners voor een stoornis in het gebruik van drugs

Voor het identificeren van een stoornis in het gebruik van drugs worden de CAGE-AID,

Bron: Brown & Rounds, 1995.

de DUDIT (Drug Use Disorder Identification Test),

Bron: Berman et al., 2005.

de SDS (Severity of Dependence Scale)

Bron: Gossop et al., 1995.

en de ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)

Bron: World Health Organization, 2002.

internationaal het meest gebruikt. Van de ASSIST is ook een verkorte versie ontwikkeld: de ASSIST-LITE.

Bron: Ali et al., 2013.

Naar de bruikbaarheid van deze screeners is in Nederlandse populaties nog weinig onderzoek verricht.

Bron: Couwenbergh et al., 2009; Van der Pol et al., 2013.

Bij het beoordelen van de bruikbaarheid van deze screeners voor het breed identificeren van een stoornis in het gebruik van drugs bij volwassenen heeft de werkgroep gebruikgemaakt van de volgende studies:

- CAGE-AID: Brown & Rounds (1995); Dyson et al. (1998)
- DUDIT: Berman et al. (2005); Hildebrand (2015)
- SDS: Gossop et al. (1995); Swift et al. (1998), De Las Cuevas et al. (2000), Kaye & Darke (2002), Topp & Mattick (1997), Cuenca-Royo et al. (2012); Van der Pol et al. (2013)
- ASSIST(-LITE): Newcombe et al. (2005); Humeniuk & Ali (2006); Humeniuk et al. (2008); Ali et al. (2013)

Screeners voor een stoornis in het gebruik van cannabis

Voor het specifiek screenen op een stoornis in het gebruik van cannabis zijn verschillende korte instrumenten ontwikkeld.

Bron: Copeland et al., 2005; Legleye et al., 2007; Cuenca-Royo et al., 2012.

De Cannabis Use Disorders Test (CUDIT)

Bron: Adamson & Sellman, 2003.

wordt internationaal het meest gebruikt. Bij het beoordelen van de bruikbaarheid van de CUDIT voor het screenen op een stoornis in het gebruik van cannabis heeft de werkgroep gebruikgemaakt van de volgende studies:

- CUDIT: Adamson & Selman (2003); Adamson et al. (2010); Annaheim et al. (2008, 2010); López-Pelayo et al. (2015)

Screeners voor adolescenten

Van de genoemde screeners zijn de CAGE-AID, SDS en ASSIST ook bij adolescenten onderzocht. De CRAFFT

Bron: Knight et al., 1999.

is specifiek voor jongeren ontwikkeld. Bij het beoordelen van de bruikbaarheid van deze screeners voor het identificeren van een stoornis in het gebruik van drugs bij adolescenten heeft de werkgroep gebruikgemaakt van de volgende studies:

- CAIGE-AID: Couwenbergh et al. (2009)
- SDS: Martin et al. (2006)
- ASSIST: Gryczynski et al. (2015)
- CRAFFT: Knight et al. (1999, 2002, 2003); Dhalla et al. (2011); Rumpf et al. (2013)

Screening op middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking

Voor het screenen op middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking is in Nederland de SumID-Q (Substance Use and Misuse in Intellectual Disability Questionnaire) ontwikkeld, die informeert naar het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en stimulantia.

Bron: VanDerNagel et al., 2011.

Psychometrisch onderzoek naar het instrument is nog beperkt.

Bron: VanDerNagel et al., 2016.

Conclusies

Conclusies : Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Niveau 2:

- Het is waarschijnlijk dat de DUDIT en de ASSIST(-Lite) valide screeners zijn voor het in brede zin detecteren van problematisch drugsgebruik of een stoornis in het gebruik van drugs bij volwassenen. De bruikbaarheid van de CAGE-AID is bij volwassenen onvoldoende onderzocht, en het onderzoek naar de SDS betreft in vrijwel alle gevallen screening op één middel.
- A1: Hildebrand (2015)
- A2: Brown & Rounds (1995); Dyson et al. (1998); Newcombe et al. (2005); Humeniuk & Ali (2006); Humeniuk et al. (2008); Ali et al. (2013)

Niveau 2:

- De CRAFFT, CAGE-AID en ASSIST zijn waarschijnlijk valide tests voor het gelijktijdig screenen op alcohol- en drugsgerelateerde stoornissen of problematiek bij adolescenten.
- A1: Dhalla et al. (2011)
- A2: Knight et al. (2002, 2003, 2007); Couwenbergh et al. (2009); Rumpf et al. (2013); Gryczynski et al. (2015)

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de bruikbaarheid van de SumID-Q voor het identificeren van een stoornis in het gebruik van middelen bij mensen met een lichte verstandelijke beperking.
- C: VanDerNagel et al. (2016)

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen screeningsinstrumenten](#).

4.2.3 Overwegingen screeningsinstrumenten

Voor het in kaart brengen van de aard en omvang van het middelengebruik wordt in de Nederlandse verslavingszorg het meest gebruikgemaakt van de MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) voor volwassenen

Bron: Schippers & Broekman, 2007; Schippers et al., 2010, 2011.

of de MATE-Y voor jongeren.

Bron: Schippers & Broekman, 2013a, 2013b.

In de middelenmatrix van de MATE(-Y) wordt naar zowel het 'lifetime' als recent gebruik van specifieke middelen geïnformeerd. De MATE(-Y) bevat bovendien een module voor de (DSM-) classificatie van een stoornis in het gebruik van middelen. Omdat het hierbij strikt genomen niet om een screener gaat maar om een algemeen diagnostisch instrument, wordt de MATE(-Y) in [Classificatie en diagnostiek](#) besproken.

De DUDIT en ASSIST/ASSIST-Lite bij volwassenen en de CRAFFT, CAGE-AID en ASSIST bij adolescenten zijn qua sensitiviteit en specificiteit onderling grotendeels vergelijkbaar, dus de keuze voor het te gebruiken instrument is vooral afhankelijk van praktische overwegingen.

De DUDIT, ASSIST-LITE, CRAFFT en CAGE-AID kunnen in 2-5 minuten afgenomen worden. Bij de volledige ASSIST varieert de afnameduur van 5 tot 15 minuten, afhankelijk van het aantal gebruikte middelen (doorvraagstructuur).

De CRAFFT, CAGE-AID en DUDIT bevatten geen of beperkte informatie over welke specifieke middelen de betrokkene heeft gebruikt. In de ASSIST en de middelenmatrix van de MATE(-Y) wordt wél naar het gebruik van specifieke middelen geïnformeerd.

Van de besproken buitenlandstalige screeners is alleen van de DUDIT een geautoriseerde Nederlandse vertaling beschikbaar (Kraanen, 2008). Van de CAGE-AID, CRAFFT, SDS, ASSIST en CUDIT zijn Nederlandse versies beschikbaar, maar deze zijn – voor zover ons bekend – niet geautoriseerd. Met uitzondering van de SumID-Q zijn aan het gebruik van de screeners geen kosten verbonden.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen screeningsinstrumenten](#).

4.2.4 Uitgangsvraag en aanbevelingen settings waarin screening op problematisch drugsgebruik is aangewezen

Uitgangsvraag: In welke settings is screening op problematisch drugsgebruik aangewezen?

Aanbevelingen

- Gezien de relatief hoge prevalentie van een stoornis in het gebruik van middelen bij patiënten in de algemene GGz is in deze setting systematisch screenen op tabaksgebruik en problematisch alcohol- en drugsgebruik aangewezen. Dat geldt in het bijzonder voor patiënten met een psychotische stoornis, angst- of stemmingsstoornis (inclusief bipolaire stoornis), posttraumatische stressstoornis, ADHD, antisociale of borderline persoonlijkheidsstoornis, en voor patiënten die voor hun psychische problemen in een opnamesetting in de GGz behandeld worden.
- Systematische screening op tabaksgebruik en problematisch alcohol- en drugsgebruik is eveneens aangewezen bij adolescenten in de jeugdzorg en jeugd-GGz, en in justitiële settings en spoedeisende hulpafdelingen van algemene ziekenhuizen.
- In de setting van vrijgevestigde psychologen/psychotherapeuten is het raadzaam om bij alle

patiënten te informeren naar het gebruik van tabak, alcohol en drugs, en afhankelijk van de bevindingen, dit gebruik met de patiënt te bespreken, eventueel aan de hand van afname van een screeningsinstrument.

- Gezien de lage prevalentie is standaard screenen op problematisch gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy en GHB in de huisartspraktijk niet aangewezen. Bij patiënten met psychische klachten of patiënten met chronisch gebruik van een benzodiazepine is het raadzaam dat de huisarts, of – indien beschikbaar – de POH-GGz het gebruik van tabak, alcohol en drugs (inclusief benzodiazepines) in de anamnese uitvraagt.
- Aanbevolen wordt om huisartspatiënten met een stoornis in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy of GHB door te verwijzen naar de verslavingszorg. Behandeling van patiënten met chronisch gebruik van een benzodiazepine kan in principe plaatsvinden in de huisartspraktijk; bij onvoldoende resultaat wordt aanbevolen door te verwijzen naar de verslavingszorg.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(= onderbouwing\)](#) en [Overwegingen](#).

4.2.5 Onderbouwing settings waarin screening op problematisch drugsgebruik is aangewezen

Wetenschappelijke kennis

Screening op een stoornis in het gebruik van middelen kan in de (geestelijke) gezondheidszorg op systematische wijze bij alle patiënten plaatsvinden, of selectief (geïndiceerd) – alleen onder degenen bij wie een vermoeden bestaat op aanwezigheid van de stoornis. Het onderzoek naar de voor- en nadelen van beide benaderingen is beperkt.

Bron: Boonstra et al, 2009; Wasserman et al., 2009; McAweeney et al., 2010.

Screening op een stoornis in het gebruik van middelen is alleen zinvol wanneer de prevalentie van de stoornis in de gescreende populatie hoog genoeg is en het om een behandelbare aandoening gaat. Om die redenen is standaard screening in de huisartspraktijk op problematisch gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy of GHB niet aangewezen. De bevindingen uit onderzoek naar standaardscreening en daarop gebaseerde korte interventies in de huisartspraktijk met betrekking tot illegale drugs zijn daarvoor te negatief.

Bron: Roy-Byrne et al., 2014; Saitz et al., 2014; Gelberg et al., 2015; Saitz, 2015.

Wat betreft benzodiazepines is er wél enige aanwijzing dat een korte interventie in de huisartspraktijk effectief kan zijn

Bron: NHG-werkgroep Slaapproblemen en Slaapmiddelen, 2014.

(zie ook [Benzodiazepines](#)).

Bij huisartspatiënten met psychische klachten en patiënten van vrijgevestigde psychologen/psychotherapeuten kunnen hogere prevalenties van problematisch middelengebruik verwacht worden, maar goed onderzoek hiernaar ontbreekt. Het is daarom raadzaam om bij deze patiënten het gebruik van alcohol en drugs (inclusief benzodiazepines) altijd uit te vragen.

In de algemene GGz, bij adolescenten in de jeugdzorg en jeugd-GGz, en in justitiële settings en op spoedeisende hulpafdelingen van algemene ziekenhuizen is de prevalentie van risicovol of problematisch drugsgebruik op voorhand hoog genoeg om systematische screening te rechtvaardigen (zie: [Addendum Stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen](#)).

Conclusie

Conclusie: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Niveau 1:

- In de huisartspraktijk en op spoedeisende hulpafdelingen van algemene ziekenhuizen leidt systematische screening op risicovol of problematisch gebruik van illegale drugs, gevolgd door een kortdurende interventie bij geïdentificeerde cases, niet tot klinisch relevante afname van het drugsgebruik.
- A1: Bernstein et al. (2005); Bogenschutz et al. (2014); Roy-Byrne et al. (2014); Saitz et al. (2014); Gelberg et al. (2015); Saitz (2015)

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- Volgens de professionals zou in de huisartspraktijk in voorkomende gevallen (geïndiceerd) veel vaker en beter gescreend moeten worden op problematisch middelengebruik. Het is hierbij van belang dat de huisartsen voldoende op de hoogte zijn van de risicofactoren van problematisch middelengebruik. Daarvoor is steun nodig vanuit de verslavingszorg, in de vorm van onder andere het organiseren en verzorgen van (bij)scholing aan huisarts en POHs-GGz in de regio. Wanneer gewenst, bijvoorbeeld wanneer de huisarts zich onvoldoende bekwaam acht op dit gebied, kan gebruikgemaakt worden van (eenvoudige) vragenlijsten, als hulpmiddel en als opening voor het

starten van een diagnostisch gesprek.

- Mensen met een stoornis in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy of GHB zouden volgens de professionals niet in de huisartspraktijk behandeld moeten worden, maar in principe doorverwezen moeten worden naar de verslavingszorg.

Ervaringskennis

In de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen/patiëntenvertegenwoordigers is de vraag naar de settings waarin screening op problematisch drugsgebruik aangewezen is, niet aan de orde gekomen.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen settings waarin screening op problematisch drugsgebruik is aangewezen](#).

4.2.6 Overwegingen settings waarin screening op problematisch drugsgebruik is aangewezen

Bij huisartspatiënten met chronisch gebruik van een benzodiazepine is er enige aanwijzing dat geleidelijke dosisreductie effectief is in het staken van het benzodiazepinegebruik. In de tweede herziening van de NHG-Standaard Slaapproblemen en Slaapmiddelen (2014) wordt geadviseerd om patiënten met chronisch slaapmiddelengebruik in de huisartspraktijk te verwijzen naar de GGz of verslavingszorg, indien zij geen baat hadden bij de geleidelijke dosisreductie, of als er sprake is van veel hogere dan de gebruikelijke doseringen, snelle toename van het gebruik, receptvervalsing, of aanwezigheid van andere verslavingsproblematiek. Verder is relevant dat in de derde herziening van de NHG-Standaard Problematisch Alcoholgebruik

Bron: Boomsma et al., 2014.

niet langer wordt aanbevolen om een gestandaardiseerde screener te gebruiken voor het verkrijgen van een indruk over de mate van alcoholgebruik, omdat deze geen meerwaarde heeft boven een gerichte anamnese naar het gebruik van alcohol.

Bron: Boomsma et al., 2014.

Over het screenen in de huisartspraktijk op het gebruik van drugs (inclusief chronisch gebruik van benzodiazepines) worden in beide NHG-standaarden geen aanbevelingen gedaan.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen settings waarin screening op problematisch drugsgebruik is aangewezen](#).

4.3 Classificatie en diagnostiek

4.3.1 Algemene inleiding

Het in kaart brengen van de kenmerken, problematiek en hulpbehoefte van de patiënt vereist zorgvuldig diagnostisch onderzoek. Het gebruik van gestructureerde instrumenten heeft daarbij belangrijke voordelen. Het stimuleert het systematisch uitvragen van de problematiek van de patiënt, beperkt de 'interviewer bias', en is mede daardoor gevoeliger voor het detecteren van psychiatrische en andere aandoeningen dan een niet-gestructureerde klinische evaluatie.

Bron: Wittchen, 1994; Martin et al., 2000; Ramirez Basco et al., 2000; Meyer et al., 2001; Miller, 2001; Scholte et al., 2001; Williams et al., 2002; Brondbo et al., 2012.

Toepassing van gestructureerde instrumenten leidt daarmee tot een beter op de behoeften van de patiënt afgestemd zorgaanbod en maakt het mogelijk dat de vorderingen van de patiënt tijdens de behandeling systematisch gevolgd kunnen worden, en de behandeling – wanneer nodig – bijgesteld kan worden.

Bron: Hengeveld et al., 2015.

In de onderstaande paragrafen wordt achtereenvolgens ingegaan op specifieke instrumenten voor het classificeren van stoornissen in het gebruik van middelen, algemene diagnostische instrumenten die de voor de diagnose relevante kenmerken breder vaststellen, instrumenten voor het vaststellen van beperkingen in het functioneren (activiteiten en participatie), instrumenten voor het vaststellen van de mate van het persoonlijk herstel en, ten slotte, instrumenten voor het screenen op en vaststellen van psychiatrische comorbiditeit.

4.3.2 Uitgangsvraag en aanbevelingen classificatie van stoornissen in het gebruik van middelen

Uitgangsvraag: Welke instrumenten zijn geschikt voor de classificatie van stoornissen in het gebruik van middelen?

Aanbeveling

- De werkgroep beveelt aan een gestructureerd instrument te gebruiken voor de classificatie van stoornissen in het gebruik van middelen. De MATE bevat hiervoor een module overeenkomstig de DSM-IV en DSM-5 die gebaseerd is op de CIDI.

Deze aanbeveling is gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

4.3.3 Onderbouwing classificatie van stoornissen in het gebruik van middelen

Wetenschappelijke kennis

Het Composite International Diagnostic Interview,

Bron: CIDI; World Health Organization, 1990; 1997.

Structured Clinical Interview for DSM-IV

Bron: SCID; First et al., 1994.

en het Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Bron: Lecrubier et al., 1997; Sheehan et al., 1997.

bevatten alle een sectie over stoornissen in het gebruik van middelen en worden in onderzoek veel gebruikt.

Bron: Haro et al., 2006.

Voor de classificatie 'stoornissen in het gebruik van middelen' wordt in de Nederlandse verslavingszorg het meest gebruikgemaakt van de module 4 van de MATE,

Bron: Schippers et al., 2011.

die gebaseerd is op vragen van de sectie van de CIDI 2.1.

Bron: World Health Organization, 1997.

Voor het vaststellen van stoornissen in het gebruik van middelen bij adolescenten wordt – naast de CIDI en SCID – gebruikgemaakt van het Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV)

Bron: Shaffer et al., 2000

en het Adolescent Diagnostic Interview (ADI).

Bron: Winters, 2000; Winters & Henly, 1993.

Van zowel de DISC-IV als ADI is een geautoriseerde Nederlandse vertaling beschikbaar.

Bron: Ferdinand & Van der Ende, 2002; Brusse & Hendriks, 2005.

Over de betrouwbaarheid van de sectie,

Bron: Martin et al., 2000; Winters et al., 1993.

stoornissen in het gebruik van middelen van de CIDI, SCID en ADI zijn enige gegevens beschikbaar, maar deze ontbreken ten aanzien van de DISC-IV. Met betrekking tot de convergente validiteit van de middelensectie in de instrumenten bij adolescenten zijn enkele gegevens beschikbaar over de CIDI en ADI.

Bron: Kessler et al., 2009; Winters et al., 1993.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Niveau 2:

- Het gebruik van een gestructureerd diagnostisch interview stimuleert het systematisch uitvragen

van de diagnostische criteria voor stoornissen in het gebruik van middelen en beperkt de 'interviewer bias', hetgeen veelal leidt tot een hogere betrouwbaarheid van de diagnose, in vergelijking met een niet-gestructureerde klinische evaluatie.

- B: Winters et al. (1993); Martin et al. (2000); Ramirez Basco et al. (2000); Miller (2001); Scholte et al. (2001); Brondbo et al. (2012)

Niveau 2:

- Op grond van de huidige literatuur kan niet vastgesteld worden of de betrouwbaarheid van gestructureerde diagnostische interviews voor stoornissen in het gebruik van middelen onderling verschilt.
- B: Winters et al. (1993); Martin et al. (2000); Ramirez Basco et al. (2000); Miller (2001); Scholte et al. (2001); Brondbo et al. (2012)

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- De professionals verschillen van mening over de vraag of het gebruik van gestandaardiseerde instrumenten (screening, diagnostiek) in het proces van intake, diagnostiek en indicatiestelling wenselijk is. Er wordt hierbij verschillend gedacht over zowel het nut van gestandaardiseerde instrumenten als zodanig, als de toegevoegde waarde van gestandaardiseerde instrumenten om het functioneren en de problemen van de patiënt op uiteenlopende domeinen breed te inventariseren (zie onderstaande).
- In de focusgroep van professionals is een minderheid van mening dat gespreksvoering en open diagnostische gesprekken door verslavingsartsen, klinisch psychologen en psychiaters de voorkeur verdienen boven het afnemen van gestandaardiseerde instrumenten. Zoals verwoord bij dit standpunt dienen alleen behandelaren met brede expertise en kennis van het behandel aanbod aan de voordeur ingezet te worden. Zij houden een open gesprek, zonder vaste instrumenten (met uitzondering van het ROM-instrumentarium), gericht op de vragen, hersteldoelen en wensen van de patiënt. Uiteindelijk bepaalt de patiënt de keuze voor het type behandeling, binnen de opties die de behandelaar professioneel kan verantwoorden.
- De meeste professionals in de focusgroep zijn van mening dat het gebruik van gestandaardiseerde instrumenten bij de diagnostiek en triage wél toegevoegde waarde heeft. Ook deskundige behandelaren hebben 'blinde vlekken' en hebben daarom gestandaardiseerde instrumenten nodig. Zoals verwoord bij dit standpunt, kunnen de gestandaardiseerde instrumenten eventueel ook door een verpleegkundig specialist of anderszins gekwalificeerde behandelaar worden afgenomen. Op die wijze kan screening en eerste indicatiestelling plaatsvinden. Vervolgens vindt medische en psychiatrische screening plaats door de verslavingsarts en psychologische of psychiatrische diagnostiek door de psycholoog of – wanneer uitgebreidere psychiatrische diagnostiek noodzakelijk is – door de psychiater. De meeste professionals in de focusgroep vinden de uniformiteit van de MATE voor de Nederlandse verslavingszorg een belangrijk voordeel, maar zijn ook van mening dat de MATE in de huidige vorm nog geen optimaal instrument is en doorontwikkeld zou moeten worden om de bruikbaarheid en patiëntvriendelijkheid van het instrument te verbeteren.

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen als volgt samen:

- In de intake wordt vaak gebruikgemaakt van standaard vragenlijsten. De meeste ervaringsdeskundigen in de focusgroep ervaren dit niet als een probleem, maar vinden wel dat de intaker of de behandelaar beter moet uitleggen voor welk doel de vragenlijsten worden afgenomen. Ook moet de intaker of behandelaar de informatie uit de vragenlijsten beter terugkoppelen naar de cliënt.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#) classificatie van stoornissen in het gebruik van middelen.

4.3.4 Overwegingen classificatie van stoornissen in het gebruik van middelen

Vanaf 2017 is een diagnose volgende de criteria van de DSM-5 verplicht in de Nederlandse GGz.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#) classificatie van stoornissen in het gebruik van middelen.

4.3.5 Uitgangsvraag en aanbevelingen algemene diagnostische instrumenten

Uitgangsvraag: Welke algemene diagnostische instrumenten zijn geschikt voor de diagnostiek van stoornissen in het gebruik van middelen?

Aanbeveling

- De werkgroep beveelt de MATE en MATE-Y aan om bij intake de voor de diagnose relevante patiëntkenmerken in kaart te brengen.

Deze aanbeveling is gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

4.3.6 Onderbouwing algemene diagnostische instrumenten

Wetenschappelijke kennis

Voor het vaststellen van relevante kenmerken voor de diagnose zijn in Nederland de Addiction Severity Index (ASI) en daarvan afgeleide instrumenten beschikbaar en de MATE voor volwassenen

Bron: Schippers et al., 2011.

of de MATE-Y voor jongeren.

Bron: Schippers & Broekman, 2013a.

Vanwege kritiek op de (Europese versie van de) ASI

Bron: Mäkelä, 2004; Schippers et al., 2004.

en het beschikbaar komen van een alternatief wordt de ASI in Nederland nauwelijks of niet meer gebruikt en laten we deze in het vervolg buiten beschouwing.

De MATE is semi-gestructureerd interview waarin verschillende deelinstrumenten zijn opgenomen: een middelenmatrix waarmee de aard en omvang van het middelengebruik in kaart wordt gebracht, de alcohol/drugssectie van de CIDI ten behoeve van (DSM) classificatie, de MAP (Maudsley Addiction Profile) als casefinder van somatische klachten, de DASS (Depression, Anxiety and Stress Scales) als casefinder voor psychiatrische comorbiditeit, een aantal interviewvragen voor het bepalen van een indicatie voor een psychiatrisch/psychologisch consult, de SAPAS (Standardized Assessment of Personality- Abbreviated Scale) als screener voor persoonlijkheidsstoornissen, de MfT (Motivation for Treatment) voor het vaststellen van de behandelmotivatie, de OCDS (Obsessive Compulsive Drinking Scale) als cravinglijst en de MATE-ICN voor het vaststellen van beperkingen in activiteiten en participatie (functioneren). Voor jongeren tot en met 22 jaar is de MATE-Y

Bron: Schippers & Broekman, 2013a, 2013b.

ontwikkeld, die bestaat uit dezelfde – maar voor jongeren aangepaste – modules als de MATE. De afnameduur van de MATE(-Y) bedraagt 40-80 minuten en training is noodzakelijk.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Niveau 3:

- Er zijn enige aanwijzingen dat de MATE een geschikt instrument is om voor de diagnose relevante patiëntkenmerken van volwassenen vast te leggen in de intake in de verslavingszorg. Het bevat naast goed gevalideerde deelinstrumenten ook modules die nog weinig zijn onderzocht, zoals de

MATE-ICN module over activiteiten en participatie, waardoor de relevantie van het toepassen van deze module moeilijk te beoordelen is. Het gebruik van een semi gestructureerd interview zoals de MATE blijft te prefereren boven niet-gestructureerde diagnostiek.

- B: Buchholz et al. (2009); Schippers et al. (2007, 2010, 2011)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat de MATE-Y een geschikt instrument is om voor de diagnose relevante patiëntkenmerken van jongeren vast te leggen in de intake in de verslavingszorg, Het bevat naast goed gevalideerde deelinstrumenten ook modules die nog niet zijn onderzocht, zoals de MATE-ICN over activiteiten en participatie, waardoor de relevantie van het toepassen van deze module moeilijk te beoordelen is. Het gebruik van een semi gestructureerd interview zoals de MATE-Y blijft te prefereren boven niet-gestructureerde diagnostiek.
- C: Schippers & Broekman (2013a, 2013b)

Professionele kennis

Hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals ten aanzien van de instrumenten voor classificatie van stoornissen in het gebruik van middelen (zie [Onderbouwing classificatie van stoornissen in het gebruik van middelen: professionele kennis](#)) is eveneens van toepassing op de algemene diagnostische instrumenten.

Ervaringskennis

Hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen ten aanzien van de instrumenten voor classificatie van stoornissen in het gebruik van middelen (zie [Onderbouwing classificatie van stoornissen in het gebruik van middelen: ervaringskennis](#)) is eveneens van toepassing op de algemene diagnostische instrumenten.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen algemene diagnostische instrumenten.](#)

4.3.7 Overwegingen algemene diagnostische instrumenten

Het is van belang om de problematiek van de patiënt breed, gestructureerd en betrouwbaar in kaart te brengen, dit binnen Nederland op dezelfde wijze te doen en daarbij bij voorkeur aan te sluiten bij wat internationaal gebruikelijk is. De MATE bevat aangetoond betrouwbare onderdelen zoals de CIDI, de MAP, de MFT, de OCDS en de DASS, maar ook nog beperkt onderzochte modules, zoals de MATE ICN. De MATE is qua opzet bij uitstek geschikt voor toepassing van algoritmes voor de indicatiestelling, zoals onder andere ontwikkeld door het expertisecentrum Resultaten Scoren.

Bron: DeWildt et al., 2002.

Meerdere modules van de MATE zijn door de Stichting Benchmark GGz (SBG) geaccepteerd voor routine outcome monitoring (ROM). De MATE heeft als voordeel dat het instrument in Nederland is ontwikkeld en met Nederlandse kennis en ervaring verder ontwikkeld kan worden.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen algemene diagnostische instrumenten](#).

4.3.8 Uitgangsvraag en aanbevelingen beperkingen in activiteiten en participatie (functioneren)

Uitgangsvraag: Welke instrumenten zijn geschikt voor het vaststellen van beperkingen in activiteiten en participatie (functioneren)?

Aanbevelingen

- Voor het vaststellen van beperkingen in functioneren, zorgbehoeften en beïnvloedende factoren op uiteenlopende domeinen van activiteiten en participatie bij patiënten in de verslavingszorg beveelt de werkgroep de MATE-ICN aan.
- De werkgroep beveelt aan de MATE-ICN nader te onderzoeken op betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid in de verslavingszorg.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

4.3.9 Onderbouwing beperkingen in activiteiten en participatie (functioneren)

Wetenschappelijke kennis

Beperkingen in het functioneren (activiteiten en participatie) op belangrijke levensgebieden zoals sociale relaties, arbeid, huisvesting, zelfverzorging, scholing en inkomen zijn een minstens zo belangrijke indicator van de behoefte aan (geestelijke) gezondheidszorg als de ziektediagnose. In de behandeling, begeleiding en ondersteuning van patiënten zal aan deze beperkingen aandacht geschonken moeten worden. Verbeteren van functioneren als autonoom doel van hulpverlening past tevens in het herstelconcept als uitgangspunt van deze MDR.

Voor het vaststellen van beperkingen in functioneren wordt in de Nederlandse verslavingszorg het meest gebruikgemaakt van de MATE-ICN. De psychometrische kwaliteit van de MATE-ICN is in slechts enkele studies onderzocht.

Bron: Schippers & Broekman, 2007; Schippers et al., 2010, 2011; Buchholz et al., 2009.

De WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule) is een door de Wereldgezondheidsorganisatie ontwikkeld, op de WHO-ICF gebaseerd, generiek instrument om het functioneren en beperkingen in het functioneren vast te stellen bij mensen in de algemene bevolking en in klinische populaties.

Bron: Üstün et al., 2010.

De psychometrische eigenschappen van de WHODAS 2.0 zijn in een recente systematische review van 48 studies onderzocht.

Bron: Federici et al., 2016.

Wiersma et al. (2015) ontwikkelden een beoordelingsinstrument ter vaststelling van functionele remissie bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening. De psychometrische kwaliteit van het instrument is slechts in één studie onderzocht.

Bron: Wiersma et al., 2015.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Niveau 1:

- Het is aangetoond dat de WHODAS 2.0 een valide instrument is voor het vaststellen van beperkingen in functioneren, nader gespecificeerd op vijf domeinen van activiteiten en participatie en dat van mobiliteit.
- A1: Federici et al. (2016)

Niveau 3:

- Er zijn aanwijzingen dat de MATE-ICN een valide beoordelingsinstrument is voor het vaststellen van beperkingen in functioneren, zorgbehoeften en factoren van invloed, nader gespecificeerd op een groot aantal domeinen van activiteiten en participatie.
- B: Schippers & Broekman (2007); Schippers et al., 2010, 2011); Buchholz et al. (2009); Kufner et al. (2009)

Niveau 3

- Er is enige aanwijzing dat de schaal Functionele Remissie een valide beoordelings-instrument is voor het vaststellen van remissie op drie globale domeinen van sociaal functioneren en maatschappelijke participatie bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening.
- B: Wiersma et al. (2015)

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen beperkingen in activiteiten en participatie \(functioneren\)](#).

4.3.10 Overwegingen beperkingen in activiteiten en participatie (functioneren)

Het vaststellen van beperkingen in activiteiten en participatie (functioneren) is van toenemend belang omdat deze beperkingen een onontbeerlijk onderdeel vormen van vooraf voorspelde zorgconsumptie, onder andere van belang bij de financiering van de GGz. De WHO-ICF biedt hiervoor een conceptueel kader. De beschikbare instrumenten om de beperkingen vast te leggen verschillen sterk in dekking (aantal domeinen) en in precisie. De WHODAS 2.0 is een generiek instrument om het functioneren en beperkingen in het functioneren vast te stellen bij mensen in de algemene bevolking en in klinische populaties, maar wordt in de Nederlandse GGz niet of nauwelijks gebruikt. De MATE-ICN is evenals de WHODAS 2.0 gebaseerd op de WHO-ICF, en wordt als onderdeel van de MATE veel gebruikt in de Nederlandse verslavingszorg.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen beperkingen in activiteiten en participatie \(functioneren\)](#).

4.3.11 Uitgangsvraag en aanbevelingen persoonlijk herstel

Uitgangsvraag: Welke instrumenten zijn geschikt voor het in kaart brengen van de mate van persoonlijk herstel?

Aanbevelingen:

- Er zijn op dit moment geen in de Nederlandse gezondheidszorg beproefde instrumenten beschikbaar voor het vaststellen van verandering in belangrijke aspecten van persoonlijk herstel.
- Instrumenten die in aanmerking kunnen komen voor het vaststellen van verandering in persoonlijk herstel zijn vooralsnog de RAS, de NHS, de MHRM en de I-ROC, maar er is op dit gebied veel ontwikkelactiviteit die in de toekomst tot nieuwe instrumenten kan leiden.
- Voor het vaststellen van de mate waarin patiënten de ontvangen zorg als ondersteunend ervaren voor hun (persoonlijk) herstel is de INSPIRE beschikbaar.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

4.3.12 Onderbouwing persoonlijk herstel

Wetenschappelijke kennis

Leamy et al. (2011) maakten een conceptuele analyse van het begrip persoonlijk herstel op basis van een systematisch onderzoek van 97 publicaties. Zij onderscheiden bij persoonlijk herstel vijf aspecten, samengevat in het acroniem CHIME.

CHIME.: CHIME: Connectedness, Hope, Identity, Meaning, Empowerment.

Het gaat om het verwerven van:

- verbondenheid
- hoop en optimisme over de toekomst
- identiteit
- betekenis in het levenempowerment

Op basis van reviews van Burgess et al. (2011) en Shanks et al. (2013) en de beschikbaarheid van een Nederlandse vertaling komen voor het meten van persoonlijk herstel de volgende instrumenten in aanmerking: de Recovery Assessment Scale (RAS),

Bron: Corrigan et al., 1999, 2004; Girard et al., 2015.

de Questionnaire about Process of Recovery (QPR)

Bron: Neil et al., 2009; Williams et al., 2015.

en de Nederlandse aangepaste versie van de QPR – de Nederlandse Herstelschaal (NHS),

Bron: Van Gestel et al., 2015.

de Mental Health Recovery Measure (MHRM),

Bron: Young & Bullock, 2005; Van Nieuwenhuizen et al., 2013.

en de recent ontwikkelde Individual Recovery Outcomes Counter (I-ROC).

Bron: Ion et al., 2013.

De INSPIRE

Bron: Williams et al., 2015.

is specifiek ontwikkeld voor het vaststellen van de mate waarin de behandelaar het herstel van de patiënt volgens de betrokken patiënt ondersteunt.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Niveau 3:

- Er zijn enige aanwijzingen dat de RAS een valide en betrouwbaar instrument is voor het vaststellen van enkele belangrijke aspecten van persoonlijk herstel.
- B: Corrigan et al. (1999, 2004); Girard et al. (2015).

Niveau 3:

- Er zijn enige aanwijzingen dat de QPR, aangevuld met enkele items in Nederland beschikbaar als de Nationale Herstelschaal, een valide en betrouwbaar instrument is voor het vaststellen van enkele belangrijke aspecten van persoonlijk herstel.
- B: Neil et al. (2009); Williams et al. (2015); Van Gestel et al. (2015).

Niveau 3:

- Er zijn enige aanwijzingen dat de MHRM een valide en betrouwbaar instrument is voor het vaststellen van enkele belangrijke aspecten van persoonlijk herstel.
- B: Young & Bullock (2005); van Nieuwenhuizen et al. (2013)

Niveau 3:

- Er zijn enige aanwijzingen dat de I-ROC een valide en betrouwbaar instrument is voor het vaststellen van alle aspecten van persoonlijk herstel.
- B: Ion et al. (2013); Monger et al. (2013)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat de INSPIRE een valide en betrouwbaar instrument is voor het vaststellen van de mate waarin patiënten hun zorg en behandeling ervaren als ondersteunend voor hun (persoonlijk) herstel.
- B: Williams et al. (2015)

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen persoonlijk herstel](#).

4.3.13 Overwegingen persoonlijk herstel

Er zijn op dit moment enkele instrumenten die het concept 'persoonlijk herstel' voldoende breed

dekken en die in Nederland onderzocht zijn of worden. De psychometrische kwaliteiten van de beschikbare instrumenten zijn echter nog onvoldoende bekend, er zijn geen duidelijk superieure instrumenten op dit gebied, en de instrumenten worden nog te weinig gebruikt in de praktijk van de zorg om één van de instrumenten aan te kunnen bevelen. Bovendien is er op dit gebied veel ontwikkelactiviteit die in de toekomst tot nieuwe instrumenten kan leiden.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen persoonlijk herstel](#).

4.3.14 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychiatrische comorbiditeit

Uitgangsvraag: Welke instrumenten zijn geschikt voor het screenen op en het diagnosticeren van psychiatrische comorbiditeit bij personen met een stoornis in het gebruik van middelen?

Aanbevelingen

- Voor het verkrijgen van een indicatie over de aanwezigheid van psychiatrische comorbiditeit bij volwassenen in de intake van de verslavingszorg beveelt de werkgroep aan gebruik te maken van module 2 ('Indicaties Psychiatrisch en Medisch Consult') en module Q2 – de DASS – van de MATE, en bij jongeren hiervoor gebruik te maken van module 2 ('Indicatie Psychiatrische Stoornissen Jongeren'; IPSJ) van de MATE-Y. De DASS lijkt bij personen met een stoornis in het gebruik van middelen ook bruikbaar voor het identificeren van een comorbide posttraumatische stressstoornis.
- Voor het vaststellen van comorbide DSM-IV/5 psychiatrische stoornissen bij personen met een stoornis in het gebruik van middelen beveelt de werkgroep gestructureerde diagnostiek aan, met instrumenten als de CIDI, de SCID of de MINI(-Plus) voor volwassenen en de DISC-IV voor jongeren.
- Voor het vaststellen van DSM-IV/5 persoonlijkheidsstoornissen beveelt de werkgroep aan gebruik te maken van de SCID-II, de SIDP of de IPDE.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

4.3.15 Onderbouwing psychiatrische comorbiditeit

Wetenschappelijke kennis

De aanwezigheid van comorbide psychiatrische stoornissen is meer regel dan uitzondering bij patiënten met een stoornis in het gebruik van drugs. Omdat psychiatrische comorbiditeit invloed heeft op zowel het korte als lange termijn behandelbeleid, verdient het aanbeveling bijkomende psychiatrische stoornissen vanaf het begin van de behandeling goed in kaart te brengen en het behandelbeleid overeenkomstig aan te passen. De werkgroep beveelt daarbij getrapte diagnostiek aan.

Bron: Hengeveld et al., 2015.

In het, bij deze MDR behorende, Addendum Stoornissen in middelengebruik in combinatie met

andere psychiatrische aandoeningen wordt nader ingegaan op psychiatrische comorbiditeit.

Screening op psychiatrische comorbiditeit

Voor het breed screenen op psychiatrische comorbiditeit is een beperkt aantal instrumenten ontwikkeld die rechtstreeks afgeleid zijn van gestructureerde diagnostische interviews. Het gaat hierbij om een screeningsversie van de CIDI, voor toepassing bij volwassenen: de CIDI Screening Scales,

Bron: Kessler et al., 2013.

en om een screeningsversie van de DISC, voor toepassing bij jongeren: de DISC Predictive Scales.

Bron: Lucas et al., 2001; Chen et al., 2005.

Het onderzoek naar de bruikbaarheid van deze screeners is beperkt.

Bron: Chen et al., 2005; Kessler et al., 2012.

De in de MATE voor volwassenen opgenomen module 2 ('Indicaties Psychiatrisch en Medisch Consult') en module Q2 – de DASS – geven een indicatie of nader psychiatrisch onderzoek vereist is op grond van de al dan niet aanwezigheid van een reeks ernstige symptomen. De voorspellende waarde van deze modules is echter nog nauwelijks onderzocht. In recent onderzoek onder personen met een stoornis in het gebruik van middelen bleek de DASS, een algemene screener voor depressie, angst en stress, ook in voldoende mate sensitief en specifiek te zijn voor het identificeren van een comorbide posttraumatische stressstoornis.

Bron: Kok et al., 2015.

De MATE-Y

Bron: Schippers & Broekman, 2013a.

bevat voor screening op psychiatrische comorbiditeit de module 'Indicatie Psychiatrische Stoornissen

Jongeren' ([IPSJ](#)). De IPSJ is afgeleid van de DISC-IV

Bron: Shaffer et al., 2000.

en geeft op basis van in Amerikaans onderzoek gehanteerde drempelwaarden

Bron: Chen et al., 2005.

een indicatie van de aanwezigheid van 10 psychiatrische stoornissen die bij jongeren met middelenproblematiek vaak voorkomen.

Bron: Schippers & Broekman, 2013b.

Classificatie en diagnostiek van psychiatrische comorbiditeit

Voor classificatie van (bijkomende) psychiatrische stoornissen wordt naast de CIDI en SCID in onderzoek veel gebruikgemaakt van het Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).

Bron: Lecrubier et al., 1997; Sheehan et al., 1997.

De MINI is een gestructureerd diagnostisch interview dat veel overeenkomst vertoont met de CIDI, maar in kortere tijd kan worden afgenomen. Van de MINI is tevens een uitgebreidere versie beschikbaar, de MINI-Plus, waarin in de sectie stoornissen in het gebruik van middelen ook geïnformeerd wordt naar 'lifetime' stoornissen.

Wanneer aangewezen, kan voor de diagnostiek van comorbide DSM-IV/5 As I psychiatrische stoornissen eveneens gebruikgemaakt worden van de CIDI, SCID of de MINI(-Plus). Voor de diagnostiek van As II stoornissen kan gebruikgemaakt worden van het Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II),

Bron: First et al., 1997.

het Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV)

Bron: Pfohl et al., 1997.

of de International Personality Disorder Examination (IDPE).

Bron: Loranger et al., 1994.

Bij jongeren kan voor nadere diagnostiek gebruik worden gemaakt van de DISC-IV.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Niveau 1:

- Het is aangetoond dat de SCID, de CIDI, de MINI(-Plus) (voor volwassenen) en de DISC-IV (voor jongeren) valide instrumenten zijn voor het vaststellen van psychiatrische comorbiditeit.
- A2: World Health Organization (1990, 1997); First et al. (1994, 1997); Loranger et al. (1994); Lecrubier et al. (1997); Sheenan et al. (1997); Pfohl et al. (1997); Shaffer et al. (2000)

Niveau 3:

- Er zijn aanwijzingen dat de Indicatie Psychiatrische Stoornissen Jongeren (IPSJ) een valide instrument is voor het screenen op psychiatrische stoornissen bij jongeren.
- A2: Shaffer et al. (2000); Lucas et al. (2001); Chen et al. (2005)
- B: Schippers & Broekman (2013b)

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen psychiatrische comorbiditeit](#).

4.3.16 Overwegingen psychiatrische comorbiditeit

Tijdens de intake is het vaak nog niet mogelijk een betrouwbaar beeld te krijgen van de aanwezigheid van comorbide psychiatrische stoornissen, omdat er ook sprake kan zijn van middelengeïnduceerde en onthoudingsklachten, zoals angst en stemmingsklachten. Het verdient daarom bij veel comorbide stoornissen aanbeveling de diagnose pas vast te stellen na een periode van abstinentie of, wanneer dit niet haalbaar is, een periode van stabilisatie van het middelengebruik.

Wat betreft de classificatie of diagnostiek van (bijkomende) psychiatrische stoornissen geeft de

beschikbare literatuur geen aanleiding voor het aanbevelen van een instrument (CIDI, SCID, MINI/MINI-Plus) boven een ander instrument. Mogelijk is een argument dat de MINI(-Plus) eenvoudig in het gebruik is en relatief weinig tijd kost. Van elk van deze instrumenten is een Nederlandse vertaling beschikbaar en de instrumenten zijn voor een belangrijk deel ook in de Nederlandse GGZ en verslavingszorg gevalideerd.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen Psychiatrische comorbiditeit](#).

4.4 Indicatiestelling en besluitvorming

4.4.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen indicatiestelling en besluitvorming

Uitgangsvraag: Uit welke onderdelen dient de indicatiestelling en besluitvorming in de intake en gedurende de behandeling in de verslavingszorg te bestaan?

Aanbevelingen

- De werkgroep beveelt bij de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van drugs de toepassing aan van (1) een gestructureerde intake en probleeminventarisatie, (2) een geprotocolleerde indicatiestelling, en (3) het routinematig monitoren van de behandelresultaten tijdens en na de behandeling (ROM), teneinde de zorgindicatie wanneer nodig te kunnen bijstellen.
- De werkgroep beveelt aan de door Resultaten Scoren ontwikkelde beslisboom voor indicatiestelling aan te passen en nader te onderzoeken op voorspellende waarde voor behandeluitkomst.
- De werkgroep beveelt aan om tot een indicatiestelling te komen op basis van een gezamenlijk door de behandelaar en de patiënt genomen en gedeelde beslissing over de aard, de omvang en het doel van de behandeling, gebaseerd op de gedeelde informatie over de behandel mogelijkheden, de wensen en voorkeuren van de patiënt, en de te verwachten resultaten van de behandeling, inclusief de belasting die de behandeling voor de patiënt met zich mee kan brengen.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

4.4.2 Onderbouwing indicatiestelling en besluitvorming

Wetenschappelijke kennis

Indicatiestelling

De grote verscheidenheid in kenmerken van patiënten die zich melden in de verslavingszorg en het beperkte arsenaal aan aard en intensiteit van hulpverleningsmethodieken vragen om een gestructureerde indicatiestelling bij aanvang van een behandeling. Er bestaan evident effectieve interventies, maar empirisch onderzoek suggereert dat er voor specifieke behandelmethodieken of additionele interventies nauwelijks evidentie is voor het indiceren van patiënten aan die interventies op basis van klinische patiëntkenmerken. Er is wel enige evidentie voor indicatiestelling op basis van patiëntkenmerken naar een bepaalde intensiteit van behandeling. Op grond hiervan is een zogenaamde stepped-care benadering te bepleiten. Dat wil zeggen dat de geïndiceerde behandeling die behandeling is, die het minst intensief en minst belastend is voor de patiënt, maar waarvan

verwacht mag worden dat het aanbod effectief is. Als blijkt dat dit intensiteitsniveau van behandeling (herhaaldelijk) geen of onvoldoende resultaat oplevert, dan wordt overgegaan naar een hoger intensiteitsniveau. Het aantal eerder ontvangen behandelingen is derhalve een belangrijk kenmerk voor de indicatie van zorgintensiteit.

Op grond hiervan is door het Nederlandse expertisecentrum voor de verslavingszorg Resultaten Scoren een beslisboom opgesteld voor indicatie naar intensiteit van zorg,

Bron: DeWildt et al., 2002.

die in het merendeel van de Nederlandse verslavingszorginstellingen als standaard wordt gehanteerd. In het tot dusverre verrichte – beperkte – onderzoek kon de meerwaarde van de toegepaste indicatie naar zorgintensiteit niet aangetoond worden.

Bron: Merkx et al., 2007, 2013.

Conclusie

Conclusie: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

- Niveau 3: Van de toepassing van de door Resultaten Scoren ontwikkelde beslisboom voor indicatie van patiënten aan niveaus van zorgintensiteit in de verslavingszorg is niet aangetoond dat deze leidt tot effectievere zorg.
- B: Merkx et al. (2013)

Besluitvorming

In op herstel gerichte zorg, waarin de autonomie en zelfregie van de patiënt centraal staan, past het dat over de zorg in samenwerking tussen de patiënt en de behandelaar tot overeenstemming gekomen wordt over de aard, de doelstelling en het verloop van de behandeling. Dat is tevens de aard van de in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) (1995) vastgelegde rechten en plichten.

Gedeelde besluitvorming ('shared decision-making') kan worden beschouwd als een bilateraal proces dat leidt tot een gezamenlijk door de behandelaar en de patiënt genomen en gedeelde beslissing over de aard, de omvang en het doel van de behandeling, gebaseerd op de gedeelde informatie over de behandelmogelijkheden en de te verwachten positieve en negatieve resultaten.

Bron: Makoul & Clayman, 2006; Westermann & Maurer, 2015.

Gedeelde besluitvorming wordt in het bijzonder aanbevolen bij medische beslissingen die in belangrijke mate afhankelijk zijn van de voorkeur van de patiënt, dat wil zeggen als er op voorhand gelijkwaardige behandelmogelijkheden zijn, of als de behandeling belangrijke consequenties heeft voor het dagelijks leven van de patiënt.

Bron: Joosten et al., 2008.

Het tot dusverre verrichte onderzoek naar gedeelde besluitvorming in verslavingsbehandelingen en de (chronische) psychiatrie is beperkt.

Bron: Friedrichs et al., 2016; Stovell et al., 2016.

Conclusie

Conclusie: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Niveau 3:

- Er zijn enige, tegenstrijdige, aanwijzingen dat gedeelde besluitvorming in de behandeling van stoornissen in het gebruik van middelen kan leiden tot betere uitkomsten op het gebied van middelengebruik, psychiatrische comorbiditeit en sociaal functioneren.
- A1: Friedrichs et al. (2016)

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- De professionals zijn unaniem van mening dat diagnostiek – op meerdere terreinen, inclusief psychiatrische comorbiditeit – een doorlopend, dynamisch proces dient te zijn, dat niet alleen gedurende de intake of bij aanvang van een behandeling moet plaatsvinden. Dat geldt eveneens voor de indicatiestelling. Tijdens de intake is het vaak nog niet mogelijk een betrouwbaar beeld te

krijgen van de aanwezigheid van comorbide psychiatrische stoornissen, omdat er ook sprake kan zijn van middelengeïnduceerde of onthoudingsklachten, zoals angst en stemmingsklachten. Bij aanvang van de behandeling kunnen er hypothesen gevormd worden, op basis waarvan verdere diagnostiek geïndiceerd kan zijn, die bij voorkeur zo snel mogelijk wordt verricht. Behandelaren moeten gedurende de gehele behandeling aandacht blijven houden voor comorbide stoornissen en problemen die het resultaat van de behandeling van de verslaving negatief kunnen beïnvloeden. Zowel voor als na ontgiftiging en in de maanden daarna, kan comorbide problematiek manifest zijn of worden.

- Volgens de meeste professionals (en in overeenstemming met de WGBO) is shared decision-making zeker relevant, maar is het wel aan de professional/deskundige om advies te geven over de verschillende behandelopties en daarbij aandacht te besteden aan de verwachte effectiviteit, mogelijke nadelen en risico's, vereiste inspanningen en mogelijke voorkeuren. Het is daarbij van belang om ook het systeem rond de patiënt bij de diagnostiekfase te betrekken, voor het verkrijgen van hetero-anamnestiche informatie.

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen als volgt samen:

- De ervaringsdeskundigen zijn van mening dat diagnostiek en indicatiestelling een doorlopend, dynamisch proces moet zijn. Herstel begint bij de intake en daarmee is de intake al een onderdeel van herstel en van het herstelplan.
- In de intake moet de behandelaar/intaker volgens de ervaringsdeskundigen veel meer informatie geven over de mogelijke en beschikbare behandelingen. Het behandeldoel van de cliënt en de manier(en) om dat behandeldoel te bereiken moeten in een proces van shared decision-making door beide partijen verhelderd worden. Shared decision-making vereist niet alleen dat er informatie is, maar vooral dat die informatie gedeeld wordt met de cliënt. De cliënt moet waar ook maar mogelijk de regie hebben over zijn/haar eigen herstelproces, of zo snel mogelijk de regie terugkrijgen.
- Daarbij is de houding van de hulpverlener erg belangrijk: de hulpverlener moet hoop uitstralen, ook als de cliënt al meerdere keren is teruggevallen in zijn/haar verslaving. Als de hulpverlener de cliënt als 'mens' blijft aanspreken en niet alleen maar als 'verslaafde', dan kan dat al hoop geven.
- Volgens sommige ervaringsdeskundigen in de focusgroep zou de intake in een kort tijdsbestek moeten plaatsvinden, wellicht in groepsverband, waarin ervaringsdeskundigen en professionals de cliënt ondersteunen bij het formuleren van zijn/haar herstelplan. Andere ervaringsdeskundigen vinden dat de intake en diagnostiek moeten doorlopen in de behandeling. Het kost nu eenmaal tijd om goed uit te vinden wat er speelt bij een cliënt. Op die manier krijgt de hulpverlener een beter en vollediger beeld van de cliënt met zijn/haar 'ups en downs', en wordt het ook beter mogelijk om door eventuele 'spelletjes' van de cliënt 'heen te prikken'.
- De meeste ervaringsdeskundigen zijn het erover eens dat de cliënt zelf zou moeten kunnen kiezen tussen een korte of uitgebreide intake. Indien gewenst zou er tijdens de intake een mogelijkheid moeten zijn om met (een) ervaringsdeskundige(n) contact te hebben. De cliënt kan dan op basis van de eerste informatie een schifting maken in de verschillende behandel mogelijkheden.
- Het zou volgens de ervaringsdeskundigen goed zijn als er ook 's avonds en in het weekend een mogelijkheid voor een intake is, en als er een mogelijkheid bestaat om (een deel van) de aanmelding vooraf, online, te regelen.
- De ervaringsdeskundigen geven aan dat de intake niet alleen betrekking moet hebben op de

verslaving, maar ook op andere domeinen, waaronder psychiatrische problemen. Vooral psychiatrische comorbiditeit kan in de intake onderbelicht blijven. Niet alle cliënten zijn zich ervan bewust dat zij psychische problemen of een trauma hebben, en intakers durven soms niet naar trauma's te vragen.

- Volgens de ervaringsdeskundigen vindt de intake vaak gestandaardiseerd plaats en is de intake vaak niet toegesneden op de individuele cliënt.
- In de intake wordt vaak gebruikgemaakt van standaard vragenlijsten. De meeste ervaringsdeskundigen in de focusgroep ervaren dit niet als een probleem, maar vinden wel dat de intaker of de behandelaar beter moet uitleggen voor welk doel de vragenlijsten worden afgenomen. Ook moet de intaker of behandelaar de informatie uit de vragenlijsten beter terugkoppelen naar de cliënt.
- De ervaringsdeskundigen zijn van mening dat de intake binnen maximaal twee weken zou moeten resulteren in een behandelplan. Dat behandelplan moet 'niet in beton gegoten zijn', maar moet gedurende de behandeling goed gemonitord worden. Waar nodig dient de zorgintensiteit aangepast te worden op basis van nieuwe kennis of een veranderende situatie.
- De cliënt zou volgens de ervaringsdeskundigen zélf zijn of haar behandeldoelen moeten kunnen bepalen, en zou samen met de behandelaar, in een proces van shared decision-making, moeten komen tot een behandelplan om deze doelen te bereiken. Het behandeldoel zou niet altijd abstinentie moeten zijn, maar kan ook betrekking hebben op controle over het middelengebruik.
- De ervaringsdeskundigen vinden het opmerkelijk dat de context waarin de diagnostiek plaatsvindt – in de gezondheidszorg of binnen een justitieel kader – in belangrijke mate lijkt te bepalen hoe uitgebreid er diagnostiek plaatsvindt en welke behandeling je krijgt: 'Voor hetzelfde probleem kun je (in justitieel kader) twee jaar ISD (Inrichting Stelselmatige Daders) krijgen, of (in de verslavingszorg) een korte detoxificatie met nazorg'.
- In dit verband geven de ervaringsdeskundigen ook aan dat verslavingsproblemen in de algemene GGz vaak onderbelicht blijven, omdat cliënten hun verslaving vanwege het stigma dat hiermee gepaard gaat vaak niet ter sprake brengen.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen indicatiestelling en besluitvorming](#).

4.4.3 Overwegingen indicatiestelling en besluitvorming

Bij de overwegend negatieve bevindingen uit het tot dusverre verrichte onderzoek naar indicatiestelling in de Nederlandse verslavingszorg wordt aangetekend dat het onderzoek werd uitgevoerd in de beginperiode van implementatie van de beslisboom en alleen betrekking had op patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol. De onderzochte groep kon bovendien slechts beperkt bereikt worden voor follow-up, en bij de onderzochte stepped-care benadering ontbrak het grotendeels aan bijstelling van de behandeling op grond van resultaatmonitoring gedurende de behandeling.

De werkgroep is van mening dat indicatiestelling bij voorkeur gebaseerd dient te zijn op gestructureerd verzamelde informatie en rationele, transparante beslisregels, teneinde klinische bias en lokale voorkeuren en beperkingen te voorkomen en een gepast hulpverleningsaanbod aan de individuele patiënt te kunnen doen. Het is ook van belang voor de planning en financiering van de zorg, omdat de Nederlandse gezondheidszorg in toenemende mate wordt gefinancierd op grond van vooraf geschatte zorgvraagzwaarte. Het ontwikkelen van een indicatiestellingsmodel dat

voorspellende waarde heeft voor behandeluitkomst is tot slot van belang vanwege het indicatieonderscheid tussen generalistische en specialistische zorg en tussen klinische en ambulante zorg.

De werkgroep is tevens van mening dat indicatiestelling tot stand dient te komen op basis van een gezamenlijk door de behandelaar en de patiënt genomen en gedeelde beslissing over de aard, de omvang en het doel van de behandeling. Indicatiestelling is bovendien een dynamisch proces dat niet alleen gedurende de intake of bij de start van een behandeling, maar ook doorlopend gedurende de behandeling moet plaatsvinden. Als tussentijdse resultaten van een behandeling daar aanleiding toe geven, dient de behandeling op- of afgeschaald, of anderszins bijgesteld te worden

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen indicatiestelling en besluitvorming](#).

4.5 Monitoring en evaluatie

4.5.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen monitoring en evaluatie van de behandeling

Uitgangsvraag: Welke instrumenten zijn geschikt voor monitoring en evaluatie in de verslavingszorg?

Aanbeveling

- De werkgroep beveelt de MATE en de MATE-Y aan als instrumenten voor monitoring en evaluatie in de Nederlandse verslavingszorg.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

4.5.2 Onderbouwing monitoring en evaluatie van de behandeling

Wetenschappelijke kennis

Voor monitoring (tijdens de behandeling) en evaluatie (na de behandeling) zijn dezelfde indicatoren van klinisch, functioneel en persoonlijk herstel van toepassing als de indicatoren die aan de orde zijn gekomen bij de bespreking van de [Algemene diagnostische instrumenten](#), [Beperkingen in activiteiten en participatie \(functioneren\)](#) en [Persoonlijk herstel](#).

Gebaseerd op de MATE is een versie voor monitoring en evaluatie ontwikkeld – de MATE-Uitkomsten – waarmee veranderingen als resultaat van behandeling op het gebied van verschillende MATE-modules kunnen worden vastgesteld.

Bron: Schippers & Broekman, 2011.

Het tot dusverre verrichte onderzoek naar de gevoeligheid van de MATE voor verandering over de tijd is beperkt.

Bron: Kufner et al., 2009.

Voor monitoring en evaluatie in de (chronische) GGz wordt in Nederland en internationaal veel gebruikgemaakt van de HoNOS (Health of the Nation Outcomes Scales).

Bron: Wing et al., 1998.

De HoNOS kent 12 domeinen en bestaat uit vier subschalen. In de HoNOS is slechts één item opgenomen over problematisch alcohol- of drugsgebruik, in de subschaal gedragsproblemen. Bij het beoordelen van de bruikbaarheid van de HoNOS voor monitoring en evaluatie heeft de werkgroep gebruikgemaakt van de enige beschikbare (niet-systematische) review over de HoNOS,

Bron: Pirkis et al., 2005.

de enige twee gevonden studies die betrekking hadden op (voornamelijk) patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen,

Bron: Andreas et al., 2010; Müller et al., 2016.

en een in Nederland uitgevoerde studie naar het instrument.

Bron: Mulder et al., 2004.

Recent is de SURE (Substance Use Recovery Evaluator)

Bron: Neale et al., 2016.

ontwikkeld voor in het kaart brengen van (aspecten van) klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel bij patiënten in de verslavingszorg. Het onderzoek naar de bruikbaarheid van de SURE is beperkt

Bron: Neale et al., 2016.

en er is nog geen Nederlandstalige versie van het instrument beschikbaar.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat de MATE geschikt is om veranderingen vast te stellen in de voor verandering relevante kenmerken van patiënten.
- A2: Kufner et al. (2009)

Niveau 2:

- Het is waarschijnlijk dat de HoNOS een redelijk betrouwbaar en valide instrument is voor monitoring en evaluatie in de (chronische) GGz, maar bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen worden tegenstrijdige resultaten gevonden.
- A2: Pirkis et al. (2005); Müller et al. (2016); Andreas et al. (2010); Mulder et al., (2004)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat de SURE een betrouwbaar en valide instrument is voor het vaststellen van algemene uitkomsten van verslavingszorg met aandacht voor verschillende aspecten van herstel.
- A2: Neale et al. (2016)

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- De professionals zijn unaniem van mening dat diagnostiek – op meerdere terreinen, inclusief psychiatrische comorbiditeit – een doorlopend, dynamisch proces dient te zijn, dat niet alleen gedurende de intake of bij aanvang van een behandeling moet plaatsvinden. Dat geldt eveneens voor de indicatiestelling.
- Behandelaren moeten gedurende de gehele behandeling aandacht blijven houden voor comorbide stoornissen en problemen die het resultaat van de behandeling van de verslaving negatief kunnen beïnvloeden.

- De meeste professionals in de focusgroep vinden de uniformiteit van de MATE voor de Nederlandse verslavingszorg een belangrijk voordeel, maar zijn ook van mening dat de MATE in de huidige vorm nog geen optimaal instrument is en doorontwikkeld zou moeten worden om de bruikbaarheid en patiëntvriendelijkheid van het instrument te verbeteren.

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen als volgt samen:

- De ervaringsdeskundigen zijn van mening dat diagnostiek en indicatiestelling een doorlopend, dynamisch proces moet zijn.
- De meeste ervaringsdeskundigen in de focusgroep ervaren het gebruik van standaard vragenlijsten niet als een probleem, maar vinden wel dat de behandelaar beter moet uitleggen voor welk doel de vragenlijsten worden afgenomen. Ook moet de behandelaar de informatie uit de vragenlijsten beter terugkoppelen naar de cliënt.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen monitoring en evaluatie van de behandeling](#).

4.5.3 Overwegingen monitoring en evaluatie van de behandeling

De middelenmatrix, de in de MATE opgenomen DASS, en de MATE-ICN zijn door de Stichting Benchmark GGz (SBG) geaccepteerd voor respectievelijk de uitkomst domeinen middelengebruik, symptomen en klachten, en functioneren. De HoNOS is waarschijnlijk een bruikbaar instrument voor monitoring en evaluatie in de GGz, maar is als algemeen instrument – met slechts één item over alcohol- en drugsgebruik – onvoldoende geschikt voor de verslavingszorg. De HoNOS is evenals de MATE-ICN door de SBG voor het uitkomst domein functioneren geaccepteerd. De SURE is een zeer recent ontwikkeld instrument en is nog niet in Nederland beschikbaar.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen monitoring en evaluatie van de behandeling](#).

4.5.4 Uitgangsvraag en aanbeveling continue monitoring van herstel

Uitgangsvraag: Heeft gecontinueerd contact met de patiënt na afloop van een behandelingsperiode toegevoegde waarde in termen van het behouden van gunstige resultaten van behandeling?

Aanbeveling

- Het verdient aanbeveling om een vorm van gecontinueerd contact met patiënten te houden na afloop van een ambulante of klinische behandeling.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

4.5.5 Onderbouwing continue monitoring van herstel

Wetenschappelijke kennis

Gecontinueerd contact met een patiënt na afloop van een behandelingsperiode kan verschillende

vormen hebben, zoals – al dan niet door de professionele zorg geïnitieerde – lotgenotengroepen (bijvoorbeeld de AA of NA), professioneel geleide groepscontacten, individuele face-to-face contacten, en telefonische of internet-contacten. Deze vorm van gecontinueerde zorg kan meer of minder intensief en van kortere of langere duur zijn, en plaatsvinden na een ambulante of klinische behandeltraject. Bij het beoordelen van de toegevoegde waarde van nazorg of gecontinueerde zorg ('continuous care') bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen heeft de werkgroep gebruikgemaakt van de meest recente meta-analyse over dit onderwerp

Bron: Blodgett et al., 2014.

en van een systematische

Bron: McKay, 2009.

en niet-systematische review.

Bron: Verster, 2005.

Conclusie

Conclusie: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Niveau 1:

- Het is aangetoond dat zorg in de vorm van een reeks contacten over enkele maanden na afloop van een behandeling een klein, maar positief effect heeft op het behouden van gunstige resultaten van initiële behandeling.
- A1: Blodgett et al. (2014)
- A2: Verster (2005); McKay (2009)

Professionele kennis

In de focusgroepbijeenkomsten met de professionals is het thema van gecontinueerde monitoring van herstel na afloop van een behandelingsperiode niet aan de orde gekomen.

Ervaringskennis

In de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers is het thema van gecontinueerde monitoring van herstel na afloop van een behandelingsperiode niet aan de orde gekomen.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen continue monitoring van herstel](#).

4.5.6 Overwegingen continue monitoring van herstel

De meeste interventies bij stoornissen in het gebruik van drugs die in deze MDR besproken worden, hebben een kortdurend, eenmalig karakter. Bij veel mensen zijn deze stoornissen echter chronisch van aard. Van een vorm van gecontinueerd contact met de patiënt na afloop van de initiële behandeling kan derhalve verwacht worden dat hiermee terugval voorkomen wordt en herstel bevorderd wordt.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen continue monitoring van herstel](#).

4.6 Laboratoriumonderzoek op drugsgebruik

4.6.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen laboratoriumonderzoek op drugsgebruik

Uitgangsvraag: Wat is bekend over de mate van overeenkomst tussen zelfgerapporteerd drugsgebruik en de uitslag van laboratoriumonderzoek op drugs bij patiënten met een stoornis in het gebruik van drugs?

Uitgangsvraag: Heeft het inzetten van laboratoriumonderzoek op drugsgebruik in de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van drugs een gunstig effect op de uitkomsten van behandeling?

Aanbevelingen

- Het verdient aanbeveling om naast zelfrapportage van drugsgebruik laboratoriumonderzoek op drugs in te zetten ten behoeve van screening en diagnostiek van patiënten met een stoornis in het gebruik van drugs, en voor het monitoren van drugsgebruik tijdens de behandeling.
- In immunoassay aangetoond drugsgebruik dient, als de uitslag betwist wordt of onwaarschijnlijk lijkt, bevestigd te worden door middel van een confirmatietest.
- Laboratoriumonderzoek op drugsgebruik vindt altijd plaats onder de verantwoordelijkheid van een op dit gebied deskundige arts of verpleegkundig specialist.
- Het uitvoeren van laboratoriumonderzoek op drugsgebruik dient als professionele standaard te worden beschouwd. Dit betekent dat het ook als zodanig aan patiënten dient te worden gepresenteerd.
- Laboratoriumonderzoek op drugsgebruik 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. Dit geldt voor zowel vrijwillige behandeling als behandeling in een civielrechtelijk of strafrechtelijk kader.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

4.6.2 Onderbouwing laboratoriumonderzoek op drugsgebruik

Inleiding

Laboratoriumonderzoek op drugsgebruik kan in het kader van een behandeling worden toegepast voor (ondersteuning van) screening en diagnostiek, en voor het monitoren van drugsgebruik tijdens of na afsluiting van de behandeling.

Bron: American Society of Addiction Medicine, 2013.

Met het laboratoriumonderzoek wordt beoogt het drugsgebruik zo volledig mogelijk in kaart te brengen

Bron: Weijers-Everhard, 2009.

en patiënten te ondersteunen in hun behandeling. Met laboratorium-onderzoek kan het gebruik van een middel over een bepaalde – veelal recente – periode vastgesteld worden, maar kan niet bepaald worden of er sprake is van een stoornis in het gebruik van middelen. Evenmin kan met laboratoriumonderzoek de frequentie van het gebruik (bijvoorbeeld dagelijks eenmalig of meermalig gebruik) of de hoeveelheid van het gebruikte middel bepaald worden.

Wetenschappelijke kennis

Lichaamsmaterialen en detectietijden

Bij laboratoriumonderzoek op drugs wordt gebruikgemaakt van twee typen technieken. Vooral bij een eerste screening worden immunologische technieken gebruikt. Deze zijn relatief goedkoop, te automatiseren en geven snel en over het algemeen betrouwbare uitslagen. De sensitiviteit is hoog, de specificiteit is wat lager. Bij deze techniek worden antilichamen gebruikt die kunnen binden aan de te onderzoeken stof. Een belangrijk nadeel is dat de antilichamen ook kunnen binden aan stoffen die qua structuur gelijkenis vertonen, met als gevolg een fout-positieve uitslag. De techniek kan gebruikt worden bij onderzoek van alle hieronder genoemde lichaamsmaterialen. Bij immunoassays moet wel voor iedere te onderzoeken stof een ander reagens, specifiek voor de te onderzoeken stof, gebruikt worden. Hoewel de sensitiviteit en specificiteit van immunoassays over het algemeen goed genoemd kunnen worden, verschilt dit per onderzochte drug. Agius & Nadulski (2014) rapporteren voor ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) een sensitiviteit van 95% voor THC, 84% voor cocaïne, 75% voor amfetamine en 71% voor benzodiazepines. De specificiteit was 97% voor THC, 60-85% voor cocaïne, 91% voor amfetamine en 89% voor benzodiazepines. Gas chromatografie/massa spectrometrie (GC/MS) werd in dit geval gebruikt om zowel positieve als negatieve uitslagen te

bevestigen.

Positieve uitslagen van een immunologische test die betwist worden, kunnen nader onderzocht worden met een andere techniek, waarvan GC/MS een van de meest gebruikte is. Dit wordt ook wel bevestigingsonderzoek genoemd. Met name de specificiteit is hierbij hoog. Een groot verschil met immunologische onderzoeken is dat met GC/MS aanwezige stoffen ieder apart aangetoond kunnen worden. Dit onderzoek is echter bewerkelijker, duurder en kost meer tijd. Er is in tegenstelling tot een immunoassay niet voor iedere te onderzoeken stof een nieuwe test nodig. Ook GC/MS kan bij onderzoek van alle hieronder genoemde lichaamsmaterialen gebruikt worden.

Het meest gebruikte lichaamsmateriaal is urine. Ook andere lichaamsmaterialen als bloed (plasma, serum), speeksel, zweet, haar en lucht die uitgedemd wordt, kunnen gebruikt worden. Uitgedemde lucht wordt op dit moment vooral gebruikt voor het vaststellen van recent gebruik van alcohol.

Er zijn geen gecontroleerde studies waarin onderzocht is hoe lang een drug aantoonbaar is na eenmalig of meermalig gebruik. Er is wel onderzoek waarbij gekeken is hoe lang drugs aantoonbaar blijven nadat iemand volledig is gestopt met gebruik, bijvoorbeeld na een opname voor ontgiftiging.

Bron: Verstraete, 2004.

De detectietijd van een drug wordt door meerdere factoren beïnvloed: de hoeveelheid en wijze van gebruik van een drug, of er sprake is van chronisch of eenmalig gebruik, de afkapwaarde van de gebruikte analytische techniek, de aard van het onderzochte molecuul of metaboliet, de zuurgraad van urine of speeksel en individuele variatie in het metabolisme.

Er zijn belangrijke verschillen tussen de lichaamsmaterialen wat betreft de detectietijd van diverse drugs, de mate waarin het lichaamsmateriaal gevoelig is voor manipulatie, maar ook voor wat er precies aangetoond wordt: de gebruikte stof of een metaboliet (tabel hieronder).

Bron: Verstraete, 2004.

De aan te tonen concentraties verschillen eveneens.

Tabel: Lichaamsmaterialen en detectietijden

	Urine ⁽¹⁾ (uren)	Urine ⁽²⁾ (max. dagen)	Bloed, serum of plasma (uren)	Speeksel (uren)	Haar (max. dagen)
Amfetamine		9	46	20-50	90
Methamfetamine	87 +/- 51	6	48	24	90
MDMA	48		24	24	90
Cannabis: THC			5	34	
Cannabis: THCCOOH	87	95	36		90
Cocaïne: cocaïne			12	5-12	90
Cocaïne: benzoylecgonine	48-72	22	48	12-24	
GHB	12		5	5	90
Benzodiazepines		42			90

⁽¹⁾ Gemiddelde detectietijd (in uren)

⁽²⁾ Maximum detectietijd (in dagen)

Voor- en nadelen van lichaamsmaterialen

Over het algemeen zullen in urine de metabolieten aangetoond worden, niet het oorspronkelijk gebruikte middel. De concentraties zijn relatief hoog, vaak lang aantoonbaar en het onderzoek is veelal goed te automatiseren en relatief goedkoop. Nadelen zijn onder andere dat extra maatregelen en personeel nodig zijn om ervoor te zorgen dat een monster niet vervalst wordt. Met name toezicht tijdens het plassen wordt echter vaak als bezwaarlijk gezien. Er zijn daarnaast diverse methodes en producten die gebruikt kunnen worden om fout-negatieve uitslagen (als gevolg van vervalsing van een urinemonster om een positieve uitslag te voorkomen) te krijgen.

Bron: Jaffe et al., 2007.

Met name immunoassays zijn hier gevoelig voor. Bij immunoassays moet ook rekening gehouden worden met fout-positieve uitslagen, onder andere door het gebruik van medicijnen.

Bron: Saitman et al., 2014.

In bloed, serum of plasma is het mogelijk het gebruikte middel zelf aan te tonen. De concentraties zijn over het algemeen laag en een middel is vaak maar korte tijd na het gebruik aan te tonen. Vervalsen van een bloedmonster is moeilijk. Bloedafname is echter een invasieve methode en hiervoor is bevoegd personeel nodig. Technieken waarbij een gedroogde druppel bloed, verkregen door middel van een vingerprik, onderzocht kan worden op gebruik van drugs, zijn in ontwikkeling.

Bron: Sadones et al., 2015.

Ook in speeksel kan een gebruikt middel aangetoond worden, korte tijd na gebruik. Een voordeel is dat hiervoor in principe geen speciaal getraind personeel nodig is. Roken, middelen die invloed hebben op speekselproductie of spoelen van de mond kort voordat het speeksel verzameld is, kunnen echter de resultaten beïnvloeden.

Bij onderzoek in haar wordt hoofdhaar gebruikt, omdat dit met een vrij constante snelheid groeit. In haar zijn diverse drugs het langst aantoonbaar, afhankelijk van de lengte van het haar. De eerste 7-10 dagen na gebruik zullen drugs echter nog niet aantoonbaar zijn, omdat het haar dan nog onvoldoende is gegroeid. Gering of eenmalig gebruik kan in haar moeilijk aangetoond worden. Vervalsen van een haarmonster is praktisch onmogelijk. Overigens kunnen niet alle laboratoria haar onderzoeken op gebruik van drugs.

Hoewel nog weinig gebruikt (en daarom niet opgenomen in de tabel), kan ook zweet gebruikt worden voor onderzoek naar gebruikte drugs. De eerste manier is door middel van een pleister die gedurende meerdere dagen gedragen wordt en waarmee het gebruik vanaf kort voor het aanbrengen van de pleister en tijdens het dragen ervan aangetoond kan worden. De methode is niet invasief. Ook een middel dat maar kort aantoonbaar is en gemist zou kunnen worden bij een of twee keer per week onderzoek van urine, kan met een pleister aangetoond worden (Koster et al., 2014) Als de pleister niet gedurende de volledige tijd gedragen wordt, beïnvloedt dat uiteraard de uitslagen. Naast een pleister kan voor het aantonen van recent middelengebruik in zweet gebruikgemaakt worden van een swab. Er zijn overigens voor dit laatste geen door de Food and Drug Administration (FDA) goedgekeurde hulpmiddelen voor afname hiervan.

Bron: Levy & Siqueira, 2014.

De meeste laboratoria in ziekenhuizen zijn in staat om in urine de meer gebruikelijke drugs als cocaïne, cannabis en amfetamine aan te tonen middels een immunoassay. Bevestigingstesten worden niet overal uitgevoerd, maar vaak uitbesteed aan een ander laboratorium. Dat geldt ook voor onderzoek met ander lichaamsmateriaal of op minder gebruikelijke drugs.

Mate van overeenstemming tussen zelfrapportage en laboratoriumonderzoek op drugs

Ten aanzien van de eerste uitgangsvraag vonden wij in onze literatuurstudie 18 relevante publicaties, waaronder één meta-analyse. De meta-analyse wordt hier besproken.

Hjorthøj et al. (2012) verrichtten een systematische review en meta-analyse naar de mate van overeenstemming tussen zelfgerapporteerd gebruik van illegale drugs en de uitslag van laboratoriumonderzoek op drugs. Zij includeerden 29 studies, waarvan 17 RCTs. Zelfrapportage vond in alle studies plaats met behulp van de Timeline Follow-Back kalendermethode (TLFB) en het laboratoriumonderzoek op drugs betrof in vrijwel alle gevallen urineonderzoek. In de onderzochte studies ging het voornamelijk om patiënten met een stoornis in het gebruik van cannabis, cocaïne of opiaten.

Het percentage overeenstemming tussen beide informatiebronnen was 87-91% voor cannabis, 79-84% voor cocaïne, en 94% voor opiaten. De sensitiviteit en specificiteit van de TLFB ten opzichte

van de urineuitslag was respectievelijk 60% en 42% voor cannabis, 69% en 90% voor cocaïne, en 64% en 100% voor opiaten. Het percentage vals-negatieve TLFB-uitslagen varieerde over deze middelen van 1 tot 20%, en het percentage vals-positieve TLFB-uitslagen varieerde van 3 tot 20%.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de geraadpleegde literatuur concluderen wij het volgende.

Niveau 2:

- De mate van overeenstemming tussen zelfgerapporteerd drugsgebruik en de uitslag van urineonderzoek op drugs is waarschijnlijk redelijk tot goed, maar zowel vals-negatieve als vals-positieve zelfrapportage komt relatief vaak voor. Deze zijn niet zondermeer een gevolg van doelbewuste vervalsing, maar kunnen ook toegeschreven worden aan problemen met herinnering en discrepantie tussen de periode waarop de zelfrapportage betrekking had en de detectietijd van het betreffende middel.
- A1: Hjorthøj et al. (2012)

Niveau 2:

- Het is waarschijnlijk dat de combinatie van zelfrapportage van drugsgebruik en laboratoriumonderzoek op drugsgebruik een vollediger beeld geeft van het drugsgebruik van patiënten met een stoornis in het gebruik van drugs dan alleen zelfrapportage, of alleen laboratoriumonderzoek.
- A1: Hjorthøj et al. (2012)

Effect van laboratoriumonderzoek op de uitkomsten van behandeling

Ten aanzien van de tweede uitgangsvraag vonden wij in onze literatuurstudie één meta-analyse. Deze wordt hier besproken.

Het Amerikaanse National Institute on Drug Abuse (NIDA) beveelt regelmatig testen op drugs aan als belangrijk klinisch instrument tijdens behandeling, als prikkel voor de patiënt om zijn drugsgebruik te minderen of te staken (NIDA Principle 12).

Bron: National Institute on Drug Abuse, 2009.

Pearson et al. (2012) onderzochten in een meta-analyse van 225 gecontroleerde studies of

laboratoriumonderzoek op drugs tijdens de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van drugs een gunstig effect had op de (drugsgelateerde) uitkomsten van behandeling. Zij keken daarbij zowel naar het effect van laboratoriumonderzoek als zodanig (wel of niet testen) als naar het effect van de frequentie waarin het laboratoriumonderzoek werd uitgevoerd. Op beide maten vonden zij geen significant verband met de uitkomst van behandeling.

Conclusie

Conclusie: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de geraadpleegde literatuur concluderen wij het volgende.

Niveau 2:

- Het is waarschijnlijk dat laboratoriumonderzoek op drugs tijdens de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van drugs de uitkomst van behandeling, in termen van verminderd drugsgebruik, niet verbetert.
- A1: Pearson et al. (2012)

Professionele kennis

In de focusgroepbijeenkomsten met de professionals is het thema van laboratoriumonderzoek op drugsgebruik niet aan de orde gekomen.

Ervaringskennis

In de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers is het thema van laboratoriumonderzoek op drugsgebruik niet aan de orde gekomen.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen laboratoriumonderzoek op drugsgebruik](#).

4.6.3 Overwegingen laboratoriumonderzoek op drugsgebruik

In de Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving

Bron: Van den Brink et al., 2013.

wordt aanbevolen dat urineonderzoek altijd plaatsvindt onder de verantwoordelijkheid van een op dit gebied deskundige arts. Tevens wordt aanbevolen dat het uitvoeren van urineonderzoek als professionele standaard dient te worden beschouwd. Dit betekent dat het ook als zodanig aan

patiënten dient te worden gepresenteerd. Tot slot wordt aanbevolen om urineonderzoek in principe alleen in te zetten 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.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen laboratoriumonderzoek op drugsgebruik](#).

5. Cannabis

Autorisatiedatum 26-02-2018 Beoordelingsdatum 26-02-2018

5.1 Algemene inleiding

Cannabis (wiet, hasj) is de generieke benaming van bestanddelen die afkomstig zijn van de hennep- of cannabisplant en bevat als belangrijkste psychoactieve bestanddeel delta-9-tetrahydrocannabinol (THC). Naast THC bevatten sommige cannabisvarianten – vooral geïmporteerde hasj – nog hogere doses van een andere cannabisachtige stof, cannabidiol (CBD), die echter zelf geen psychoactief effect sorteert, maar bij voldoende blootstelling mogelijk wel de werking van THC beïnvloedt.

Cannabis wordt meestal gerookt in sigaretten ('joint') of – minder vaak – een (hasj)pijp, maar kan ook gegeten worden ('spacecake') of gedronken (thee). Het effect treedt bij roken binnen enkele minuten op en neemt na twee tot drie uur geleidelijk af. Bij orale inname is het effect geleidelijker en minder intensief. Cannabis wordt gerekend tot de groep bewustzijnsveranderende middelen (hallucinogenen). Het effect van cannabis wordt door gebruikers meestal ervaren als ontspannend, rustgevend en/of geestverruimend.

Onder Nederlandse scholieren van 12 tot en met 16 jaar heeft één op de tien ooit cannabis gebruikt, waarvan 12% jongens en 8% meisjes.

Bron: Van Dorsselaer et al., 2015.

In de Nederlandse bevolking van 18 tot en met 64 jaar bedraagt de lifetime prevalentie van een DSM-IV stoornis in cannabisgebruik 5,6% bij mannen en 1,8% bij vrouwen.

Bron: De Graaf et al., 2010.

De 12-maanden prevalentie van cannabismisbruik is 0,4% (0,6% mannen; 0,2% vrouwen) en van afhankelijkheid 0,3% (0,4% mannen; 0,1% vrouwen). Omgerekend naar de bevolking gaat het hierbij naar schatting om respectievelijk 40.200 en 29.300 mensen. In 2015 vroegen bijna 11.000 mensen wegens een primair cannabisprobleem hulp bij de verslavingszorg. Het merendeel van de primaire cannabispatiënten is man.

Naast gebruik als genotsmiddel is cannabis in gekweekte of synthetische orale formules in Nederland als medicatie verkrijgbaar voor verschillende daarvoor erkende aandoeningen, waaronder misselijkheid, braken en verlies van eetlust bij mensen met kanker of AIDS en chronische neurogene pijn.

De in Cannabis gevonden en besproken studies hebben vrijwel allemaal primair betrekking op klinisch (symptomatisch) herstel en in de studies is niet systematisch onderzocht wat de effectiviteit van de interventies is op andere hersteldomeinen. In het overgrote deel van de studies is niet gekeken naar sekseverschillen in de effectiviteit van de interventie. Hierdoor is nog weinig bekend over de mogelijke rol van sekse in de behandeling van een stoornis in het gebruik van cannabis.

5.2 Behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van cannabis

5.2.1 Uitgangsvraag en aanbeveling behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van cannabis

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van (farmacotherapeutische) interventies in geval van intoxicatie/overdosering ten gevolge van het gebruik van cannabis?

Aanbeveling

- De symptomen van cannabisintoxicatie of overdosering zijn over het algemeen tijdelijk en niet dusdanig dat medicatie nodig is. Er is geen evidentie voor een farmacologische behandeling van cannabisintoxicatie of overdosering en er kan daarom geen farmacologische behandeling aanbevolen worden.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#).

5.2.2 Onderbouwing behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van cannabis

Wetenschappelijke kennis

Voor de behandeling van cannabisintoxicatie of overdosering is geen antidotum beschikbaar. De behandeling is daarom gericht op symptoombestrijding. De meest voorkomende ongewenste acute effecten van cannabisintoxicatie/overdosering zijn vrijwel altijd mild en tijdelijk van aard. Het gaat dan om symptomen als een droge mond, branderige ogen, toegenomen hartslag, of een zwaar gevoel in de ledematen. In sommige gevallen kunnen bij overdosering angst, paniek, of psychotische symptomen optreden, vooral bij personen die nog weinig ervaring hebben met cannabis en bij het gebruik van cannabisvarianten met een hoog THC- en een laag CBD-gehalte. Ook deze symptomen zijn veelal tijdelijk en verdwijnen meestal binnen 24 uur of maximaal enkele dagen, zonder dat medicamenteuze behandeling nodig is.

Indien bij psychotische symptomen binnen enkele dagen geen volledige remissie optreedt, is er veelal geen sprake van de diagnose 'psychotische stoornis door cannabis',

Bron: DSM-5 code: 292.9.

maar moet ermee rekening gehouden worden dat de symptomen mogelijk een eerste manifestatie kunnen zijn van een chronische psychotische stoornis.

Bron: Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie, 2012.

De wetenschappelijke literatuur over farmacologische behandeling van een psychotische stoornis door cannabis is zeer beperkt.

Bron: Crippa et al., 2012.

Wij vonden slechts twee kleinschalige (beide: n=30) gerandomiseerde studies: één naar het effect van 4 weken behandeling met olanzapine of haloperidol,

Bron: Berk et al., 1999.

en één naar het effect van 4 weken behandeling met risperidon of haloperidol op de psychotische symptomen.

Bron: Berk et al., 2000.

In beide studies was sprake van een vergelijkbare afname van de psychotische symptomen in de behandelcondities. Omdat in de studies geen placeboconditie was opgenomen, is onbekend of deze verbetering in de toestand ook zonder de farmacologische interventie zou zijn opgetreden.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbeveling](#).

5.3 Detoxificatie/ontgiftiging van stoornis in het gebruik van cannabis

5.3.1 Uitgangsvraag en aanbeveling detoxificatie/ontgiftiging van stoornis in het gebruik van cannabis

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van farmacotherapie bij de detoxificatie van personen met een stoornis in het gebruik van cannabis?

De volgende aanbevelingen zijn overgenomen van de Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve

middelen. Verantwoord ambuland of intramuraal detoxificeren.

Bron: Dijkstra et al. (Red.), 2017.

Aanbevelingen

- De cannabisonthoudingssymptomen zijn over het algemeen tijdelijk en niet dusdanig dat medicatie nodig is. Er is geen duidelijke evidentie voor een farmacologische behandeling van cannabisonthouding en er kan daarom geen farmacologische behandeling aanbevolen worden.
- Persisterende klachten gedurende de onthouding kunnen het best behandeld worden met niet-verslavende symptoomgerichte medicatie of met benzodiazepinen, of z-medicijnen (ook wel benzodiazepinen verwante slaapmedicatie genaamd), mits dit van korte duur is en de dosis niet te hoog is.
- Omdat er in het algemeen geen complicaties optreden bij detoxificatie van cannabis is meestal geen opname nodig. Intramurale detoxificatie is wel aangewezen indien het niet lukt om in de eigen omgeving te stoppen met cannabisgebruik, of als er sprake is van ongeschikte omgevingsfactoren, comorbide psychiatrische problematiek (of twijfel daarover), een voorgeschiedenis van agressie en geweld tijdens detoxificatie, polydruggebruik, of een noodzaak tot bescherming van anderen.
- Tijdens de anamnese wordt de ernst van de te verwachten onthoudingsklachten en -symptomen ingeschat. Bruikbare informatie hierover is te verkrijgen via een beoordeling en evaluatie van gebruikskennmerken, eerdere detoxificatiepogingen, medische en psychiatrische kenmerken en eventueel laboratorium- en urineonderzoek.
- Een algemeen lichamelijk onderzoek is bij personen zonder klachten die alleen cannabis en geen andere middelen gebruiken in het algemeen niet nodig.
- De Cannabis Withdrawal Scale (CWS) of de Marijuana Withdrawal Scale (MWS) kunnen gebruikt worden om de ernst en het verloop van de onthoudingssymptomen in te schatten. Daarnaast is het belangrijk om alert te zijn op het ontstaan van depressieve klachten tijdens de detoxificatieperiode.
- Het screenen en regelmatig monitoren van depressieve klachten bij de patiënt is aangewezen en kan in eerste instantie plaatsvinden op basis van anamnese en observatie. Indien er aanwijzingen zijn van depressieve klachten, kan de Depressie, Angst en Stress vragenlijst (DASS) gebruikt worden om de klachten te objectiveren. De Beck Depression Inventory (BDI) vragenlijst kan op indicatie bij de patiënt worden afgenomen.
- De uitgangspunten voor een detoxificatie van cannabis zijn voor zwangere vrouwen hetzelfde als voor niet-zwangere vrouwen en de detoxificatie kan in elk trimester van de zwangerschap plaatsvinden. In het geval van symptoomgerichte medicatie dient er uitgebreide voorlichting plaats te vinden over de voor- en nadelen van de medicatie.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#).

5.3.2 Onderbouwing detoxificatie/ontgiftiging van stoornis in het gebruik van cannabis

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- De professionals zijn van mening dat een klinische opname voor detoxificatie of vervolgbehandeling, wanneer noodzakelijk, zo kort mogelijk dient te zijn. De patiënt dient zoveel mogelijk in zijn/haar eigen leefomgeving behandeld te worden, om te kunnen leren omgaan met zucht en andere risicosituaties die kunnen leiden tot terugval. Daarvoor is wél een zodanige mate van controle over het middelengebruik vereist dat de patiënt cognitief in staat is om voldoende van een behandeling te leren. Als dat niet het geval is, zal de patiënt zo goed mogelijk in een abstinente omgeving moeten worden getraind in terugvalpreventietechnieken. Buiten het omgaan met risico's is het van belang dat in de leefomgeving van de patiënt alternatieve activiteiten en bekrachtigers ontwikkeld worden, bijvoorbeeld met behulp van de Community Reinforcement Approach (CRA).
- Een opname is volgens de professionals geïndiceerd (1) als diagnostiek of behandeling van psychiatrische comorbiditeit gewenst of noodzakelijk is, die niet toereikend in een ambulante setting kan plaatsvinden, of (2) als er sprake is van herhaalde mislukte pogingen tot ambulante ontgiftiging, of van ambulante vervolgbehandelingen met onvoldoende resultaat, die volgens de patiënt en behandelaar te wijten zijn aan specifieke factoren (bijvoorbeeld systeemfactoren of woonomstandigheden) die door een klinische opname aan te pakken zijn.

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

- Tijdens de detoxificatie moet de cliënt, wanneer nodig, gestimuleerd worden om de regie over zijn herstelproces te (her)nemen. De motivatie die de cliënt voorafgaand aan en tijdens de detoxificatie heeft om af te kicken, moet gebruikt worden om zijn/haar motivatie voor de vervolgbehandeling die aansluitend aan de detoxificatie plaatsvindt, te voeden, bestendigen en versterken. Dit geldt voor zowel ambulante als klinische detoxificatie.
- Wanneer een cliënt voor detoxificatie opgenomen wordt, is het van belang dat hij/zij voldoende activiteiten krijgt aangeboden, niet alleen om verveling te voorkomen, maar ook om gezamenlijk met andere opgenomen cliënten activiteiten te ondernemen die zinvol zijn (bijvoorbeeld meer bewegen) en waarmee zij zich onderling verbonden kunnen voelen.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

5.4 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen

5.4.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van psychologische behandeling van stoornissen in het gebruik van cannabis bij volwassenen?

Aanbevelingen

- Het verdient aanbeveling om bij volwassenen met een stoornis in het gebruik van cannabis een behandeling met cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering aan te bieden, of een behandeling met op middelengebruik gerichte contingentie management. Een intensievere behandeling gedurende meerdere maanden heeft daarbij de voorkeur.
- De combinatie van deze behandelingen heeft waarschijnlijk toegevoegde waarde en dient daarom overwogen te worden.
- Het verdient aanbeveling om op middelengebruik gerichte contingentie management breed in de specialistische GGz (verslavingszorg) in Nederland te implementeren.
- Op middelengebruik gerichte contingentie management dient breed in de specialistische GGz (verslavingszorg) in Nederland geïmplementeerd te worden.
- Motiverende gespreksvoering dient overwogen te worden bij alle psychologische behandelingen van een stoornis in het gebruik van cannabis, bij volwassenen met een (nog) ambivalente hulpvraag.
- Motiverende gespreksvoering wordt aanbevolen als eerste keuze in de context van een geïndiceerde vroeginterventie, bij volwassenen die (nog) geen professionele hulp zoeken voor problematisch cannabisgebruik.
- Digitale (online) zelfhulpinterventies kunnen effectief zijn in het verminderen van het cannabisgebruik bij volwassenen die (nog) geen professionele hulp zoeken, kunnen op elk gewenst moment worden gebruikt, zijn relatief goedkoop, en worden om deze redenen aanbevolen.
- Digitale interventies kunnen ook overwogen worden als aanvulling op een behandeling met reguliere, face-to-face gesprekken, in het kader van een 'blended' behandeling.
- Het verdient aanbeveling om volwassenen tijdens hun behandeling te informeren over aanvullende zelfhulpmogelijkheden, waaronder zelfhulpgroepen.
- Het verdient aanbeveling om, waar mogelijk, het systeem rond de patiënt te betrekken bij de behandeling.
- Het verdient aanbeveling om in de behandeling expliciet aandacht te besteden aan de therapeutische relatie en de keuze en wensen van de patiënt.
- Aanbevolen wordt om in de behandeling – naast psychiatrische comorbiditeit – ook aandacht te hebben voor behandeldoelen die niet (noodzakelijk) op abstinentie gericht zijn, en voor herstelondersteunende zorg op andere domeinen, waaronder de sociale inbedding, huisvesting en financiële situatie van de patiënt (zie Herstelondersteunende interventies).

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

5.4.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen

Wetenschappelijke kennis

Meta-analyses

Voor het in kaart brengen van de effectiviteit van psychologische behandelingen van stoornissen in het gebruik van cannabis bij volwassenen is de meta-analyse van Davis et al. (2015) als uitgangspunt genomen. In deze meta-analyse van studies die tot 2013 waren gepubliceerd, zijn 10 gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCTs; 2.027 deelnemers) opgenomen, waarvan 8 studies onder volwassenen, 1 studie onder jongeren en 1 studie in een gemengde groep jongeren en volwassenen. In alle studies ging het om personen die professionele hulp zochten voor hun

cannabisgebruik (8 studies face-to-face hulp; 1 studie online hulp; 1 studie telefonische hulp) en betrof de interventie een vorm van cognitieve gedragstherapie (CGT), die veelal aangeboden werd in combinatie met motiverende gespreksvoering (MGV; 8 studies), contingentie management (CM; 2 studies) en/of terugvalpreventie (3 studies). De vergelijkingsconditie diende in deze meta-analyse te bestaan uit een wachtlijst-controlegroep, psychologische placebobehandeling, treatment as usual, of een (andere) behandeling zonder de actieve ingrediënten van CGT, MGV, CM of terugvalpreventie (bijvoorbeeld counseling of sociale steun).

Naast deze meta-analyse zijn recent nog twee systematische reviews over psychologische behandelingen van stoornissen in het gebruik van cannabis bij volwassenen verschenen, van Cooper et al. (2015) en van de Cochrane Collaboration.

Bron: Gates et al., 2016.

De Cochrane review bevatte 23 gerandomiseerde studies die tot Juli 2015 waren gepubliceerd, met in totaal 4.045 deelnemers. Alle studies in deze reviews waren eveneens opgenomen in de review van Davis et al. (2015) of aangetroffen in onze aanvullende literatuurstudie.

Specifiek wat betreft digitale interventies bij personen met problematisch cannabisgebruik zijn recente meta-analyses beschikbaar van Tait et al. (2013) en Hoch et al. (2016). De meta-analyse van Tait et al. bevatte 10 gerandomiseerde studies met in totaal 4.125 deelnemers en de meta-analyse van Hoch et al. 4 gerandomiseerde studies met 1.928 deelnemers. Beide meta-analyses vertonen veel overlap en bevatten studies onder zowel volwassenen, jongeren als gemengde groepen.

Aanvullende literatuurstudie

In onze aanvullende literatuurstudie vonden wij 8 gerandomiseerde studies onder volwassenen met een stoornis in het gebruik van cannabis (in totaal 1.070 deelnemers) die niet in de meta-analyse van Davis et al. (2015) waren opgenomen of na deze meta-analyses waren gepubliceerd.

In onze aanvullende literatuurstudie vonden wij 8 gerandomiseerde studies onder volwassenen met een stoornis in het gebruik van cannabis (in totaal 1.070 deelnemers) die niet in de meta-analyse van Davis et al. (2015) waren opgenomen of na deze meta-analyses waren gepubliceerd.: Van deze 8 studies waren de onderzoeken van Budney (2000, 2006); Jungerman (2007); Carroll (2012) en Hoch (2014) wél opgenomen in de systematische review van de Cochrane Collaboration (Gates et al., 2016).

Bron: Budney et al., 2000, 2006; Sinha et al., 2003; Jungerman et al., 2007; Carroll et al., 2012; Litt et al., 2013; Hoch et al., 2014; Walker et al., 2015.

Alle studies hadden betrekking op face-to-face behandelingen en in vrijwel alle studies werd een actieve vergelijkingsbehandeling gehanteerd. In 5 studies was contingentie management, al dan niet in combinatie met CGT en/of MGV, één van de onderzochte behandelingen. In de 3 overige studies betrof de interventie een combinatie van CGT + MGV, dan wel alleen MGV.

Daarnaast vonden wij 7 RCTs (n=1.418) onder volwassenen met “regelmatig gebruik” van cannabis, bij wie geen formele diagnose van cannabismisbruik of -afhankelijkheid was vastgesteld.

Bron: Stephens et al., 2007; Bernstein et al., 2009; Stein et al., 2011; De Dios et al., 2012; Fisher et al., 2012; Lee et al., 2013; Schaub et al., 2015.

Deze studies hadden in alle gevallen betrekking op jongvolwassenen die geen professionele hulp zochten (non-treatment-seekers) en de interventie betrof in vrijwel alle studies een kortdurende (vroeg)interventie op basis van motiverende gespreksvoering (1 tot 2 sessies) die face-to-face werd aangeboden. Vanwege het belang van vroege interventies bij cannabisgebruik en het beschikbare interventieaanbod op dit gebied zijn ook deze studies in de onderhavige richtlijn opgenomen.

Conclusies

Conclusies : Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende.

Niveau 1:

- Het is bij volwassenen met een stoornis in het gebruik van cannabis aangetoond dat cognitieve gedragstherapie, al dan niet in combinatie met motiverende gespreksvoering, effectiever is in het verminderen van het cannabisgebruik en het bewerkstelligen van abstinentie dan geen of minimale behandeling. Deze conclusie betreft de korte termijn (tot 4 maanden follow-up); over het effect op langere termijn ontbreken voldoende gegevens.
- A1: Davis et al. (2015); Cooper et al. (2015); Gates et al. (2016)
- A2: Litt et al. (2013); Jungerman et al. (2007); Hoch et al. (2014)

Niveau 1:

- Het is bij volwassenen met een stoornis in het gebruik van cannabis aangetoond dat op middelengebruik gerichte contingentie management effectiever is in het verminderen van het cannabisgebruik en het bewerkstelligen van abstinentie dan geen of minimale behandeling. Deze conclusie betreft de korte termijn (tot 4 maanden follow-up); over het effect op langere termijn ontbreken voldoende gegevens.
- A1: Davis et al. (2015); Cooper et al. (2015); Gates et al. (2016)
- A2: Litt et al. (2013); Jungerman et al. (2007); Hoch et al. (2014)

Niveau 2:

- Het is waarschijnlijk dat een gecombineerde behandeling met zowel cognitieve gedragstherapie als op middelengebruik gerichte contingentie management op de langere termijn (tot 12 maanden follow-up) effectiever is in het verminderen van het cannabisgebruik dan alleen cognitieve gedragstherapie of alleen contingentie management.
- A1: Gates et al. (2016)
- A2: Budney et al. (2006); Carroll et al. (2006, 2012); Kadden et al. (2007); Litt et al. (2013)
- B: Budney et al. (2000)

Niveau 1:

- Intensievere behandeling, van meer dan 4 sessies gedurende meer dan een maand, is effectiever in het verminderen van het cannabisgebruik en het bewerkstelligen van abstinentie dan minder intensieve behandeling van volwassenen met een stoornis in het gebruik van cannabis.
- A1: Gates et al. (2016)

Niveau 3:

- Er zijn bij non-treatment-seeking jongvolwassenen met regelmatig cannabisgebruik enige aanwijzingen dat kortdurende vroeginterventies op basis van motiverende gespreksvoering op de korte termijn (tot 3 maanden follow-up) effectief kunnen zijn in het verminderen van het cannabisgebruik, ten opzichte van een situatie zonder interventieaanbod. Over het langere termijn effect bestaat meer onzekerheid.
- A2: Stephens et al. (2007); Bernstein et al. (2009); Stein et al. (2011); Lee et al. (2013)
- B: De Dios et al. (2012); Fischer et al. (2012)

Niveau 1:

- De onderzochte behandelingen zijn effectiever in het reduceren van het cannabisgebruik dan in het bewerkstelligen van abstinentie. Relatief weinig personen – ongeveer een kwart van degenen in de interventiegroepen – was abtinent van cannabis ten tijde van de laatste follow-up meting.
- A1: Gates et al. (2016)

Niveau 3:

- Er zijn bij zowel volwassenen als jongeren met problematisch cannabisgebruik buiten een behandelsetting enige aanwijzingen dat digitale interventies op de korte termijn effectief kunnen zijn in het verminderen van het cannabisgebruik. Het gevonden effect is klein, en over de effecten op lange termijn ontbreken voldoende gegevens.

- A1: Tait et al. (2013); Hoch et al. (2016)
- B: Schaub et al. (2015)

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- De professionals zijn van mening dat de uitgebreide variant van cognitieve gedragstherapie (CGT, inclusief motiverende gespreksvoering) de standaardbehandeling is in de Nederlandse verslavingszorg, en dat de kortdurende variant van CGT thuishoort in de generalistische basis-GGz.
- ‘Nieuwe’ psychosociale behandelingen als mindfulness, Acceptance and Commitment Therapie (act), Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Assertive Community Treatment (ACT) en ook behandeling volgens het al lang bestaande Minnesota model hebben in de context van een verslavingsbehandeling volgens de professionals een onvoldoende duidelijke theoretische of klinisch aangetoonde onderbouwing en zouden pas ingezet moeten worden als de patiënt geen of onvoldoende baat heeft bij de standaardbehandeling met CGT, dan wel als aanvulling op de standaardbehandeling.
- De professionals zijn van mening dat contingentie management – het systematisch belonen van gewenst gedrag – eigenlijk de meest effectieve behandeling van verslaving is, met bovendien een goede theoretische onderbouwing. Op middelengebruik gerichte contingentie management wordt als behandeling echter niet of nauwelijks in de Nederlandse verslavingszorg toegepast. Zij wijzen er bovendien op dat de positieve bekrachtiging die in contingentie management gehanteerd wordt, aansluit bij de uitgangspunten van herstelondersteunende zorg. De professionals zijn van mening dat contingentie management veel meer in de Nederlandse verslavingszorg geïmplementeerd zou moeten worden en sommigen zijn van mening dat contingentie management wellicht zelfs de basis zou moeten vormen van behandeling in de verslavingszorg, (eventueel) aangevuld met cognitieve gedragstherapie en andere interventies. Zij pleiten ervoor om hieraan in deze richtlijn een aanbeveling te wijden.
- In de behandeling dient volgens de professionals expliciete aandacht te zijn voor a-specifieke factoren, waaronder de therapeutische relatie en de keuze en wensen van de patiënt. Aandacht voor deze factoren heeft een positief effect op de behandeluitkomst.
- De professionals zijn van mening dat een klinische opname voor detoxificatie of vervolgbehandeling, wanneer noodzakelijk, zo kort mogelijk dient te zijn. De patiënt dient zoveel mogelijk in zijn/haar eigen leefomgeving behandeld te worden, om te kunnen leren omgaan met zucht en andere risicosituaties die kunnen leiden tot terugval. Daarvoor is wél een zodanige mate van controle over het middelengebruik vereist dat de patiënt cognitief in staat is om voldoende van een behandeling te leren. Als dat niet het geval is, zal de patiënt zo goed mogelijk in een abstinente omgeving moeten worden getraind in terugvalpreventietechnieken. Buiten het omgaan met risico's is het van belang dat in de leefomgeving van de patiënt alternatieve activiteiten en bekrachtigers ontwikkeld worden, bijvoorbeeld met behulp van de Community Reinforcement Approach (CRA).
- Een opname is volgens de professionals geïndiceerd (1) als diagnostiek of behandeling van psychiatrische comorbiditeit gewenst of noodzakelijk is, die niet toereikend in een ambulante setting kan plaatsvinden, of (2) als er sprake is van herhaalde mislukte pogingen tot ambulante ontgiftiging, of van ambulante vervolgbehandelingen met onvoldoende resultaat, die volgens de patiënt en behandelaar te wijten zijn aan specifieke factoren (bijvoorbeeld systeemfactoren of

woonomstandigheden) die door een klinische opname aan te pakken zijn.

- De professionals vinden het zeer wenselijk om het systeem rond de patiënt te betrekken bij de behandeling. Het systeem heeft een belangrijke functie in het motiveren en gemotiveerd houden van de patiënt. In het geval van een medicamenteuze behandeling kan afgesproken worden dat een naastbetrokkene toezicht houdt op inname van de medicatie. Naast steun in het herstelproces en bij het voorkómen van terugval kan het systeem een signalerende rol naar de behandelaar vervullen bij (dreigende) terugval. Het systeem kan ook een in stand houdende rol vervullen, bijvoorbeeld door negativiteit en verwijten, nog afgezien van systeemdynamiek waarbij de verslaving van de patiënt een functie heeft in de homeostase. Volgens de professionals neemt de kans op een succesvolle behandeling af als aan dergelijke factoren in de behandeling onvoldoende aandacht wordt geschonken.
- De meeste professionals zijn van mening dat in de richtlijn – naast psychiatrische comorbiditeit – ook aandacht moet zijn voor behandeldoelen die niet (noodzakelijk) op abstinentie zijn gericht, en voor herstel(-ondersteunende zorg) op andere domeinen, waaronder de Community Reinforcement Approach (CRA), Individuele Plaatsing en Steun (IPS), Housing First en bijvoorbeeld fysieke inspanning (physical exercise).

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

- De ervaringsdeskundigen zijn unaniem van mening dat behandeling in de verslavingszorg (of algemene GGz) slechts een klein onderdeel uitmaakt van het herstelproces. Dit geldt zowel voor de rol van eerdere behandelingen die de cliënt ontvangen heeft, als voor de rol van behandeling in de periode dat de cliënt actueel in zorg is. Therapie kan de cliënt ondersteunen, maar de belangrijkste factor in het herstelproces is de cliënt zélf. Een verslaving is bovendien onderdeel van een veel bredere geschiedenis van de persoon. Het belang van het 'zorgstukje' in het leven en herstelproces van de cliënt zou om deze redenen gerelativeerd moeten worden.
- De ervaringsdeskundigen merken op dat een attitude waarin de behandelaar de cliënt louter benadert als verslaafde en niet als mens met een verslavingsprobleem cliënten niet stimuleert om naar zichzelf te kijken en vertrouwen te krijgen in de behandelaar: 'Als je wordt behandeld als verslaafde en niet als mens, ga je je ook gedragen als verslaafde'. Een behandelaar moet juist de menselijke kant van de cliënt aanspreken.
- Veel ervaringsdeskundigen geven aan dat psychologische behandeling, waaronder cognitieve gedragstherapie (CGT), hen veel goed gedaan heeft. Zij maken daarbij wel de kanttekening dat er in de verslavingszorg te snel naar de 'leefstijltraining' (CGT) verwezen wordt en er te weinig aandacht is voor alternatieven. Volgens sommigen zou de frequentie van de behandeling wellicht hoger moeten liggen, zodat het meer in de buurt komt van een dagbehandeling.
- Er kan in de verslavingszorg volgens de ervaringsdeskundigen veel meer een brug worden geslagen tussen enerzijds de behandeling en anderzijds peer support en zelfhulpgroepen. Lotgenoten, ervaringsdeskundigen en zelfhulpgroepen zijn in de behandeling misschien wel minstens zo belangrijk of zelfs belangrijker dan behandelaren.
- Ervaringsdeskundigen kunnen ook als co-therapeut fungeren en houden de behandelaren scherp. Zij moeten echter zelf ook scherp blijven, om te voorkomen dat zij zelf als behandelaar gaan optreden. De ervaringsdeskundigen pleiten ervoor dat de inzet van ervaringsdeskundigen/peer support in de behandeling vergoed moet worden, zoals aangegeven in het document "Dbc-

beroepentabel voor het dbc-pakket 2017 ggz" van de Nederlandse Zorgautoriteit.

- De ervaringsdeskundigen merken op dat er onder behandelaren nogal eens angst bestaat om de controle over de behandeling te verliezen wanneer een cliënt – naast zijn behandeling bij de instelling – naar een zelfhulpgroep gaat: ‘Wat wordt daar gedaan en afgesproken?’. Onder de ervaringsdeskundigen in de focusgroep wordt wisselend gedacht over de mate waarin behandelaren, ervaringsdeskundigen en anderen (bijvoorbeeld zelfhulpgroepen) die bij de behandeling betrokken zijn onderling informatie zouden moeten uitwisselen over de behandeling van de cliënt. Volgens sommigen is het, onder andere omwille van de zorgvuldigheid, belangrijk dat zo veel mogelijk informatie wordt uitgewisseld; volgens anderen is dat niet noodzakelijk.
- In het algemeen zou er volgens de ervaringsdeskundigen meer diversiteit moeten zijn in het behandel aanbod in de verslavingszorg. Zij noemen in dit verband onder andere het opstellen van een crisissignaleringsplan, het gelijktijdig stoppen met roken als onderdeel van de behandeling, het grote belang van hoop, zingeving en existentiële vragen in de behandeling en het herstelproces, en het inzetten van WRAP-teams in de behandeling (Wellness Recovery Action Plan) om cliënten te helpen invulling te geven aan hun herstelplan.
- Klinische behandeling zonder goede ambulante vervolgbehandeling is volgens de ervaringsdeskundigen geen (goede) behandeling. Goede behandeling veronderstelt dat er ook goede en doorlopende nazorg/monitoring wordt geboden. Verpleegkundigen of ervaringsdeskundigen of hulpverleners in de generalistische basis-GGz zouden daarbij een belangrijke rol kunnen spelen.
- Ten aanzien van de klinische twaalfstappenbehandeling volgens het Minnesota Model merken de ervaringsdeskundigen op dat deze behandeling slechts geschikt is voor een selecte doelgroep van mensen die qua huisvesting, relaties en werk nog goed ingebed zijn. De Minnesota behandelingen die in het buitenland worden aangeboden, worden volgens de ervaringsdeskundigen nogal eens geromantiseerd; voor veel verslaafde mensen is juist behandeling in de eigen omgeving van groot belang.
- De ervaringsdeskundigen vinden dat er in de verslavingszorg onvoldoende aandacht wordt besteed aan sociale aspecten, waaronder huisvesting en schulden. Ondersteuning bij het verkrijgen en behouden van huisvesting, schuldsanering en een zinvolle dagbesteding zijn wezenlijk onderdeel van herstelondersteunende zorg. Veel verslavingszorginstellingen hebben wel een link met bijvoorbeeld de Sociale Dienst, maar de rol van de gemeente is daarin steeds groter geworden. Er is nu steeds vaker sprake van een scheiding tussen enerzijds de verslavingszorg en GGz en anderzijds het maatschappelijk werk.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

5.4.3 Overwegingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen

Ten aanzien van op middelengebruik gerichte contingentie management wordt nogal eens als bezwaar ingebracht dat het hierbij om een dure interventie zou gaan, waarvoor bovendien weinig maatschappelijk draagvlak bestaat, omdat mensen met een verslaving in deze interventie worden beloond voor gedrag (het laten staan van drugs) dat in de samenleving als standaard normgedrag wordt beschouwd.

Tegen het eerste argument kan worden ingebracht dat patiënten in op middelengebruik gerichte contingentie management alleen worden beloond als zij het gewenste gedrag – abstinentie –

vertonen, en dat bewezen-effectieve interventies in de verslavingszorg (zoals contingentie management) vrijwel altijd kostenbesparend of kosteneffectief zijn vanwege de hoge maatschappelijke kosten die met verslaving gepaard gaan.

Bron: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2014.

Het tweede bezwaar – gebrek aan draagvlak – heeft betrekking op wat in de samenleving als moreel aanvaardbare en verantwoorde zorg wordt beschouwd en het zou te ver voeren hier in deze richtlijn op in te gaan. Wél merkt de werkgroep op dat er bij de zorgprofessionals die bij het opstellen van deze richtlijn betrokken zijn breed draagvlak is voor de implementatie van contingentie management in de verslavingszorg, en dat het van belang is om hierbij expliciet aandacht te besteden aan het creëren van draagvlak bij onder andere de zorgverzekeraars.

Ten slotte is het bij contingentie management van belang dat het hierbij gaat om een interventie waarvoor specialistische kennis vereist is. Om deze reden zou contingentie management naar de mening van de werkgroep alleen in de specialistische GGz (verslavingszorg) uitgevoerd moeten worden.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

5.5 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen

5.5.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van farmacotherapie bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van cannabis?

Aanbevelingen

- Er is geen evidentie voor een farmacologische behandeling van een stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen en er kan daarom geen farmacologische behandeling aanbevolen worden.
- Wanneer besloten wordt om farmacotherapie aan te bieden voor de behandeling van een stoornis in het gebruik van cannabis, dient de arts de patiënt duidelijk te informeren dat het om een 'off-label' voorgeschreven medicijn gaat en dient de patiënt daar toestemming ('informed consent') voor te geven. Het verdient aanbeveling dit zorgvuldig te legitimeren en documenteren en de voortgang van de behandeling, waaronder bijwerkingen, regelmatig te monitoren.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

5.5.2 Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen

Wetenschappelijke kennis

Op basis van een systematische literatuurreview en meta-analyse van de Cochrane Collaboration

Bron: Marshall et al., 2014.

die betrekking had op 14 gerandomiseerde studies (958 deelnemers; ±80% man; gemiddelde leeftijd 33 jaar) en vier studies die niet waren opgenomen in de meta-analyse, omdat zij later zijn gepubliceerd

Bron: McRae-Clark et al., 2015, 2016; Levin et al., 2016; Gray et al., 2017.

zijn de volgende conclusies getrokken.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat medicamenteuze behandeling met gabapentin (1200 mg/dag) effectief kan zijn in het bewerkstelligen van cannabis abstinentie bij volwassenen met een stoornis in cannabisgebruik.
- A1: Marshall et al. (2014)
- B: Mason et al. (2012)

Niveau 1:

- Er zijn verder geen aanwijzingen dat farmacotherapie – met THC-agonisten, antidepressiva, anxiolytica, anti-epileptica, 'stemmingsstabilisatoren' of n-acetylcysteïne – effectief is in het bewerkstelligen van cannabis abstinentie of het voorkomen van terugval bij volwassenen met een stoornis in het gebruik van cannabis.
- A1: Marshall et al. (2014)
- A2: McRae-Clark et al. (2015, 2016); Levin et al. (2016); Gray et al. (2017)

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als

volgt samen:

- De professionals achten medicamenteuze behandeling van verslaving geïndiceerd als de patiënt geen of onvoldoende baat heeft bij de standaardbehandeling met cognitieve gedragstherapie plus motiverende gespreksvoering of psychosociale behandeling, dan wel als de patiënt erom vraagt, nadat deze hierover voorlichting heeft gekregen.
- Voor de behandeling van stoornissen in het gebruik van de drugs die onderwerp zijn van deze richtlijn zijn geen bewezen effectieve medicijnen beschikbaar en dus ook geen medicijnen geregistreerd. Het behoort niettemin tot de individuele vrijheid van de arts om een medicijn waarvoor wel enige wetenschappelijke evidentie is off label voor te schrijven. Goede voorlichting aan de patiënt en goede monitoring zijn daarbij van groot belang. Medicijnen die bewezen niet effectief zijn dienen niet voorgeschreven te worden.

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

Naar de mening van de ervaringsdeskundigen moeten zoveel mogelijk medicijnen voor de behandeling van verslaving beschikbaar blijven, waarbij ook rekening gehouden moet worden met de bijwerkingen. Een medicijn zou alleen afgeschreven moeten worden als er overtuigend bewijs is dat het medicijn niet werkt. In alle gevallen zou daarbij aan verwachtingenmanagement gedaan moeten worden: er moet niet gesuggereerd worden dat het medicijn je 'geneest' van je verslaving.

- Volgens sommige ervaringsdeskundigen wordt aan cliënten in de verslavingszorg meestal weinig uitleg gegeven over de mogelijkheden, werkzaamheid en eventuele nadelen (o.a. bijwerkingen) van medicatie. Anderen vinden de uitleg over medicatie in de verslavingszorg – in tegenstelling tot die in de GGz – wél goed.
- Ten aanzien van cannabis merken de ervaringsdeskundigen op dat het mooi zou zijn als er een medicijn zou zijn dat de receptoren bezet, zodat het effect van cannabis geblokkeerd wordt.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

5.5.3 Overwegingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen

In het kader van het beperken van de gezondheidsschade ten gevolge van het roken van cannabis kan bij patiënten die geen of onvoldoende baat hebben bij psychosociale behandeling overwogen worden de patiënt te adviseren de cannabis via een vaporizer te inhaleren. Er zijn diverse onderzoeken verricht naar mogelijke gezondheidswinst van een vaporizer, ten opzichte van het roken van cannabis.

Bron: Gieringer et al., 2004; Earleywine & Barnwell, 2007; Malouff et al., 2014.

Deze studies suggereren dat het gebruik van een vaporizer voordelen heeft ten opzichte van het

roken van joints, vanwege de schadelijke verbrandingsproducten die de roker binnenkrijgt.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

5.6 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij jongeren

5.6.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij jongeren

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van psychologische behandeling van stoornissen in het gebruik van cannabis bij jongeren?

Aanbevelingen

- Het verdient aanbeveling om bij jongeren met een stoornis in het gebruik van cannabis een behandeling met cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering aan te bieden, of een gezinsbehandeling als multidimensionele gezinstherapie. Een intensievere ambulante behandeling gedurende meerdere maanden heeft daarbij de voorkeur.
- Bij jonge adolescenten en degenen met – naast een stoornis in het gebruik van cannabis – een gedragsstoornis of internaliserende problemen kan een gezinsbehandeling als multidimensionele gezinstherapie overwogen worden, en bij oudere adolescenten en degenen zonder psychiatrische comorbiditeit cognitieve gedragstherapie met motiverende gespreksvoering.
- Een aanvullend behandelaanbod van op middelengebruik gerichte contingentie management heeft bij cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering waarschijnlijk toegevoegde waarde en dient daarom overwogen te worden.
- Het verdient aanbeveling om op middelengebruik gerichte contingentie management breed in de specialistische GGz (verslavingszorg) in Nederland te implementeren.
- Op middelengebruik gerichte contingentie management dient breed in de specialistische GGz (verslavingszorg) in Nederland geïmplementeerd te worden.
- Bij jongeren met een stoornis in het gebruik van cannabis die onvoldoende baat hebben bij cognitieve gedragstherapie kan een behandeling met de Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) overwogen worden.
- Motiverende gespreksvoering dient overwogen te worden bij alle psychologische behandelingen van een stoornis in het gebruik van cannabis, bij jongeren met een (nog) ambivalente hulpvraag.
- Motiverende gespreksvoering wordt aanbevolen als eerste keuze in de context van een geïndiceerde vroeginterventie, bij jongeren die (nog) geen professionele hulp zoeken voor problematisch cannabisgebruik.
- Digitale (online) zelfhulpinterventies kunnen effectief zijn in het verminderen van het cannabisgebruik bij jongeren die (nog) geen professionele hulp zoeken, kunnen op elk gewenst moment worden gebruikt, zijn relatief goedkoop, en worden om deze redenen aanbevolen.
- Digitale interventies kunnen ook overwogen worden als aanvulling op een behandeling met reguliere, face-to-face gesprekken, in het kader van een 'blended' behandeling.
- Het verdient aanbeveling om jongeren tijdens hun behandeling te informeren over aanvullende zelfhulpmogelijkheden, waaronder zelfhulpgroepen.
- Het verdient aanbeveling om, waar mogelijk, het systeem rond de patiënt te betrekken bij de

behandeling.

- Het verdient aanbeveling om in de behandeling expliciet aandacht te besteden aan de therapeutische relatie en de keuze en wensen van de patiënt.
- Aanbevolen wordt om in de behandeling – naast psychiatrische comorbiditeit – ook aandacht te hebben voor behandeldoelen die niet (noodzakelijk) op abstinentie gericht zijn, en voor herstelondersteunende zorg op andere domeinen, waaronder de sociale inbedding, huisvesting en financiële situatie van de patiënt (zie Herstelondersteunende interventies).

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

5.6.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij jongeren

Wetenschappelijke kennis

Meta-analyses

Voor het in kaart brengen van de evidentie van psychologische behandelingen van cannabismisbruik of -afhankelijkheid bij jongeren is de meta-analyse van Bender et al. (2011) als uitgangspunt genomen. In de meta-analyse, van gerandomiseerde studies (RCTs) die tot 2008 waren gepubliceerd, werden 15 studies geïnccludeerd, onder in totaal 1.559 adolescenten (12-19 jaar oud). Alle studies hadden betrekking op behandelingen; preventiestudies werden op voorhand geëxcludeerd. Alle onderzochte interventies werden face-to-face uitgevoerd. De onderzochte interventies betroffen individuele behandelingen, waaronder motiverende gespreksvoering, kortdurende interventies, cognitieve gedragstherapie, ondersteunende counseling en psycho-educatie (7 RCTs), gezinsbehandelingen als relationele gezinstherapie, multisystemische therapie en multidimensionele gezinstherapie (7 RCTs), of een combinatie van beide (1 RCT). De follow-up periode in de studies varieerde van 2 tot 12 maanden. De vergelijkingsconditie bestond in 12 studies uit een actieve vergelijkingsbehandeling (waaronder in 5 studies treatment as usual), en in 3 studies uit een wachtlijst controle.

Wat betreft digitale interventies bij personen met problematisch cannabisgebruik zijn recente meta-analyses beschikbaar van Tait et al. (2013) en Hoch et al. (2016). De meta-analyse van Tait et al. bevatte 10 gerandomiseerde studies met in totaal 4.125 deelnemers en de meta-analyse van Hoch et al. 4 gerandomiseerde studies met 1.928 deelnemers. Beide meta-analyses vertonen veel overlap en bevatten studies onder zowel volwassenen, jongeren als gemengde groepen.

Naast deze meta-analyses – die alle specifiek betrekking hebben op cannabis – voerden Tanner-Smith et al. (2013) een meta-analyse uit naar de effectiviteit van ambulante behandeling van adolescenten met uiteenlopende stoornissen in het gebruik van middelen. In deze meta-analyse werden 45 studies onderzocht, waarvan 44 RCTs. De onderzochte interventies betroffen (cognitieve) gedragstherapie (inclusief de Community Reinforcement Approach), motiverende gespreksvoering, psycho-educatie, groeps counseling, gezinstherapieën en treatment as usual. In deze meta-analyse bleken de grootste reducties in het middelengebruik betrekking te hebben op cannabis en de kleinste reducties op alcohol en andere middelen, waaronder cocaïne.

Aanvullende literatuurstudie

Onze aanvullende literatuurstudie resulteerde in 8 gerandomiseerde studies onder jongeren met een stoornis in het gebruik van cannabis die niet in deze meta-analyses waren opgenomen (in totaal 1.861 deelnemers).

Bron: Dennis et al., 2004; Rigter et al., 2013; Hendriks et al., 2011; Stein et al., 2011; Stanger et al., 2009, 2015; Killeen et al., 2012; Godley et al., 2014; Kaminer et al., 2014.

Alle studies hadden betrekking op face-to-face behandelingen. In 5 studies was contingentie management, al dan niet in combinatie met MGV en CGT, één van de onderzochte behandelingen. In de 3 overige studies betrof de interventie MGV, gecombineerde MGV + CGT, multidimensionele gezinstherapie of andere gezinsbehandeling, of de op adolescenten toegesneden Community Reinforcement Approach (A-CRA). In alle studies werden deze interventies vergeleken met (een) actieve vergelijkingsbehandeling(en).

Daarnaast vonden wij 7 RCTs onder jongeren met “regelmatig gebruik” van cannabis, bij wie in de meeste studies geen formele diagnose van cannabismisbruik of -afhankelijkheid was vastgesteld (in totaal 1.223 deelnemers).

Bron: McCambridge & Strang, 2004; Walker et al., 2006; Martin & Copeland, 2008; McCambridge et al., 2008; Walker et al., 2011; De Gee et al., 2014; Dupont et al., 2016.

Deze studies hadden in alle gevallen betrekking op jongeren die geen professionele hulp zochten (non-treatment-seekers) en de interventie betrof in alle studies een kortdurende (vroeg)interventie op basis van motiverende gespreksvoering (1 tot 4 sessies) die face-to-face werd aangeboden. Vanwege het belang van vroege interventies bij cannabisgebruik en het beschikbare interventieaanbod op dit gebied zijn ook deze studies in de onderhavige richtlijn opgenomen.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van deze literatuur concluderen wij het volgende.

Niveau 2:

- Het is bij jongeren met een stoornis in het gebruik van cannabis waarschijnlijk dat (cognitieve)

gedragstherapie en gezinsbehandelingen als multidimensionele gezinstherapie en geïntegreerde, gezinsgerichte cognitieve gedragstherapie effectiever zijn in het verminderen van het cannabisgebruik dan minimale vergelijkingsbehandelingen als counseling of psycho-educatie.

- A1: Bender et al. (2011)

Niveau 2:

- Het is bij jongeren met een stoornis in het gebruik van cannabis waarschijnlijk dat (cognitieve) gedragstherapie, al dan niet in combinatie met motiverende gespreksvoering, en gezinsbehandelingen als multidimensionele gezinstherapie onderling niet verschillen in effectiviteit.

- A1: Bender et al. (2011)
- A2: Dennis et al. (2004); Hendriks et al. (2011); Rigter et al. (2013)

Niveau 2:

- Er zijn bij jongeren met een stoornis in het gebruik van cannabis aanwijzingen dat op middelengebruik gerichte contingentie management op de korte termijn toegevoegde waarde kan hebben boven een aanbod van cognitieve gedragstherapie met motiverende gespreksvoering. Voor de effecten op lange termijn ontbreekt hiervoor afdoende bewijs.

- A2: Stanger et al. (2009, 2015); Godley et al. (2014)
- B: Kaminer et al. (2014)

Niveau 3:

- Er is bij jongeren met een stoornis in het gebruik van cannabis enige aanwijzing dat behandeling met de Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) effectief kan zijn in het verminderen van het cannabisgebruik.

- A2: Dennis et al. (2004); Godley et al. (2014)

Niveau 3:

- Er zijn bij non-treatment-seeking jongeren met regelmatig cannabisgebruik enige aanwijzingen dat kortdurende vroeginterventies op basis van motiverende gespreksvoering op de korte termijn (3 maanden) effectief kunnen zijn in het verminderen van het cannabisgebruik, ten opzichte van een situatie zonder interventieaanbod. De meerwaarde van motiverende gespreksvoering ten opzichte van een minimale, op cannabis gerichte, psycho-educatie interventie is niet aangetoond.

- A2: McCambridge & Strang (2004); Martin & Copeland (2008); McCambridge et al. (2008); Walker et al. (2006, 2011); De Gee et al. (2014); Dupont et al. (2016)

Niveau 3:

- Er zijn bij zowel volwassenen als jongeren met problematisch cannabisgebruik buiten een behandelsetting enige aanwijzingen dat digitale interventies op de korte termijn effectief kunnen zijn in het verminderen van het cannabisgebruik. Het gevonden effect is klein, en over de effecten op lange termijn ontbreken voldoende gegevens.

- A1: Tait et al. (2013); Hoch et al. (2016)

Professionele kennis

Hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals ten aanzien van de psychologische behandeling van volwassenen met een stoornis in het gebruik van cannabis (zie [Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen: professionele kennis](#)) is eveneens van toepassing op jongeren met deze stoornis.

Ervaringskennis

Hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiënten-vertegenwoordigers ten aanzien van de psychologische behandeling van volwassenen met een stoornis in het gebruik van cannabis (zie [Overwegingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen: ervaringskennis](#)) is eveneens van toepassing op jongeren met deze stoornis.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

5.6.3 Overwegingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij jongeren

In een secundaire analyse

Bron: Hendriks et al., 2012.

van de gerandomiseerde studie van Hendriks en collega's (2011) bleken leeftijd en psychiatrische comorbiditeit het behandelingseffect te modereren. Jongere adolescenten (t/m 16 jaar) en degenen met – naast een stoornis in het gebruik van cannabis – internaliserende of externaliserende psychiatrische problematiek hadden in termen van reductie in cannabisgebruik meer baat bij multidimensionele gezinstherapie (MDFT), terwijl oudere adolescenten (17-18 jaar) en degenen zonder deze psychiatrische comorbiditeit juist meer baat hadden bij cognitieve gedragstherapie plus motiverende gespreksvoering (CGT).

De gegevens uit de studie van Hendriks et al. (2011) werden ook gebruikt om de kosteneffectiviteit van MDFT versus CGT te onderzoeken.

Bron: Goorden et al., 2016.

Hierbij werd gekeken naar zowel de kosten van de behandeling als de kosten verbonden aan de criminaliteit door de jongeren. MDFT resulteerde in een – significant, maar bescheiden – grotere winst in kwaliteit van leven (Quality Adjusted Life Years; QALY's) dan CGT, maar MDFT was ook de duurder behandeling. De kosten per 'gewonnen' QALY waren lager in de MDFT-groep dan de CGT-groep, en dit verschil ten gunste van MDFT nam toe wanneer de criminaliteitskosten waren verdisconteerd. Op grond van dit onderzoek is er dus enige aanwijzing dat MDFT kosteneffectiever is dan CGT.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

5.7 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij jongeren

5.7.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij jongeren

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van farmacotherapie bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van cannabis bij jongeren?

Aanbevelingen

- Er is geen evidentie voor een farmacologische behandeling van een stoornis in het gebruik van cannabis bij jongeren en er kan daarom geen farmacologische behandeling aanbevolen worden.
- Bij jongeren met een stoornis in het gebruik van cannabis die onvoldoende baat hebben bij een psychologische behandeling kan n-acetylcysteïne overwogen worden.
- Wanneer besloten wordt om farmacotherapie aan te bieden voor de behandeling van een stoornis in het gebruik van cannabis, dient de arts de patiënt duidelijk te informeren dat het om een 'off-label' voorgeschreven medicijn gaat en dient de patiënt daar toestemming ('informed consent') voor te geven. Het verdient aanbeveling dit zorgvuldig te legitimeren en documenteren en de voortgang van de behandeling, waaronder bijwerkingen, regelmatig te monitoren.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

5.7.2 Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij jongeren

Wetenschappelijke kennis

Deze aanbevelingen zijn niet gebaseerd op een systematische literatuur review en/of meta-analyse, omdat deze niet beschikbaar waren. Op basis van twee gerandomiseerde studies die zijn uitgevoerd onder jongeren

Bron: Gray et al., 2012; Miranda et al., 2016.

zijn de volgende conclusies getrokken.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat behandeling met n-acetylcysteïne (1200 mg/dag) effectief kan zijn in het reduceren van cannabisgebruik onder jongeren met een stoornis in het gebruik van cannabis.
- A1: Marshall et al. (2014)
- A2: Gray et al. (2012)

Niveau 3:

- Er is geen aanwijzing dat topiramaat effectief is in het verminderen van cannabisgebruik onder jongeren met een stoornis in het gebruik van cannabis.
- B: Miranda et al. (2016)

Professionele kennis

Hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals ten aanzien van de farmacologische behandeling van volwassenen met een stoornis in het gebruik van cannabis (zie [Onderbouwing Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen: professionele kennis](#)) is eveneens van toepassing op jongeren met deze stoornis.

Ervaringskennis

Hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers ten aanzien van de farmacologische behandeling van volwassenen met een stoornis in het gebruik van cannabis (zie [Onderbouwing Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen: ervaringskennis](#)) is eveneens van toepassing op jongeren met deze stoornis.

5.7.3 Overwegingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij jongeren

In het kader van het beperken van de gezondheidsschade ten gevolge van het roken van cannabis kan bij patiënten die geen of onvoldoende baat hebben bij psychosociale behandeling overwogen worden de patiënt te adviseren de cannabis via een vaporizer te inhaleren (zie [Overwegingen Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen](#)).

5.8 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij psychiatrische comorbiditeit

5.8.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij psychiatrische comorbiditeit

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van psychologische behandeling van stoornissen in het gebruik van cannabis bij patiënten met psychiatrische comorbiditeit?

Aanbevelingen

- Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van cannabis en een comorbide psychiatrische stoornis verdient het aanbeveling zowel de stoornis in het gebruik van cannabis als de comorbide psychiatrische stoornis te behandelen, en daarbij vooralsnog de adviezen in de richtlijnen voor de betreffende comorbide stoornis(sen) te volgen.
- Hoewel er onvoldoende evidentie bestaat voor geïntegreerde behandeling conform het IDDT model, wordt aanbevolen om bij patiënten met een stoornis in het gebruik van cannabis en een comorbide psychiatrische stoornis de problematiek in samenhang te benaderen (zie: Addendum Stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen).
- Het verdient aanbeveling de volgorde van behandeling van een patiënt met een stoornis in het gebruik van cannabis en een comorbide psychiatrische stoornis door middel van gedeelde besluitvorming tussen patiënt en behandelaar tot stand te laten komen en daarbij aandacht te hebben voor biologische, psychologische en sociale aspecten.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#).

5.8.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij psychiatrische comorbiditeit

Wetenschappelijke kennis

Over de bovengenoemde uitgangsvraag is geen meta-analyse voorhanden die het bredere spectrum van psychiatrische comorbiditeit behelst en specifiek betrekking heeft op cannabis. Wél zijn drie recente systematische reviews beschikbaar van psychologische interventies gericht op het reduceren van (o.a.) cannabisgebruik bij mensen met een psychotische stoornis.

Bron: Hjorthøy et al., 2014; McLoughlin et al., 2014; Cooper et al., 2015.

In de reviews van McLoughlin en Cooper werd geen formele meta-analyse uitgevoerd; de onderzochte studies waren daarvoor te verschillend van opzet en vertoonden te veel methodologische tekortkomingen.

In de review van Hjorthøy werd wél een meta-analyse verricht: op basis van 5 RCTs luidde de conclusie dat de onderzochte psychosociale behandelingen ten opzichte van de vergelijkingsbehandelingen geen significant effect hadden op de frequentie van het cannabisgebruik (gepoolde effectgrootte “standardized mean difference” = 0,15) bij patiënten met een psychotische stoornis. Vanwege de methodologische tekortkomingen in zowel deze meta-analyse als de daarin opgenomen studies zijn onze conclusies ten aanzien van de bevindingen uit de wetenschappelijke

literatuur gebaseerd op de individuele studies die in deze systematische reviews zijn opgenomen (6 gerandomiseerde studies), alsmede op 1 gerandomiseerd onderzoek uit onze aanvullende literatuurstudie.

Bron: Baker et al., 2006; Edwards et al., 2006; Bonsack et al., 2011; Smeerdijk et al., 2012, 2015; Hjorthøy et al., 2013; Madigan et al., 2013; Barrouwclough et al., 2014.

In totaal gaat het hierbij om 590 deelnemers.

In al deze studies bestond de onderzoeksgroep uit personen met een psychotische stoornis. In 3 van de 7 studies was bij alle onderzochte deelnemers sprake van een formele stoornis in het gebruik van cannabis (misbruik of afhankelijkheid). In 3 studies was dat slechts bij een deel van de deelnemers (49-82%) het geval, en in 1 studie ging het om “regelmatige cannabisgebruikers”, zonder dat een formele diagnose was gesteld. Alle studies hadden betrekking op face-to-face behandelingen. De onderzochte behandelingen betroffen MGV (1 studie) of een combinatie van MGV plus CGT (6 studies). Deze interventies werden in de meeste studies toegevoegd aan treatment as usual, en vergeleken met alleen treatment as usual.

In 4 van de 7 studies was sprake van (ernstige) methodologische tekortkomingen, waaronder een gering aantal patiënten per behandelconditie, lage follow-up percentages, of uitsluitend analyse in subgroepen in plaats van in de intention-to-treat populatie. De ‘treatment as usual’ werd in de meeste studies aangeboden in zowel de controleconditie als de experimentele behandelconditie, werd in geen van de studies gestandaardiseerd, en bestond vaak uit intensieve – en tussen individuele patiënten sterk verschillende – behandelingen.

Naast deze studies onder personen met een psychotische stoornis vonden wij in onze aanvullende literatuurstudie 2 gerandomiseerde studies (in totaal 371 deelnemers) die betrekking hadden op psychologische interventies bij personen met problematisch cannabisgebruik en comorbide depressie.

Bron: Kay-Lambkin et al., 2009, 2011.

Ook in deze 2 studies was sprake van methodologische tekortkomingen. Naar psychologische behandelingen van problematisch cannabisgebruik en andere comorbide psychiatrische stoornissen (waaronder angststoornissen, bipolaire stoornis en ADHD) is tot op heden geen gerandomiseerd onderzoek verricht.

Tot slot vonden wij in onze aanvullende literatuurstudie 2 studies waarin – in een secundaire analyse – specifiek is onderzocht of de aan- of afwezigheid van (bepaalde) psychiatrische comorbiditeit van invloed was op het behandel-effect in de onderzoekscondities.

Bron: Easton et al., 2012; Hendriks et al., 2012.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de gereviewde literatuur concluderen wij het volgende.

Niveau 3:

- Er zijn bij patiënten met zowel een stoornis in het gebruik van cannabis als een psychotische stoornis enige aanwijzingen dat cognitieve gedragstherapie plus motiverende gespreksvoering of alleen motiverende gespreksvoering, in aanvulling op de standaardbehandeling, niet effectiever zijn in het verminderen van het cannabisgebruik dan alleen standaardbehandeling. De standaardbehandeling bestond in vrijwel alle studies echter uit een intensief, en tussen individuele patiënten onderling sterk variërend, aanbod.
- A1: McLoughlin et al. (2014); Cooper et al. (2015)
- A2: Bonsack et al. (2006); Hjorthøy et al. (2013); Barrowclough et al. (2014); Hjorthøy et al. (2014)
- B: Baker et al. (2006); Madigan et al. (2013)
- C: Edwards et al. (2006)

Niveau 3:

- Er zijn bij patiënten met zowel een stoornis in het gebruik van cannabis als een psychotische stoornis enige aanwijzingen dat cognitieve gedragstherapie plus motiverende gespreksvoering of alleen motiverende gespreksvoering, in aanvulling op de standaardbehandeling, niet effectiever zijn in het verminderen van de psychotische symptomen of het verbeteren van het algemeen functioneren dan alleen standaardbehandeling. De standaardbehandeling bestond in vrijwel alle studies echter uit een intensief, en tussen individuele patiënten onderling sterk variërend, aanbod.
- A1: McLoughlin et al. (2014); Cooper et al. (2015)
- A2: Bonsack et al. (2006); Hjorthøy et al. (2013); Barrowclough et al. (2014); Hjorthøy et al. (2014)
- B: Baker et al. (2006); Madigan et al. (2013)
- C: Edwards et al. (2006)

Niveau 3:

- Er is bij patiënten met problematisch cannabisgebruik en een comorbide depressieve stoornis geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van motiverende gespreksvoering plus cognitieve gedragstherapie. Vanwege het ontbreken van gerandomiseerd

onderzoek geldt dit eveneens voor patiënten met – naast cannabisproblemen – andere psychiatrische stoornissen, waaronder angststoornissen, bipolaire stoornis en ADHD.

- B: Kay-Lambkin et al. (2009)
- C: Kay-Lambkin et al. (2011)

Niveau 3

- Er zijn geen aanwijzingen dat de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie of counseling, al dan niet in combinatie met contingentie management, verschilt tussen jongvolwassenen met of zonder een antisociale persoonlijkheidsstoornis naast een stoornis in het gebruik van cannabis.
- B:Easton et al. (2012)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat jonge adolescenten en degenen met – naast een stoornis in het gebruik van cannabis – een gedragsstoornis of internaliserende problemen meer baat hebben bij multidimensionele gezinstherapie, en oudere adolescenten en degenen zonder deze comorbiditeit bij cognitieve gedragstherapie. Deze bevinding dient in prospectieve studies verder onderzocht te worden.
- B: Hendriks et al. (2012)

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- Bij alle vormen van psychiatrische comorbiditeit verdient integrale behandeling van de verslaving en de comorbide stoornis volgens de professionals de voorkeur. Daarbij geldt voor een aantal comorbide stoornissen, indien er een sterk vermoeden is van middelengeïnduceerde comorbiditeit, dat de verslavingsbehandeling wordt gestart en de comorbiditeit gedurende enkele weken alleen wordt gemonitord totdat er al dan niet een autonome comorbide psychiatrische stoornis wordt gediagnosticeerd.
- De professionals wijzen er in dit kader op dat het behandelen van psychiatrische comorbiditeit niet automatisch leidt tot een gunstig resultaat wat betreft de verslaving.
- De meeste professionals zijn van mening dat in de richtlijn – naast psychiatrische comorbiditeit – ook aandacht moet zijn voor behandeldoelen die niet (noodzakelijk) op abstinentie zijn gericht, en voor herstel(-ondersteunende zorg) op andere domeinen, waaronder de Community Reinforcement Approach (CRA), Individuele Plaatsing en Steun (IPS), Housing First en bijvoorbeeld fysieke inspanning (physical exercise).

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

- De ervaringsdeskundigen geven aan dat de intake niet alleen betrekking moet hebben op de verslaving, maar ook op andere domeinen, waaronder psychische problemen. Vooral psychiatrische comorbiditeit kan in de intake onderbelicht blijven. Niet alle cliënten zijn zich ervan bewust dat zij psychische problemen of een trauma hebben, en intakeurs durven soms niet naar trauma's te vragen.

- De ervaringsdeskundigen vinden dat er in de verslavingszorg onvoldoende aandacht wordt besteed aan sociale aspecten, waaronder huisvesting en schulden. Ondersteuning bij het verkrijgen en behouden van huisvesting, schuldsanering en een zinvolle dagbesteding zijn wezenlijk onderdeel van herstelondersteunende zorg. Veel verslavingszorginstellingen hebben wel een link met bijvoorbeeld de Sociale Dienst, maar de rol van de gemeente is daarin steeds groter geworden. Er is nu steeds vaker sprake van een scheiding tussen enerzijds de verslavingszorg en GGz en anderzijds het maatschappelijk werk.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

5.9 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij psychiatrische comorbiditeit

5.9.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij psychiatrische comorbiditeit

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van farmacotherapie bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van cannabis en psychiatrische comorbiditeit?

Aanbevelingen

- Er is geen evidentie voor een farmacologische behandeling van een stoornis in het gebruik van cannabis bij patiënten met een comorbide depressie, ADHD, of psychotische stoornis en er kan daarom geen farmacologische behandeling aanbevolen worden.
- Bij patiënten met andere psychiatrische comorbiditeit kan, vanwege het ontbreken van onderzoek, evenmin een farmacologische behandeling van een stoornis in het gebruik van cannabis aanbevolen worden.
- Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van cannabis en een comorbide psychiatrische stoornis verdient het aanbeveling zowel de stoornis in het gebruik van cannabis als de comorbide psychiatrische stoornis te behandelen, en daarbij vooral nog de adviezen in de richtlijnen voor de betreffende comorbide stoornis(sen) te volgen.
- Hoewel er onvoldoende evidentie bestaat voor geïntegreerde behandeling conform het IDDT model, wordt aanbevolen om bij patiënten met een stoornis in het gebruik van cannabis en een comorbide psychiatrische stoornis de problematiek in samenhang te benaderen (zie: Addendum Stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen).
- Het verdient aanbeveling de volgorde van behandeling van een patiënt met een stoornis in het gebruik van cannabis en een comorbide psychiatrische stoornis door middel van gedeelde besluitvorming tussen patiënt en behandelaar tot stand te laten komen en daarbij aandacht te hebben voor biologische, psychologische en sociale aspecten.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

5.9.2 Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij psychiatrische comorbiditeit

Wetenschappelijke kennis

Op basis van zeven gerandomiseerde studies naar de effectiviteit van farmacotherapie bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van cannabis en comorbide psychiatrie bij jongeren en/of jongvolwassenen en/of volwassenen zijn de volgende conclusies getrokken.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van farmacotherapie bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van cannabis en comorbide depressie?

Niveau 2:

- Er zijn aanwijzingen dat de antidepressiva fluoxetine en venlafaxine in de behandeling van stoornissen in het gebruik van cannabis en comorbide depressie niet effectief zijn in het reduceren van cannabisgebruik of het verminderen van depressieve klachten.
- A2: Cornelius et al. (2010); Levin et al. (2013)
- B: Findling et al. (2009)

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van farmacotherapie bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van cannabis en comorbide ADHD?

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat farmacotherapie – met atomoxetine of vertraagde-afgifte methylfenidaat – bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van cannabis en comorbide ADHD niet effectief is in het reduceren van cannabis- en overig middelengebruik of het verminderen van ADHD symptomen.
- B: Thurstone et al. (2010); Riggs et al. (2011)

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van farmacotherapie bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van cannabis en een comorbide psychotische stoornis?

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over het verschil in effectiviteit van risperidon, olanzapine, clozapine, haloperidol of andere – eerste of tweede generatie – antipsychotica in het reduceren van cannabisgebruik of het verminderen van psychotische symptomen. Clozapine lijkt wel gepaard te gaan met meer bijwerkingen dan andere antipsychotica.
- A2: Wilson & Bhattacharyya (2016)
- B: Brunette et al. (2011); Schnell et al. (2014)

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- De professionals achten medicamenteuze behandeling van verslaving geïndiceerd als de patiënt geen of onvoldoende baat heeft bij de standaardbehandeling met cognitieve gedragstherapie plus motiverende gespreksvoering of psychosociale behandeling, dan wel als de patiënt erom vraagt, nadat deze hierover voorlichting heeft gekregen.
- Voor de behandeling van stoornissen in het gebruik van de drugs die onderwerp zijn van deze richtlijn zijn geen bewezen effectieve medicijnen beschikbaar en dus ook geen medicijnen geregistreerd. Het behoort niettemin tot de individuele vrijheid van de arts om een medicijn waarvoor wel enige wetenschappelijke evidentie is off label voor te schrijven. Goede voorlichting aan de patiënt en goede monitoring zijn daarbij van groot belang. Medicijnen die bewezen niet effectief zijn dienen niet voorgeschreven te worden.
- In het kader van verslaving en een comorbide psychotische stoornis wijzen de professionals op de geringe effectiviteit van clozapine voor wat betreft de verslavingproblematiek. Bij gebrek aan gunstige effecten op de verslaving van andere – zowel klassieke als atypische – neuroleptica, wordt de geringe evidentie voor een positief effect van clozapine op de verslaving door klinici nogal eens met beide handen aangegrepen als er sprake is van een comorbide psychotische stoornis.
- Volgens de professionals kan melatonine, mits goed gedoseerd en op de juiste wijze/tijd ingenomen, effectief zijn in de behandeling van comorbide slaapstoornissen.

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

- De ervaringsdeskundigen geven aan dat de intake niet alleen betrekking moet hebben op de verslaving, maar ook op andere domeinen, waaronder (overige) psychische problemen. Vooral psychiatrische comorbiditeit kan in de intake onderbelicht blijven. Niet alle cliënten zijn zich ervan bewust dat zij psychische problemen of een trauma hebben, en intakers durven soms niet naar trauma's te vragen.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

5.9.3 Overwegingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij psychiatrische comorbiditeit

In het kader van het beperken van de gezondheidsschade ten gevolge van het roken van cannabis kan bij patiënten die geen of onvoldoende baat hebben bij psychosociale behandeling overwogen worden de patiënt te adviseren de cannabis via een vaporizer te inhaleren (zie [Overwegingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen](#)).

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

5.10 Behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij

comorbide middelenstoornis(sen)

5.10.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij comorbide middelenstoornis(sen)

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van de behandeling van stoornissen in het gebruik van cannabis bij personen met comorbide middelenstoornis(sen)?

Aanbevelingen

- Voor de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van cannabis en een comorbide middelenstoornis is geen specifieke evidentie beschikbaar en er kunnen derhalve geen specifieke aanbevelingen worden gedaan.
- Aanbevolen wordt om bij patiënten met een stoornis in het gebruik van cannabis en een comorbide middelenstoornis de adviezen in deze en andere richtlijnen te volgen voor de behandeling van elk van de betreffende middelenstoornissen en de problematiek in samenhang te benaderen.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

5.10.2 Onderbouwing behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij comorbide middelenstoornis(sen)

Wetenschappelijke kennis

Bij tweederde van de mensen die in 2015 bij de Nederlandse verslavingszorg hulp zochten voor een primair cannabisprobleem betrof dit een enkelvoudig probleem. Ruim eenderde rapporteerde naast cannabis een secundair probleemmiddel, meestal alcohol (13%), cocaïne (6%), of nicotine (<10%).

Bron: Wisselink et al., 2016.

In geen van de meta-analyses, systematische reviews of individuele studies op het gebied van cannabis die in dit hoofdstuk besproken zijn, noch in de meta-analyses van Dutra et al. (2008) en Magill & Ray (2009), werd systematisch aandacht besteed aan bijkomend gebruik van andere middelen. In verreweg de meeste studies was de aanwezigheid van een comorbide middelenstoornis of -afhankelijkheid (met uitzondering van nicotine) een exclusiecriteria.

Conclusie

Conclusie: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van deze literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van behandeling van een stoornis in het gebruik van cannabis bij patiënten met comorbide middelenstoornis(sen). Er is evenmin bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de mate waarin de aanwezigheid van comorbide middelenstoornissen de effectiviteit van behandeling van een stoornis in het gebruik van cannabis beïnvloedt.
- A1: Davis et al. (2015); Cooper et al. (2015); Gates et al. (2016); Marshall et al. (2014); Bender et al. (2011); Tanner-Smith et al. (2013); Hjorthøy et al. (2014); Dutra et al. (2008); Magill & Ray (2009)

Professionele kennis

In de focusgroepbijeenkomsten met de professionals is de behandeling van stoornissen in het gebruik van cannabis bij comorbide middelenstoornis(sen) niet aan de orde gekomen.

Ervaringskennis

In de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen/patiëntenvertegenwoordigers is de behandeling van stoornissen in het gebruik van cannabis bij comorbide middelenstoornis(sen) niet aan de orde gekomen.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

5.10.3 Overwegingen behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij comorbide middelenstoornis(sen)

Gezien het ontbreken van onderzoek naar de effectiviteit van behandeling van een stoornis in het gebruik van cannabis bij patiënten met een comorbide middelenstoornis is de werkgroep van mening dat bij de behandeling van deze patiënten voorlopig het best de adviezen in deze en andere richtlijnen gevolgd kunnen worden voor elk van de betreffende middelenstoornissen en dat deze in samenhang benaderd moeten worden.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

5.11 Overige behandelingen stoornis in het gebruik van cannabis

Ten aanzien van onderstaande behandelingen, welke worden besproken in Overige behandelingen

gericht op reductie van drugsgebruik van deze MDR, vonden wij in de wetenschappelijke literatuur geen gerandomiseerde studies die specifiek betrekking hadden op personen met een stoornis in het gebruik van cannabis:

- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR);
- Acceptance and Commitment Therapy (act);
- mindfulness;
- cognitieve (werkgeheugen- of aandachts-) training;
- acupunctuur;
- neuromodulatie (neurofeedback; transcraniële magnetische stimulatie);
- ambulante of klinische (Minnesota Model) twaalfstappenbehandeling.

6. Cocaïne

Autorisatiedatum 26-02-2018 Beoordelingsdatum 26-02-2018

6.1 Algemene inleiding

Cocaïne is een alkaloïde die wordt gedestilleerd uit de coca-plant. Cocaïne is in twee vormen op de illegale drugsmarkt verkrijgbaar; als zout en als base. In de 'zout-variant' (cocaïne-hydrochloride) wordt cocaïne gesnoven of geïnjecteerd – en soms gerookt in een zelfgerolde sigaret met tabak (een zogenaamd 'ploffie', ook wel cokeblow of coke-joint genoemd). Cocaïne in de 'base-variant' (bekend als: base-coke, gekookte coke, of crack) kan worden gerookt, vanaf aluminiumfolie (het zogenaamde 'chinezen') of vanuit een pijpje (het zogenaamde 'basen'). Het effect bij roken en injecteren treedt binnen enkele seconden op, bereikt heel snel een piek en neemt binnen enkele minuten weer snel af. Het effect bij snuiven is veel geleidelijker: het effect treedt op na enkele minuten en de top van het effect kan zo'n 20 à 30 minuten aanhouden, waarna het effect verder afzwakt.

Cocaïne wordt, net als amfetamine en methamfetamine (zie [Amfetamine](#)) gerekend tot de stimulantia. Het effect van cocaïne wordt door gebruikers meestal als stimulerend ervaren. Gebruikers voelen zich helder, vol zelfvertrouwen en actief.

Onder Nederlandse scholieren van 12 tot en met 16 jaar heeft 1,3% wel eens cocaïne gebruikt. De verschillen tussen jongens en meisjes zijn klein en niet significant.

Bron: Van Dorsselaer et al., 2015.

Naar schatting heeft één op de 25 Nederlanders (18 jaar en ouder) ooit in hun leven cocaïne gebruikt (4,3%). Minder dan één derde van hen had ook in het afgelopen jaar cocaïne gebruikt (1,6%) en actueel (in de afgelopen maand) gebruik wordt geschat op 0,7% hetgeen overeenkomt met ongeveer 90.000 volwassen Nederlanders.

Bron: Nationale Drug Monitor, 2016.

Cocaïnegebruik komt twee tot drie keer vaker voor onder mannen dan vrouwen.

Er zijn geen betrouwbare schattingen van de prevalentie van een stoornis in het gebruik van cocaïne (volgens DSM-IV of DSM-5) in de Nederlandse bevolking. Op basis van veldonderzoek in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag wordt de prevalentie van crack-cocaïne verslaving in deze drie grote steden op ongeveer 0,5% geschat, hetgeen overeenkomt met ruim 6.600 personen.

Bron: Oteo Pérez et al., 2013.

In 2015 vroegen bijna 7.300 mensen wegens een primair cocaïneprobleem hulp bij de verslavingszorg en gaven bijna 7.500 cliënten aan dat cocaïne een secundair probleem- of bijmiddel was. De meerderheid van de hulpvragers met een primair cocaïneprobleem was tussen de 25 en 55 jaar oud (83%), was man (82%) en van autochtoon Nederlandse herkomst (71%). In 2015 werd voor het eerst sinds jaren snuif-cocaïne vaker als probleem gerapporteerd dan crack-cocaïne (respectievelijk 53 en 47%).

Bron: Wisselink et al., 2016.

De in Cocaïne gevonden en besproken studies hebben vrijwel allemaal primair betrekking op klinisch (symptomatisch) herstel, omdat in vrijwel geen van de studies systematisch onderzocht is wat de effectiviteit van de interventies op andere hersteldomeinen is. In het overgrote deel van de studies is niet gekeken naar sekseverschillen in de effectiviteit van de interventie. Hierdoor is er nog weinig bekend over de mogelijke rol van sekse in de behandeling van een stoornis in het gebruik van cocaïne.

6.2 Behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van cocaïne

6.2.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van farmacotherapie bij intoxicatie van personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne?

Voor de behandeling van cocaïne-intoxicatie of overdosering is geen antidotum beschikbaar. De behandeling is daarom gericht op symptoombestrijding.

In overleg met de auteur van hoofdstuk 10 'Stimulantia' van de Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren

Bron: Dijkstra et al. (Red.), 2017.

zijn de onderstaande aanbevelingen gewijzigd ten opzichte van de aanbevelingen in de Richtlijn Detoxificatie.

Aanbevelingen

- Bij patiënten met een opwindingsstoestand van niet-psychotische aard na gebruik van stimulerende middelen wordt lorazepam aanbevolen.
- Bij patiënten met een opwindingsstoestand van psychotische aard na gebruik van stimulerende middelen wordt olanzapine of de combinatie van haloperidol met promethazine aanbevolen.
- Bij de keuze voor de bovenstaande of andere medicatie, waaronder andere benzodiazepines en atypische antipsychotica, dient rekening gehouden te worden met de snelheid waarmee het beoogde effect bereikt wordt, de noodzaak van herhalingsmedicatie en het risico op bijwerkingen, zoals extrapyramidale symptomen en hartritmestoornissen.

6.3 Detoxificatie/ontgiftiging van stoornis in het gebruik van cocaïne

6.3.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen detoxificatie/ontgiftiging van stoornis in het gebruik van cocaïne

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van farmacotherapie bij de detoxificatie van personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne?

De volgende aanbevelingen zijn overgenomen van de Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren.

Bron: Dijkstra et al. (Red.), 2017.

Bij de detoxificatie/ontgiftiging van personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne kunnen zich – meestal zo'n 24 uur na het stoppen met gebruik – diverse onthoudingssymptomen voordoen.

Aanbevelingen

- Er is geen evidentie voor een farmacologische behandeling van cocaïneonthouding en er kan daarom geen farmacologische behandeling aanbevolen worden.
- Persisterende klachten gedurende de onthouding kunnen het best behandeld worden met symptoomgerichte medicatie, waarbij op geleide van de onthoudingssymptomen die zich voordoen de volgende medicatie wordt geadviseerd:
 - slaapproblemen, onrust, angst: zolpidem, zopiclon, mirtazapine, promethazine
 - prikkelbaarheid: diazepam (niet langer dan 7 dagen)
 - maag-/darmklachten: mebeverine
 - pijnklachten, hoofdpijn: paracetamol, NSAIDs
 - misselijkheid: promethazine, metoclopramide
 - psychose: olanzapine
- Naast een standaard lichamelijk onderzoek is een (goede anamnese en) uitgebreid lichamelijk onderzoek met specifieke aandacht voor aan stimulantia gebruik gerelateerde aandoeningen van belang:
 - cardiovasculair:

- aritmieën: tachycardia, bradycardia, ventriculaire tachycardia
- hypertensie: kan cerebrovasculaire accidenten veroorzaken
- arteriële spasmen: kunnen hartinfarcten en cerebrovasculaire accidenten, alsmede cardiomyopathie en congestief hartfalen veroorzaken
- neurologisch:
- convulsies
- cerebrovasculaire accidenten: met hersenbloedingen, infarcten en ischemische episoden
- neuropsychologische veranderingen: aandacht- en concentratieproblemen, geheugenstoornissen, problemen met het aanleren van nieuwe vaardigheden
- bewegingsstoornissen: tics, stereotype bewegingen, choreatische bewegingen
- luchtwegen:
- geïrriteerd neusslijmvlies, neusbloedingen, septum perforatie, chronische longschade, pneumonie, longoedeem, tracheo-bronchitis
- seksualiteit:
- kortdurend gebruik is geassocieerd met een versterkt gevoel van seksueel verlangen en presteren
- chronisch gebruik geeft een afname van de libido, impotentie, problemen met klaarkomen, gynaecomastie bij mannen, menstruatieproblemen met oligomenorroe, amenorroe en galactorroe bij vrouwen
- zwangerschap:
- gebruik van stimulantia is geassocieerd met een vergrote kans op obstetrische complicaties (spontane abortus, vroeggeboorte, placentaloslating) en kan schade aan de vrucht veroorzaken
- overige:
- gewichtsverlies door verlies aan eetlust en verhoogd metabolisme
- huidaandoeningen met infecties door krabben
- spuitgerelateerde aandoeningen (bijvoorbeeld humaan immunodeficiëntie virus (hiv), hepatitis B en C)
- darmnecrose
- nierinfarct

Bron: Bron: Drug and Alcohol Withdrawal Clinical Practice Guidelines – NSW, 2008

- Urine-onderzoek biedt geen meerwaarde om de ernst van de onthouding te bepalen.
- Bloedonderzoek is geïndiceerd indien er op basis van de anamnese en/of lichamelijk onderzoek mogelijk sprake is van somatische comorbiditeit.
- Het regelmatig monitoren van de onthoudingsklachten is van belang tijdens de onthouding om onthoudingsverschijnselen in beeld te brengen.
- Voor het monitoren van onthoudingsklachten lijkt de Cocaine Selectivity Severity Assessment Scale (CSSAS) een goed instrument.
- De uitgangspunten voor een detoxificatie van cocaïne zijn voor zwangere vrouwen hetzelfde als voor niet-zwangere vrouwen. In het geval van symptoomgerichte medicatie dient er uitgebreide voorlichting plaats te vinden over de voor- en nadelen van de medicatie.

6.3.2 Onderbouwing detoxificatie/ontgiftiging van stoornis in het gebruik van

cocaïne

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- De professionals zijn van mening dat een klinische opname voor detoxificatie of vervolgbehandeling, wanneer noodzakelijk, zo kort mogelijk dient te zijn. De patiënt dient zoveel mogelijk in zijn/haar eigen leefomgeving behandeld te worden, om te kunnen leren omgaan met zucht en andere risicosituaties die kunnen leiden tot terugval. Daarvoor is wél een zodanige mate van controle over het middelengebruik vereist dat de patiënt cognitief in staat is om voldoende van een behandeling te leren. Als dat niet het geval is, zal de patiënt zo goed mogelijk in een abstinente omgeving moeten worden getraind in terugvalpreventietechnieken. Buiten het omgaan met risico's is het van belang dat in de leefomgeving van de patiënt alternatieve activiteiten en bekrachtigers ontwikkeld worden, bijvoorbeeld met behulp van de Community Reinforcement Approach (CRA).
- Een opname is volgens de professionals geïndiceerd (1) als diagnostiek of behandeling van psychiatrische comorbiditeit gewenst of noodzakelijk is, die niet toereikend in een ambulante setting kan plaatsvinden, of (2) als er sprake is van herhaalde mislukte pogingen tot ambulante ontgiftiging, of van ambulante vervolgbehandelingen met onvoldoende resultaat, die volgens de patiënt en behandelaar te wijten zijn aan specifieke factoren (bijvoorbeeld systeemfactoren of woonomstandigheden) die door een klinische opname aan te pakken zijn.

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

- Tijdens de detoxificatie moet de cliënt, wanneer nodig, gestimuleerd worden om de regie over zijn herstelproces te (her)nemen. De motivatie die de cliënt voorafgaand aan en tijdens de detoxificatie heeft om af te kicken, moet gebruikt worden om zijn/haar motivatie voor de vervolgbehandeling die aansluitend aan de detoxificatie plaatsvindt, te voeden, bestendigen en versterken. Dit geldt voor zowel ambulante als klinische detoxificatie.
- Wanneer een cliënt voor detoxificatie opgenomen wordt, is het van belang dat hij/zij voldoende activiteiten krijgt aangeboden, niet alleen om verveling te voorkomen, maar ook om gezamenlijk met andere opgenomen cliënten activiteiten te ondernemen die zinvol zijn (bijvoorbeeld meer bewegen) en waarmee zij zich onderling verbonden kunnen voelen.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

6.4 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne

6.4.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van psychologische behandeling van stoornissen in het gebruik

van cocaïne?

Aanbevelingen

- Het verdient aanbeveling om bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne een behandeling met op middelengebruik gerichte contingentie management als eerste keus behandeling aan te bieden.
- Indien een behandeling met op middelengebruik gerichte contingentie management niet beschikbaar is, verdient het aanbeveling om bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne een behandeling met cognitieve gedragstherapie aan te bieden.
- Bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne die onvoldoende baat hebben bij cognitieve gedragstherapie kan een behandeling met de Community Reinforcement Approach (CRA) overwogen worden.
- De combinatie van op middelengebruik gerichte contingentie management en cognitieve gedragstherapie heeft waarschijnlijk geen toegevoegde waarde bij de behandeling van personen met een stoornis in cocaïnegebruik.
- Het verdient aanbeveling om op middelengebruik gerichte contingentie management breed in de specialistische GGz (verslavingszorg) in Nederland te implementeren.
- Op middelengebruik gerichte contingentie management dient breed in de specialistische GGZ (verslavingszorg) in Nederland geïmplementeerd te worden.
- Motiverende gespreksvoering kan overwogen worden bij alle psychologische behandelingen van stoornissen in het gebruik van cocaïne, bij personen met een (nog) ambivalente hulpvraag.
- Motiverende gespreksvoering kan overwogen worden in de context van een geïndiceerde vroeginterventie, bij personen die (nog) geen professionele hulp zoeken voor problematisch cocaïnegebruik.
- Digitale (online) zelfhulpinterventies zouden effectief kunnen zijn in het verminderen van het cocaïnegebruik bij personen die (nog) geen professionele hulp zoeken, kunnen op elk gewenst moment worden gebruikt, zijn relatief goedkoop, en dienen om deze redenen overwogen te worden.
- Digitale interventies kunnen ook overwogen worden als aanvulling op een behandeling met reguliere, face-to-face gesprekken, in het kader van een 'blended' behandeling.
- Het verdient aanbeveling om patiënten tijdens hun behandeling te informeren over aanvullende zelfhulpmogelijkheden, waaronder zelfhulpgroepen.
- Het verdient aanbeveling om, waar mogelijk, het systeem rond de patiënt te betrekken bij de behandeling.
- Het verdient aanbeveling om in de behandeling expliciet aandacht te besteden aan de therapeutische relatie en de keuze en wensen van de patiënt.
- Aanbevolen wordt om in de behandeling – naast psychiatrische comorbiditeit – ook aandacht te hebben voor behandeldoelen die niet (noodzakelijk) op abstinentie gericht zijn, en voor herstelondersteunende zorg op andere domeinen, waaronder de sociale inbedding, huisvesting en financiële situatie van de cliënt (zie Herstelondersteunende interventies).

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

6.4.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne

Wetenschappelijke kennis

De meest recente Cochrane review en meta-analyse naar de effectiviteit van psychosociale interventies in de behandeling van stoornissen in het gebruik van cocaïne en amfetamine (achtige) stimulantia

Bron: Minozzi et al., 2016.

geeft een overzicht van de literatuur tot november 2015 en vormde het uitgangspunt voor de beantwoording van de uitgangsvraag. In deze review en meta-analyse werden 52 gerandomiseerde, gecontroleerde studies (6.923 patiënten; 63% man; gemiddelde leeftijd 36,7 jaar) geïnccludeerd, met betrekking tot de volgende – soms gecombineerde – interventies: cognitieve gedragstherapie (19 studies), contingentie management (27 studies), motiverende gespreksvoering (5 studies), interpersoonlijke therapie (3 studies), psychodynamische therapie (1 studie) en de 12 stappen benadering (4 studies).

Naast bovengenoemde systematische review en meta-analyse maakten we aanvullend gebruik van eerder verschenen systematische reviews en meta-analyses specifiek naar de effectiviteit van contingentie management

Bron: Prendergast et al., 2006; Lussier et al., 2006; Beneshik et al., 2014.

en cognitieve gedragstherapie

Bron: Magill et al., 2009.

en van twee eerder verschenen systematische reviews.

Bron: Schierenberg et al., 2012; Farronato et al., 2013.

In onze aanvullende literatuurstudie vonden wij twee gerandomiseerde studies

Bron: Blanken et al., 2016; Miguel et al., 2016.

die niet in bovengenoemde reviews en meta-analyses waren opgenomen, en 17 secundaire analyses van gepoolde studies naar het modererende effect van de sociaal-demografische patiëntkarakteristieken en de ernst van de (comorbide) verslavingsproblematiek, bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne, op de effectiviteit van contingentie management.

Conclusies

Conclusies : Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 1:

- Het is waarschijnlijk dat psychologische interventies – en dan met name op middelengebruik gerichte contingentie management en in mindere mate cognitieve gedragstherapie – bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne effectief zijn in het verminderen van cocaïnegebruik en resulteren in langere, aaneengesloten periodes van cocaïne-abstinentie dan geen of minimale behandeling. Er is echter onvoldoende bewijs dat deze effecten langdurig beklijven.
- A1: Minozzi et al. (2016); Magill et al. (2009)

Niveau 2:

- Er zijn aanwijzingen dat op middelengebruik gerichte contingentie management gedurende de behandeling effectiever is dan cognitieve gedragstherapie in het reduceren van cocaïnegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne.
- A1: Minozzi et al. (2016)
- A2: Farronato et al. (2013)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat cognitieve gedragstherapie 6 tot 12 maanden na afloop van de behandeling net zo effectief of mogelijk effectiever is dan op middelengebruik gerichte contingentie management in het reduceren van cocaïnegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne.
- A1: Minozzi et al. (2016)
- A2: Farronato et al. (2013)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat een gecombineerde behandeling van cognitieve gedragstherapie en contingentie management geen toegevoegde waarde heeft in het reduceren van cocaïnegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne ten opzichte van een behandeling met uitsluitend contingentie management of uitsluitend cognitieve gedragstherapie.

- A2: Farronato et al. (2013)

Niveau 1:

- Het is aangetoond dat contingentie management gedurende de behandeling effectief is in het verminderen van cocaïnegebruik en het initiëren van langerdurende aaneengesloten periodes van cocaïne-abstinentie bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne.
- A1: Minozzi et al. (2016), Prendergast et al. (2006), Lussier et al. (2006), Benishek et al. (2014)
- A2: Schierenberg et al. (2012), Farronato et al. (2013); Blanken et al. (2016); Miguel et al. (2016)

Niveau 1:

- Het is waarschijnlijk dat contingentie management minimaal tot drie maanden na de interventie effectief blijft in het verminderen van cocaïnegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne. Zes tot 12 maanden na afronding van de interventie lijkt de effectiviteit van contingentie management afgenomen te zijn.
- A1: Prendergast et al. (2006), Benishek et al. (2014)
- A2: Schierenberg et al. (2012), Farronato et al. (2013)

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de kosten-effectiviteit van op middelengebruik gerichte contingentie management.
- A2: Shearer et al. (2015); Murphy et al. (2015)

Niveau 1:

- Het is waarschijnlijk dat contingentie management effectief is ongeacht de sociaal-demografische patiëntkarakteristieken, waaronder sekse, en de ernst van de (comorbide) verslavingsproblematiek van cocaïnegebruikers, en dat contingentie management niet negatief van invloed is op de motivatie van patiënten om hun cocaïnegebruik te stoppen of reduceren.
- A2: Alessi et al. (2011); Barry et al. (2009); Burch et al. (2015); Byrne & Petry (2011); Ledgerwood & Petry (2006); Montgomery et al. (2015); Petry & Alessi (2010); Petry & Carroll (2013); Rash et al. (2008ab, 2009, 2013); Rash & Petry (2015); Secades-Villa et al. (2013); Weiss & Petry (2011, 2013, 2014).

Niveau 1:

- Het is waarschijnlijk dat de 12-stappen behandeling niet effectiever is dan cognitieve gedragstherapie of een behandeling volgens de Community Reinforcement Approach (CRA) bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne.
- A1: Minozzi et al. (2016)
- A2: Carroll et al. (1998); Maude-Griffin et al. (1998); Schottenfeld et al. (2011)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat de 12-stappen behandeling effectiever is dan standaard behandeling (drug counseling) in de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide opiaatafhankelijkheid, die worden behandeld in een methadonprogramma.

- A2: Carroll et al. (2012)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat de Community Reinforcement Approach (CRA), in combinatie met contingentie management (CM), effectiever is dan een standaard behandeling bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne.
- A1: Roozen et al. (2004)
- A2: Higgins et al. (2000, 2003)
- B: Higgins et al. (1991, 1993, 1994); Secades-Villa et al. (2008, 2011ab)

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van andere psychologische interventies – als motiverende gespreksvoering, interpersoonlijke therapie, en psychodynamische therapie – in de behandeling van personen met een stoornis in cocaïnegebruik.
- A1: Minozzi et al. (2016)

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- De professionals zijn van mening dat de uitgebreide variant van cognitieve gedragstherapie (CGT, inclusief motiverende gespreksvoering) de standaardbehandeling is in de Nederlandse verslavingszorg, en dat de kortdurende variant van CGT thuishoort in de generalistische basis-GGz.
- ‘Nieuwe’ psychosociale behandelingen als mindfulness, Acceptance and Commitment Therapie (act), Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Assertive Community Treatment (ACT) en ook behandeling volgens het al lang bestaande Minnesota model hebben in de context van een verslavingsbehandeling volgens de professionals een onvoldoende duidelijke theoretische of klinisch aangetoonde onderbouwing en zouden pas ingezet moeten worden als de patiënt geen of onvoldoende baat heeft bij de standaardbehandeling met CGT, dan wel als aanvulling op de standaardbehandeling.
- De professionals zijn van mening dat contingentie management – het systematisch belonen van gewenst gedrag – eigenlijk de meest effectieve behandeling van verslaving is, met bovendien een goede theoretische onderbouwing. Op middelengebruik gerichte contingentie management wordt als behandeling echter niet of nauwelijks in de Nederlandse verslavingszorg toegepast. Zij wijzen er bovendien op dat de positieve bekrachtiging die in contingentie management gehanteerd wordt, aansluit bij de uitgangspunten van herstelondersteunende zorg. De professionals zijn van mening dat contingentie management veel meer in de Nederlandse verslavingszorg geïmplementeerd zou moeten worden en sommigen zijn van mening dat contingentie management wellicht zelfs de basis zou moeten vormen van behandeling in de verslavingszorg, (eventueel) aangevuld met cognitieve gedragstherapie en andere interventies. Zij pleiten ervoor om hieraan in deze richtlijn een aanbeveling te wijden.
- In de behandeling dient volgens de professionals expliciete aandacht te zijn voor a-specifieke factoren, waaronder de therapeutische relatie en de keuze en wensen van de patiënt. Aandacht voor deze factoren heeft een positief effect op de behandeluitkomst.
- De professionals zijn van mening dat een klinische opname voor detoxificatie of

vervolgbehandeling, wanneer noodzakelijk, zo kort mogelijk dient te zijn. De patiënt dient zoveel mogelijk in zijn/haar eigen leefomgeving behandeld te worden, om te kunnen leren omgaan met zucht en andere risicosituaties die kunnen leiden tot terugval. Daarvoor is wél een zodanige mate van controle over het middelengebruik vereist dat de patiënt cognitief in staat is om voldoende van een behandeling te leren. Als dat niet het geval is, zal de patiënt zo goed mogelijk in een abstinente omgeving moeten worden getraind in terugvalpreventietechnieken. Buiten het omgaan met risico's is het van belang dat in de leefomgeving van de patiënt alternatieve activiteiten en bekrachtigers ontwikkeld worden, bijvoorbeeld met behulp van de Community Reinforcement Approach (CRA).

- Een opname is volgens de professionals geïndiceerd (1) als diagnostiek of behandeling van psychiatrische comorbiditeit gewenst of noodzakelijk is, die niet toereikend in een ambulante setting kan plaatsvinden, of (2) als er sprake is van herhaalde mislukte pogingen tot ambulante ontgiftiging, of van ambulante vervolgbehandelingen met onvoldoende resultaat, die volgens de patiënt en behandelaar te wijten zijn aan specifieke factoren (bijvoorbeeld systeemfactoren of woonomstandigheden) die door een klinische opname aan te pakken zijn.
- De professionals vinden het zeer wenselijk om het systeem rond de patiënt te betrekken bij de behandeling. Het systeem heeft een belangrijke functie in het motiveren en gemotiveerd houden van de patiënt. In het geval van een medicamenteuze behandeling kan afgesproken worden dat een naastbetrokkene toezicht houdt op inname van de medicatie. Naast steun in het herstelproces en bij het voorkómen van terugval kan het systeem een signalerende rol naar de behandelaar vervullen bij (dreigende) terugval. Het systeem kan ook een in stand houdende rol vervullen, bijvoorbeeld door negativiteit en verwijten, nog afgezien van systeemdynamiek waarbij de verslaving van de patiënt een functie heeft in de homeostase. Volgens de professionals neemt de kans op een succesvolle behandeling af als aan dergelijke factoren in de behandeling onvoldoende aandacht wordt geschonken.
- De meeste professionals zijn van mening dat in de richtlijn – naast psychiatrische comorbiditeit – ook aandacht moet zijn voor behandeldoelen die niet (noodzakelijk) op abstinentie zijn gericht, en voor herstel(-ondersteunende zorg) op andere domeinen, waaronder de Community Reinforcement Approach (CRA), Individuele Plaatsing en Steun (IPS), Housing First en bijvoorbeeld fysieke inspanning (physical exercise).

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

- De ervaringsdeskundigen zijn unaniem van mening dat behandeling in de verslavingszorg (of algemene GGz) slechts een klein onderdeel uitmaakt van het herstelproces. Dit geldt zowel voor de rol van eerdere behandelingen die de cliënt ontvangen heeft, als voor de rol van behandeling in de periode dat de cliënt actueel in zorg is. Therapie kan de cliënt ondersteunen, maar de belangrijkste factor in het herstelproces is de cliënt zélf. Een verslaving is bovendien onderdeel van een veel bredere geschiedenis van de persoon. Het belang van het 'zorgstukje' in het leven en herstelproces van de cliënt zou om deze redenen gerelativeerd moeten worden.
- De ervaringsdeskundigen merken op dat een attitude waarin de behandelaar de cliënt louter benadert als verslaafde en niet als mens met een verslavingsprobleem cliënten niet stimuleert om naar zichzelf te kijken en vertrouwen te krijgen in de behandelaar: 'Als je wordt behandeld als verslaafde en niet als mens, ga je je ook gedragen als verslaafde'. Een behandelaar moet juist de

menselijke kant van de cliënt aanspreken.

- Veel ervaringsdeskundigen geven aan dat psychologische behandeling, waaronder cognitieve gedragstherapie (CGT), hen veel goed gedaan heeft. Zij maken daarbij wel de kanttekening dat er in de verslavingszorg te snel naar de 'leefstijltraining' (CGT) verwezen wordt en er te weinig aandacht is voor alternatieven. Volgens sommigen zou de frequentie van de behandeling wellicht hoger moeten liggen, zodat het meer in de buurt komt van een dagbehandeling.
- Er kan in de verslavingszorg volgens de ervaringsdeskundigen veel meer een brug worden geslagen tussen enerzijds de behandeling en anderzijds peer support en zelfhulpgroepen. Lotgenoten, ervaringsdeskundigen en zelfhulpgroepen zijn in de behandeling misschien wel minstens zo belangrijk of zelfs belangrijker dan behandelaren.
- Ervaringsdeskundigen kunnen ook als co-therapeut fungeren en houden de behandelaren scherp. Zij moeten echter zelf ook scherp blijven, om te voorkomen dat zij zelf als behandelaar gaan optreden. De ervaringsdeskundigen pleiten ervoor dat de inzet van ervaringsdeskundigen/peer support in de behandeling vergoed moet worden, zoals aangegeven in het document "Dbc-beroepentabel voor het dbc-pakket 2017 ggz" van de Nederlandse Zorgautoriteit.
- De ervaringsdeskundigen merken op dat er onder behandelaren nogal eens angst bestaat om de controle over de behandeling te verliezen wanneer een cliënt – naast zijn behandeling bij de instelling – naar een zelfhulpgroep gaat: 'Wat wordt daar gedaan en afgesproken?'. Onder de ervaringsdeskundigen in de focusgroep wordt wisselend gedacht over de mate waarin behandelaren, ervaringsdeskundigen en anderen (bijvoorbeeld zelfhulpgroepen) die bij de behandeling betrokken zijn onderling informatie zouden moeten uitwisselen over de behandeling van de cliënt. Volgens sommigen is het, onder andere omwille van de zorgvuldigheid, belangrijk dat zo veel mogelijk informatie wordt uitgewisseld; volgens anderen is dat niet noodzakelijk.
- In het algemeen zou er volgens de ervaringsdeskundigen meer diversiteit moeten zijn in het behandel aanbod in de verslavingszorg. Zij noemen in dit verband onder andere het opstellen van een crisissignaleringsplan, het gelijktijdig stoppen met roken als onderdeel van de behandeling, het grote belang van hoop, zingeving en existentiële vragen in de behandeling en het herstelproces, en het inzetten van WRAP-teams in de behandeling (Wellness Recovery Action Plan) om cliënten te helpen invulling te geven aan hun herstelplan.
- Klinische behandeling zonder goede ambulante vervolgbehandeling is volgens de ervaringsdeskundigen geen (goede) behandeling. Goede behandeling veronderstelt dat er ook goede en doorlopende nazorg/monitoring wordt geboden. Verpleegkundigen of ervaringsdeskundigen of hulpverleners in de generalistische basis-GGz zouden daarbij een belangrijke rol kunnen spelen.
- Ten aanzien van de klinische twaalfstappenbehandeling volgens het Minnesota Model merken de ervaringsdeskundigen op dat deze behandeling slechts geschikt is voor een selecte doelgroep van mensen die qua huisvesting, relaties en werk nog goed ingebed zijn. De Minnesota behandelingen die in het buitenland worden aangeboden, worden volgens de ervaringsdeskundigen nogal eens geromantiseerd; voor veel verslaafde mensen is juist behandeling in de eigen omgeving van groot belang.
- De ervaringsdeskundigen vinden dat er in de verslavingszorg onvoldoende aandacht wordt besteed aan sociale aspecten, waaronder huisvesting en schulden. Ondersteuning bij het verkrijgen en behouden van huisvesting, schuldsanering en een zinvolle dagbesteding zijn wezenlijk onderdeel van herstelondersteunende zorg. Veel verslavingszorginstellingen hebben wel een link met bijvoorbeeld de Sociale Dienst, maar de rol van de gemeente is daarin steeds groter geworden. Er is nu steeds vaker sprake van een scheiding tussen enerzijds de verslavingszorg en GGz en anderzijds het maatschappelijk werk.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

6.4.3 Overwegingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne

Ten aanzien van op middelengebruik gerichte contingentie management wordt nogal eens als bezwaar ingebracht dat het hierbij om een dure interventie zou gaan, waarvoor bovendien weinig maatschappelijk draagvlak bestaat, omdat mensen met een verslaving in deze interventie worden beloond voor gedrag (het laten staan van drugs) dat in de samenleving als standaard normgedrag wordt beschouwd.

Tegen het eerste argument kan worden ingebracht dat patiënten in op middelengebruik gerichte contingentie management alleen worden beloond als zij het gewenste gedrag – abstinentie – vertonen, en dat bewezen-effectieve interventies in de verslavingszorg (zoals contingentie management) vrijwel altijd kostenbesparend of kosteneffectief zijn vanwege de hoge maatschappelijke kosten die met verslaving gepaard gaan.

Bron: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2014.

Het tweede bezwaar – gebrek aan draagvlak – heeft betrekking op wat in de samenleving als moreel aanvaardbare en verantwoorde zorg wordt beschouwd en het zou te ver voeren hier in deze richtlijn op in te gaan. Wél merkt de werkgroep op dat er bij de zorgprofessionals die bij het opstellen van deze richtlijn betrokken zijn breed draagvlak is voor de implementatie van contingentie management in de verslavingszorg, en dat het van belang is om hierbij expliciet aandacht te besteden aan het creëren van draagvlak bij onder andere de zorgverzekeraars.

Ten slotte is het bij contingentie management van belang dat het hierbij gaat om een interventie waarvoor specialistische kennis vereist is. Om deze reden zou contingentie management naar de mening van de werkgroep alleen in de specialistische GGz (verslavingszorg) uitgevoerd moeten worden.

Hoewel we geen onderzoek hebben gevonden naar de effectiviteit van motiverende gespreksvoering, digitale (online) zelfhulpinterventies en digitale interventies als aanvulling op de reguliere behandeling met face-to-face gesprekken ('blended' behandeling) is de werkgroep van mening dat de aanwijzingen voor de effectiviteit van deze interventies bij personen met problematisch cannabis- of alcoholgebruik of een stoornis in het gebruik van cannabis of alcohol voldoende grond bieden om deze interventie ook te overwegen bij personen met problematisch cocaïnegebruik of een stoornis in cocaïnegebruik.

Hoewel we geen onderzoek hebben gevonden naar de effectiviteit van motiverende gespreksvoering, digitale (online) zelfhulpinterventies en digitale interventies als aanvulling op de reguliere behandeling met face-to-face gesprekken ('blended' behandeling) is de werkgroep van mening dat de aanwijzingen voor de effectiviteit van deze interventies bij personen met problematisch cannabis- of alcoholgebruik of een stoornis in het gebruik van cannabis of alcohol voldoende grond bieden om deze interventie ook te overwegen bij personen met problematisch cocaïnegebruik of een stoornis in cocaïnegebruik.: Zie 'Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij volwassenen' en 'Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cannabis bij jongeren'.

[Meer informatie](#)

Tot slot merkt de werkgroep op dat het merendeel van de in de meta-analyses betrokken studies en de studies uit de aanvullende literatuur search afkomstig is uit de Verenigde Staten en dat in lang niet alle studies onderscheid wordt gemaakt naar de toedieningswijze van cocaïne, zodat geen uitspraken kunnen worden gedaan over eventuele verschillen in effectiviteit van interventies bij personen die cocaïne snuiven versus personen die cocaïne roken/inhaleren (cocaïne-base of crack-cocaïne) of injecteren.

Teurg naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

6.5 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne

6.5.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van farmacotherapie bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van cocaïne?

Aanbevelingen

- Ondanks het vele onderzoek dat is verricht, is er geen overtuigende evidentie voor de effectiviteit van een farmacologische behandeling van een stoornis in het gebruik van cocaïne. Bij de behandeling van een stoornis in het gebruik van cocaïne dient men daarom terughoudend te zijn met het voorschrijven van medicatie.
- Bij volwassenen met een stoornis in het gebruik van cocaïne die onvoldoende baat hebben bij een psychologische behandeling kan farmacotherapie overwogen worden met indirecte dopamine-agonisten. Met name vertraagde afgifte dexamfetamine en vertraagde afgifte mixed amfetamine salts en wellicht ook – bij voldoende therapietrouw – bupropion en modafinil zouden effectief kunnen zijn. Bij dit alles dient opgemerkt te worden dat de (korte termijn) effectiviteit van vertraagde afgifte dexamfetamine en vertraagde afgifte mixed amfetamine salts vooral is onderzocht in condities met hoge therapietrouw en dat wanneer wordt overwogen deze middelen voor te schrijven er aandacht

dient te zijn voor het optimaliseren van therapietrouw en voor het minimaliseren van de kans op misbruik, bijwerkingen, en diversion.

- Wanneer besloten wordt om farmacotherapie aan te bieden voor de behandeling van een stoornis in het gebruik van cocaïne, dient de arts de patiënt duidelijk te informeren dat het om een 'off-label' voorgeschreven medicijn gaat en dient de patiënt daar toestemming ('informed consent') voor te geven. Het verdient aanbeveling dit zorgvuldig te legitimeren en documenteren en de voortgang van de behandeling, waaronder bijwerkingen, regelmatig te monitoren.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

6.5.2 Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne

Wetenschappelijke kennis

Wij vonden zes systematische literatuur reviews en meta-analyses van de Cochrane Collaboration naar de volgende medicatiegroepen:

- Disulfiram: 7 gerandomiseerde studies met 492 volwassen cocaïne-afhankelijke patiënten; 68% man; gemiddelde leeftijd 38 jaar; geen informatie met betrekking tot cocaïne toedieningswijze.
- Anti-epileptica: 20 gerandomiseerde studies met 2.068 volwassen cocaïne-afhankelijke patiënten; 77% man; gemiddelde leeftijd 36 jaar; cocaïne gebruikswijze (in 13 studies): 84% roken, 11% snuiven, en 7% injecteren.
- Antipsychotica: 14 gerandomiseerde studies met 719 volwassen cocaïne-afhankelijke patiënten; 66% man; gemiddelde leeftijd 42 jaar; geen informatie met betrekking tot cocaïne toedieningswijze.
- Antidepressiva: 37 gerandomiseerde studies met 3.551 volwassen cocaïne-afhankelijke patiënten; 67% man; gemiddelde leeftijd 35 jaar; geen informatie met betrekking tot cocaïne toedieningswijze.
- Directe dopamine-agonisten: 24 gerandomiseerde studies met 2.147 volwassen cocaïne-afhankelijke patiënten; 82% man; gemiddelde leeftijd 37 jaar; geen informatie met betrekking tot cocaïne toedieningswijze.
- Indirecte dopamine-agonisten / psychostimulantia: 26 gerandomiseerde studies met 2.366 volwassen cocaïne-afhankelijke patiënten (27% comorbide heroïne-afhankelijkheid); 75% man; gemiddelde leeftijd 40 jaar; 48% 'African-American' en 39% 'white'; cocaïne gebruikswijze (in 13 studies): 61% roken.

In onze aanvullende literatuursearch vonden wij 22 studies die niet waren opgenomen in de bovengenoemde meta-analyses, omdat zij later zijn gepubliceerd:

Disulfiram, 5 RCTs: Oliveto et al., 2012; Carroll et al. 2012, 2016; Schottenfeld et al., 2014; Nielsen et al., 2012

Anti-epileptica, 4 RCTs:

- Topiramaat: Mariani et al., 2012; Baldaçara et al., 2016
- Carbamazepine: Brady et al., 2002
- Gabapentine: Mancino et al., 2014

Antipsychotica, 2 RCTs:

- Risperidon: Grabowski et al., 2000; Nejtek et al., 2008

Antidepressiva, 6 RCTs:

- Buspiron: Winhusen et al., 2014
- Venlafaxine: Raby et al., 2014
- Setraline: Oliveto et al., 2012; Mancino et al., 2014
- Mirtazapine: Afshar et al., 2012; Raby et al., 2015

Indirecte dopamine agonisten, 5 RCTs:

- Modafinil: Nuijten et al., 2015; Morgan et al., 2016
- Dexamfetamine vertraagde afgifte: Mariani et al., 2012; Mooney et al., 2015; Nuijten et al., 2016

Daarnaast vonden wij 37 studies die betrekking hadden op 23 medicamenten die niet binnen de Cochrane reviews pasten, waaronder acht studies naar de effectiviteit van naltrexon in de behandeling van stoornissen in het gebruik van cocaïne.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 2:

- Er is enige aanwijzing dat disulfiram (250 mg/dag) niet effectief is in het verminderen van cocaïnegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne (en comorbide alcohol- of opiaatafhankelijkheid).
- A1: Pani et al. (2010)
- A2: Oliveto et al. (2011); Carroll et al. (2012, 2016); Schottenfeld et al. (2014); Nielsen et al. (2012)

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over het risico op bijwerkingen ten gevolge van de behandeling met disulfiram. Desondanks wordt in de Cochrane review gewaarschuwd voor de mogelijke interactie effecten tussen disulfiram en cocaïne.
- A1: Pani et al. (2010)
- A2: Oliveto et al. (2011); Carroll et al. (2012, 2016); Schottenfeld et al. (2014)

Niveau 2:

- Er zijn conflicterende bevindingen ten aanzien van de effectiviteit van topiramaat (in uiteenlopende doseringen van 150 tot 300 mg/dag) in het verminderen van cocaïnegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne.
- A1: Minozzi et al. (2015); Singh et al. (2015)
- A2: Baldaçara et al. (2016)

Niveau 1:

- Er zijn aanwijzingen dat andere anti-epileptica (carbamazepine, tiagabine, gabapentine, fenytoïne, lamotrigine en vigabatrine) als groep, vergeleken met placebo, niet effectief zijn in de behandeling van cocaïne-afhankelijkheid.
- A1: Minozzi et al. (2015)
- A2: Brady et al. (2002)
- B: Mancino et al. (2014)

Niveau 1:

- Het is waarschijnlijk dat antipsychotica (aripiprazole, haloperidol, lamotrigine, olanzapine, quetiapine, reserpine en risperidon) als groep niet effectief zijn in het verminderen van cocaïnegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne.
- A1: Indave et al. (2016); Alvarez et al. (2013); Kishi et al. (2013)
- B: Grabowski et al. (2000); Nejtek et al. (2008)

Niveau 1:

- Het is waarschijnlijk dat antidepressiva (desipramine, fluoxetine, bupropion, nefazodon, ritanserin, buspiron, gepiron, paroxetine, citalopram, venlafaxine, tryptofaan, sertraline, imipramine en selegeline) als groep niet effectief zijn in het verminderen van cocaïnegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne.
- A1: Pani et al. (2011); Torrens et al. (2005)
- A2: Winhusen et al. (2014); Raby et al. (2014)
- B: Oliveto et al. (2012); Mancino et al. (2014)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat mirtazapine niet effectief is in het verminderen van cocaïnegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en een comorbide stemmingsstoornis.
- A2: Raby et al. (2015)
- B: Afshar et al. (2012)

Niveau 1:

- Het is waarschijnlijk dat directe dopamine-agonisten (amantadine, bromocriptine, L-dopa/carbidopa, pergolide, cabergoline, hydergine en pramipexole) als groep niet effectief zijn in het verminderen van cocaïnegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne.
- A1: Minozzi et al. (2005)

Niveau 2:

- Er zijn aanwijzingen dat medicamenteuze behandeling met vertraagde afgifte dexamfetamine in voldoende hoge dosering (≥ 60 mg/dag) effectief kan zijn in het verminderen van cocaïnegebruik en het initiëren van langduriger periodes van cocaïne abstinentie bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne (al dan niet met comorbide opiaatafhankelijkheid).
- A1: Castells et al. (2016); Pérez-Maña et al. (2011)
- A2: Nuijten et al. (2016)
- B: Grabowski et al. (2001; 2004); Mooney et al. (2015)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat behandeling met vertraagde afgifte 'mixed amfetamine salts' (60-80 mg/dag) effectief kan zijn in het verminderen van cocaïnegebruik en het initiëren van langduriger periodes van cocaïne abstinentie bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne (en comorbide ADHD).
- A1: Castells et al. (2016)
- A2: Levin et al. (2015)

Niveau 2:

- Er zijn conflicterende bevindingen ten aanzien van de effectiviteit van bupropion (300 mg/dag) in het initiëren van langduriger periodes van cocaïne abstinentie bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne (en comorbide opiaatafhankelijkheid).
- A1: Castells et al. (2016)

Niveau 2:

- Er zijn conflicterende bevindingen ten aanzien van de effectiviteit van modafinil (300-400 mg/dag) in het verminderen van cocaïnegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne.
- A1: Castells et al. (2016); Sangroula et al. (2017); Pérez-Maña et al. (2011)
- A2: Morgan et al. (2016)
- B: Nuijten et al. (2015)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat modafinil (400 mg/dag) bij voldoende therapietrouw effectief kan zijn in het verminderen van cocaïnegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne.
- A2: Morgan et al. (2016)
- B: Nuijten et al. (2015)

Niveau 2:

- Er zijn aanwijzingen dat andere indirecte dopamine-agonisten (mazindol, methylfenidaat, selegiline) niet effectief zijn in het verminderen van cocaïnegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne (al dan niet met comorbide opiaatafhankelijkheid of comorbide ADHD).
- A1: Castells et al. (2016)

Niveau 1:

- Er zijn aanwijzingen dat naltrexon (50-150 mg/dag) niet effectief is in het verminderen van

cocaïnegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne, ongeacht of er sprake is van comorbide alcoholafhankelijkheid.

- A2: Pettinati et al. (2008a, 2008b, 2014); Schmitz et al. (2009, 2014); Kampman et al. (2015)
- B: Schmitz et al. (2001, 2004)

Niveau 1:

- Het is waarschijnlijk dat het cocaïne-vaccin TA-CD niet effectief is in het verminderen van cocaïnegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne.
- A2: Martell et al. (2009); Kosten et al. (2014)

Niveau 2:

- Het is waarschijnlijk dat baclofen (2x30 mg/dag) niet effectief is in het verminderen van cocaïnegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne.
- A2: Shoptaw et al. (2003); Kahn et al. (2009)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat propranolol (100 mg/dag) effectief kan zijn in het verminderen van cocaïnegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne bij wie zich ernstige onthoudingsverschijnselen voordoen na het stoppen van cocaïnegebruik.
- A2: Kampman et al. (2001); Kampman et al. (2006)

Op basis van uitgevoerd onderzoek van voldoende kwaliteit kan het volgende worden geconcludeerd voor:

- acamprosaat (Kampman et al., 2011),
- atomoxetine (Walsh et al., 2013),
- citicoline (Brown et al., 2007, 2015; Licata et al. 2011),
- n-acetylcysteïne (LaRowe et al., 2013),
- memantine (Bisaga et al., 2010), en
- carvedilol (Sofuoglu et al., 2017; Oliveto et al., 2014):

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat acamprosaat, atomoxetine, citicoline, n-acetylcysteïne, memantine en carvedilol niet effectief zijn in het verminderen van cocaïnegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne.
- A2: Kampman et al. (2011); Walsh et al. (2013); Brown et al. (2015); LaRowe et al. (2013); Bisaga et al. (2010); Sofuoglu et al. (2017)
- B: Brown et al. (2007); Licata et al. (2011) ; Oliveto et al. (2014 – abstract only)

Op basis van uitgevoerd onderzoek van onvoldoende kwaliteit kan het volgende worden geconcludeerd voor:

- biperideen (Dieckman et al., 2015),
- ondansetron (Johnson et al., 2006),
- varenicline (Plebani et al., 2012; Poling et al., 2010), en

- doxazosine (Shorter et al., 2013):

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van biperideen, ondansetron, varenicline, en doxazosine in het verminderen van cocaïnegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne, maar gezien de bevindingen kan nader onderzoek overwogen worden.
- B: Dieckman et al. (2015); Johnson et al. (2006); Plebani et al. (2012); Poling et al. (2010); Shorter et al. (2013)

Op basis van uitgevoerd onderzoek van onvoldoende kwaliteit kan het volgende worden geconcludeerd voor:

- D-cycloserine (Kennedy et al., 2012),
- amlodipine (Malcolm et al., 2005),
- piracetam (Kampman et al., 2003),
- ginkgo biloba (Kampman et al., 2003),
- celecoxib (Reid et al., 2005a),
- mecamlamine (Reid et al., 2006),
- co-enzym Q10 plus L-carnitine (Reid et al., 2005b),
- dehydroepiandrosteron (DHEA) (Shoptaw et al., 2004), en
- progesteron (Sofuoglu et al., 2007):

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van D-cycloserine, amlodipine, piracetam, ginkgo biloba, celecoxib, mecamlamine, co-enzym Q10 plus L-carnitine, dehydroepiandrosteron (DHEA), en progesteron in het verminderen van cocaïnegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne, en de bevindingen wijzen er niet op dat nader onderzoek geïndiceerd is.
- B: Kennedy et al. (2012); Malcolm et al. (2005); Kampman et al. (2003); Reid et al. (2005a); Reid et al. (2006); Reid et al. (2005b); Shoptaw et al. (2004), Sofuoglu et al. (2007)

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- De professionals achten medicamenteuze behandeling van verslaving geïndiceerd als de patiënt geen of onvoldoende baat heeft bij de standaardbehandeling met cognitieve gedragstherapie plus motiverende gespreksvoering of psychosociale behandeling, dan wel als de patiënt erom vraagt, nadat deze hierover voorlichting heeft gekregen.
- Voor de behandeling van stoornissen in het gebruik van de drugs die onderwerp zijn van deze richtlijn zijn geen bewezen effectieve medicijnen beschikbaar en dus ook geen medicijnen geregistreerd. Het behoort niettemin tot de individuele vrijheid van de arts om een medicijn waarvoor wel enige wetenschappelijke evidentie is off label voor te schrijven. Goede voorlichting aan de patiënt en goede monitoring zijn daarbij van groot belang. Medicijnen die bewezen niet effectief zijn dienen

niet voorgeschreven te worden.

- Er is redelijke overeenstemming onder de professionals dat naltrexon, disulfiram en topiramaat – bij gebrek aan afdoende evidentie – tot best practice medicijnen beschouwd kunnen worden bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van cocaïne en amfetamines.
- Volgens de professionals worden bètablokkers nog wel eens voorgeschreven bij alcoholonttrekking, maar deze kunnen in combinatie met doorgaand cocaïnegebruik leiden tot een infarct. Om deze reden zouden bètablokkers niet langer aan deze patiënten met comorbide cocaïnegebruik voorgeschreven moeten worden.

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

- Naar de mening van de ervaringsdeskundigen moeten zoveel mogelijk medicijnen voor de behandeling van verslaving beschikbaar blijven, waarbij ook rekening gehouden moet worden met de bijwerkingen. Een medicijn zou alleen afgeschreven moeten worden als er overtuigend bewijs is dat het medicijn niet werkt. In alle gevallen zou daarbij aan verwachtingenmanagement gedaan moeten worden: er moet niet gesuggereerd worden dat het medicijn je 'geneest' van je verslaving.
- Volgens sommige ervaringsdeskundigen wordt aan cliënten in de verslavingszorg meestal weinig uitleg gegeven over de mogelijkheden, werkzaamheid en eventuele nadelen van medicatie. Anderen vinden de uitleg over medicatie in de verslavingszorg – in tegenstelling tot die in de GGz – wél goed.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

6.5.3 Overwegingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne

De werkgroep is van mening dat vertraagde afgifte van dexamfetamine en vertraagde afgifte mixed amfetamine salts in Nederland beschikbaar zouden moeten komen voor (uitgebreid wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van deze medicijnen in) de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne – en wellicht ook andere stimulantia.

Als vertraagde afgifte dexamfetamine en vertraagde afgifte mixed amfetamine salts in Nederland beschikbaar zijn, benadrukt de werkgroep dat in de behandeling specifiek aandacht moet worden geschonken aan het optimaliseren van medicatietrouw en dat – in geval van off label voorschrijven van deze medicatie – de arts het voorschrijven dient te legitimeren, en de resultaten en mogelijke bijwerkingen nauwgezet dient te monitoren en registreren, met speciale aandacht voor de lange termijn effecten en mogelijke bijwerkingen.

De werkgroep benadrukt tevens dat er geen evidentie is om dexamfetamine in "immediate release" vorm voor te schrijven.

De werkgroep merkt op dat het merendeel van de in de meta-analyses betrokken studies en de studies uit de aanvullende literatuur search afkomstig is uit de Verenigde Staten en dat in lang niet alle studies onderscheid wordt gemaakt naar de toedieningswijze van cocaïne, zodat geen uitspraken kunnen worden gedaan over eventuele verschillen in effectiviteit van interventies bij personen die cocaïne snuiven versus personen die cocaïne roken/inhaleren (cocaïne-base of crack-cocaïne) of

injecteren.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

6.6 Behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij jongeren

6.6.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij jongeren

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van psychologische en/of farmacologische behandeling van stoornissen in het gebruik van cocaïne bij jongeren?

Aanbevelingen

- Voor de – psychologische of farmacologische – behandeling van jongeren met een stoornis in het gebruik van cocaïne is geen specifieke evidentie beschikbaar en er kunnen derhalve geen specifieke aanbevelingen worden gedaan.
- Bij jongeren met een stoornis in het gebruik van cocaïne dient een behandeling met op middelengebruik gerichte contingentie management overwogen te worden of een behandeling met cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering.
- De combinatie van deze behandelingen heeft wellicht toegevoegde waarde en kan om deze reden bij jongeren met een stoornis in het gebruik van cocaïne overwogen worden.
- Gezien de aanwijzingen voor effectiviteit van de Community Reinforcement Approach (CRA) bij volwassenen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en bij jongeren met een stoornis in het gebruik van cannabis, is de werkgroep van mening dat (A-)CRA overwogen kan worden bij jongeren bij wie cognitieve gedragstherapie niet of onvoldoende resulteert in afname van het cocaïnegebruik.
- Gezien het ontbreken van specifieke evidentie ten aanzien van de effectiviteit van farmacologische behandeling dient off label farmacotherapie niet overwogen te worden bij de behandeling van jongeren met een stoornis in het gebruik van cocaïne.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

6.6.2 Onderbouwing behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij jongeren

Wetenschappelijke kennis

In onze literatuursearch vonden wij geen systematische review of meta-analyse, noch (gerandomiseerde) studies die de effectiviteit van psychologische en/of farmacologische behandeling bij jongeren of jongvolwassenen met een stoornis in het gebruik van cocaïne onderzochten.

Niveau 2:

Niveau 2: : Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Er is geen bewijs om een uitspraak te doen over de effectiviteit van psychologische en/of farmacologische behandeling in het verminderen van cocaïnegebruik bij jongeren of jongvolwassenen met een stoornis in het gebruik van cocaïne.

Professionele kennis

Hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals ten aanzien van de psychologische behandeling van volwassenen met een stoornis in het gebruik van cocaïne (zie [Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne: professionele kennis](#)) is eveneens van toepassing op jongeren met deze stoornis.

Hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals ten aanzien van de farmacologische behandeling van volwassenen met een stoornis in het gebruik van cocaïne (zie [Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne: professionele kennis](#)) acht de werkgroep niet van toepassing op jongeren met deze stoornis (zie ook [Overwegingen behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij jongeren](#)).

Ervaringskennis

Hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers ten aanzien van de psychologische behandeling van volwassenen met een stoornis in het gebruik van cocaïne (zie [Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne: ervaringskennis](#)) is eveneens van toepassing op jongeren met deze stoornis.

Hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers ten aanzien van de farmacologische behandeling van volwassenen met een stoornis in het gebruik van cocaïne (zie [Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne: ervaringskennis](#)) acht de werkgroep niet van toepassing op jongeren met deze stoornis (zie ook [Overwegingen behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij jongeren](#)).

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

6.6.3 Overwegingen behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij jongeren

Uit de registratie van de verslavingszorg, zoals vastgelegd in het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem blijkt dat het aantal jongeren met primaire cocaïneproblematiek uitermate laag is.

Uit de registratie van de verslavingszorg, zoals vastgelegd in het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem blijkt dat het aantal jongeren met primaire cocaïneproblematiek uitermate laag is.: In 2015 werden 5.769 jongeren en jongvolwassenen (leeftijd t/m 22 jaar) behandeld in de verslavingszorg. Bij 4,4% van deze jongeren en jongvolwassenen was sprake van een primair cocaïneprobleem (n=251) en van hen waren 33 cliënten 18 jaar of jonger. (Persoonlijke communicatie Jeroen Wisselink, 27 september 2016).

Bron: Wisselink et al., 2016.

Gezien het ontbreken van onderzoek naar de effectiviteit van psychologische behandeling van stoornissen in het gebruik van cocaïne bij jongeren, is de werkgroep van mening dat bij deze patiënten de aanbevelingen gevolgd kunnen worden voor de behandeling van stoornissen in het gebruik van cannabis bij jongeren.

De werkgroep is tevens van mening dat off label farmacologische behandeling bij jongeren niet overwogen dient te worden, gezien het ontbreken van onderzoek hiernaar bij jongeren en het ontbreken van overtuigende evidentie hiervoor bij volwassenen.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

6.7 Behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij psychiatrische comorbiditeit

6.7.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij psychiatrische comorbiditeit

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van psychologische en farmacologische behandeling van stoornissen in het gebruik van cocaïne bij personen met comorbide psychiatrische problematiek?

Aanbevelingen

- Bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide ADHD kan overwogen worden vertraagde afgifte mixed amfetamine salts voor te schrijven.
- Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van cocaïne en een comorbide psychiatrische stoornis verdient het aanbeveling zowel de stoornis in het gebruik van cocaïne als de comorbide psychiatrische stoornis te behandelen, en daarbij voornamelijk de adviezen in de richtlijnen voor de betreffende comorbide stoornis(sen) te volgen.
- Hoewel er onvoldoende evidentie bestaat voor geïntegreerde behandeling conform het IDDT model, wordt aanbevolen om bij patiënten met een stoornis in het gebruik van cocaïne en een comorbide psychiatrische stoornis de problematiek in samenhang te benaderen (zie: Addendum

Stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen).

- Het verdient aanbeveling de volgorde van behandeling van een patiënt met een stoornis in het gebruik van cocaïne en een comorbide psychiatrische stoornis door middel van gedeelde besluitvorming tussen patiënt en behandelaar tot stand te laten komen en daarbij aandacht te hebben voor biologische, psychologische en sociale aspecten.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

6.7.2 Onderbouwing behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij psychiatrische comorbiditeit

Wetenschappelijke kennis

In onze literatuursearch vonden wij geen systematische review of meta-analyse gericht op de effectiviteit van psychologische behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide psychiatrische problematiek.

In onze literatuursearch vonden wij geen systematische review of meta-analyse van voldoende kwaliteit gericht op de effectiviteit van farmacotherapie bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide psychiatrische problematiek. Wel hebben meerdere studies die zijn opgenomen in de diverse meta-analyses of die wij in onze aanvullende literatuursearch vonden betrekking op de effectiviteit van farmacotherapie in de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide psychiatrische problematiek:

- Depressie:
 - sertraline (Mancino et al., 2014; Oliveto et al., 2012)
 - mirtazapine (Afshar et al. 2012; Raby et al., 2015)
 - venlafaxine (Raby et al., 2014)
- ADHD:
 - methylfenidaat (Levin et al., 2007; Schubiner et al., 2002)
 - vertraagde afgifte (Levin et al., 2015)
 - atomoxetine (Levin et al., 2009)
 - bupropion (Levin et al., 2002)
- Bipolaire stoornis:
 - citicoline (Brown et al., 2007, 2015)
 - lamotrigine (Brown et al., 2012)
 - quetiapine (Brown et al., 2002, 2010; Nejtek et al., 2008)
 - divalproex – als add on farmacotherapie bij lithium (Salloum et al., 2007; Kemp et al., 2009)
 - bupropion (Sepede et al., 2014)
 - aripiprazole (McRae-Clark et al., 2009)
- Schizofrenie:
 - continuering vs. discontinuering eerste generatie (klassieke) antipsychotica (Brown et al., 2003)
 - risperidon vs. continuering van klassieke neuroleptica (haloperidol, flufenazine, chloor-promazine) (Smelson et al., 2002)
 - olanzapine vs. haloperidol (Sayers et al., 2005; Smelson et al., 2006)
 - olanzapine vs. risperidone (Akerle et al., 2007)

- aripiprazole (Beresford et al., 2005; McRae-Clark et al., 2009)
- mazindol vs. placebo (Perry et al., 2004)

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat sertraline, mirtazapine en venlafaxine niet effectief zijn in het verminderen van cocaïnegebruik, noch in het reduceren van depressieve klachten, bij de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en een comorbide stemmingsstoornis. Er is eveneens enige aanwijzing dat carbamazepine, desipramine, imipramine, nefazodone, fluoxetine en lithium niet effectief zijn in het verminderen van cocaïnegebruik, noch in het reduceren van depressieve klachten, bij deze patiënten.
- A2: Beaulieu et al. (2012); Raby et al. (2014)
- B: Oliveto et al. (2012); Mancino et al. (2014); Afshar et al. (2012); Raby et al. (2015)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat behandeling met (60-80 mg) vertraagde afgifte 'mixed amfetamine salts' effectief kan zijn in het verminderen van cocaïnegebruik, het initiëren van langduriger periodes van cocaïne abstinentie, alsmede in het reduceren van ADHD-symptomatologie, bij de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide ADHD.
- A2: Levin et al. (2015)

Niveau 3:

- Er is aanwijzing dat behandeling met methylfenidaat niet effectief is in het verminderen van cocaïnegebruik, noch in het reduceren van ADHD-symptomatologie, bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide ADHD.
- A2/B: Schubiner et al. (2002); Levin et al. (2007).

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van atomoxetine en bupropion in de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide ADHD.
- C: Levin et al. (2002; 2009)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat behandeling met lamotrigine niet effectief is in het verminderen van cocaïnegebruik, noch in het verminderen van manische of depressieve symptomen bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en een comorbide bipolaire stoornis.
- A2: Brown et al. (2012)

Niveau 2:

- Er is enige aanwijzing dat behandeling met citicoline niet effectief is in het verminderen van cocaïnegebruik, noch in het verminderen van manische of depressieve symptomen, bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en een comorbide bipolaire stoornis.
- A2: Brown et al. (2015)
- B: Brown et al. (2007)

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van een behandeling met aripiprazole, quetiapine, bupropion of divalproex bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en een comorbide bipolaire stoornis.
- B: Nejtek et al. (2008)
- C: Brown et al. (2002, 2010); Kemp et al. (2009); Salloum et al. (200&); Sepede et al. (2014)
- D: McRae-Clark et al. (2009)

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van antipsychotica als groep, noch over het verschil in effectiviteit tussen risperidon, olanzapine, aripiprazole en haloperidol of andere eerste generatie antipsychotica in de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide schizofrenie (inclusief schizofreniforme of schizoaffectieve stoornis). Er is eveneens geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van mazindol in de behandeling van deze patiënten.
- C: Akerele et al. (2007); Brown et al. (2003); Sayers et al. (2005); Smelson et al. (2006); Perry et al. (2004)
- D: Beresford et al. (2005); McRae-Clark et al. (2009); Smelson et al. (2002)

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- De professionals achten medicamenteuze behandeling van verslaving geïndiceerd als de patiënt geen of onvoldoende baat heeft bij de standaardbehandeling met cognitieve gedragstherapie plus motiverende gespreksvoering of psychosociale behandeling, dan wel als de patiënt erom vraagt, nadat deze hierover voorlichting heeft gekregen.
- Voor de behandeling van stoornissen in het gebruik van de drugs die onderwerp zijn van deze richtlijn zijn geen bewezen effectieve medicijnen beschikbaar en dus ook geen medicijnen geregistreerd. Het behoort niettemin tot de individuele vrijheid van de arts om een medicijn waarvoor wel enige wetenschappelijke evidentie is off label voor te schrijven. Goede voorlichting aan de patiënt en goede monitoring zijn daarbij van groot belang. Medicijnen die bewezen niet effectief zijn dienen

niet voorgeschreven te worden.

- Er is redelijke overeenstemming onder de professionals dat naltrexon, disulfiram en topiramaat – bij gebrek aan afdoende evidentie – tot best practice medicijnen beschouwd kunnen worden bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van cocaïne en amfetamines.
- Volgens de professionals worden bètablokkers nog wel eens voorgeschreven bij alcoholonttrekking, maar deze kunnen in combinatie met doorgaand cocaïnegebruik leiden tot een infarct. Om deze reden zouden bètablokkers niet langer aan deze patiënten met comorbide cocaïnegebruik voorgeschreven moeten worden.
- In het kader van verslaving en een comorbide psychotische stoornis wijzen de professionals op de geringe effectiviteit van clozapine voor wat betreft de verslavingproblematiek. Bij gebrek aan gunstige effecten op de verslaving van andere – zowel klassieke als atypische – neuroleptica, wordt de geringe evidentie voor een positief effect van clozapine op de verslaving door klinici nogal eens met beide handen aangegrepen als er sprake is van een comorbide psychotische stoornis.
- Volgens de professionals kan melatonine, mits goed gedoseerd en op de juiste wijze/tijd ingenomen, effectief zijn in de behandeling van comorbide slaapstoornissen.
- Bij alle vormen van psychiatrische comorbiditeit verdient integrale behandeling van de verslaving en de comorbide stoornis volgens de professionals de voorkeur. Daarbij geldt voor een aantal comorbide stoornissen, indien er een sterk vermoeden is van middelengeïnduceerde comorbiditeit, dat de verslavingsbehandeling wordt gestart en de comorbiditeit gedurende enkele weken alleen wordt gemonitord totdat er al dan niet een autonome comorbide psychiatrische stoornis wordt gediagnosticeerd.
- De professionals wijzen er in dit kader op dat het behandelen van psychiatrische comorbiditeit niet automatisch leidt tot een gunstig resultaat wat betreft de verslaving.
- De meeste professionals zijn van mening dat in de richtlijn – naast psychiatrische comorbiditeit – ook aandacht moet zijn voor behandoelen die niet (noodzakelijk) op abstinentie zijn gericht, en voor herstel(-ondersteunende zorg) op andere domeinen, waaronder de Community Reinforcement Approach (CRA), Individuele Plaatsing en Steun (IPS), Housing First en bijvoorbeeld fysieke inspanning (physical exercise).

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

- Naar de mening van de ervaringsdeskundigen moeten zoveel mogelijk medicijnen voor de behandeling van verslaving beschikbaar blijven, waarbij ook rekening gehouden moet worden met de bijwerkingen. Een medicijn zou alleen afgeschreven moeten worden als er overtuigend bewijs is dat het medicijn niet werkt. In alle gevallen zou daarbij aan verwachtingenmanagement gedaan moeten worden: er moet niet gesuggereerd worden dat het medicijn je 'geneest' van je verslaving.
- Volgens sommige ervaringsdeskundigen wordt aan cliënten in de verslavingszorg meestal weinig uitleg gegeven over de mogelijkheden, werkzaamheid en eventuele nadelen van medicatie. Anderen vinden de uitleg over medicatie in de verslavingszorg – in tegenstelling tot die in de GGz – wél goed.
- De ervaringsdeskundigen geven aan dat de intake niet alleen betrekking moet hebben op de verslaving, maar ook op andere domeinen, waaronder psychische problemen. Vooral psychiatrische comorbiditeit kan in de intake onderbelicht blijven. Niet alle cliënten zijn zich ervan bewust dat zij psychische problemen of een trauma hebben, en intakekers durven soms niet naar trauma's te vragen.
- De ervaringsdeskundigen vinden dat er in de verslavingszorg onvoldoende aandacht wordt besteed

aan sociale aspecten, waaronder huisvesting en schulden. Ondersteuning bij het verkrijgen en behouden van huisvesting, schuldsanering en een zinvolle dagbesteding zijn wezenlijk onderdeel van herstelondersteunende zorg. Veel verslavingszorginstellingen hebben wel een link met bijvoorbeeld de Sociale Dienst, maar de rol van de gemeente is daarin steeds groter geworden. Er is nu steeds vaker sprake van een scheiding tussen enerzijds de verslavingszorg en GGz en anderzijds het maatschappelijk werk.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

6.7.3 Overwegingen behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij psychiatrische comorbiditeit

De werkgroep is van mening dat vertraagde afgifte dexamfetamine en vertraagde afgifte mixed amfetamine salts in Nederland beschikbaar zouden moeten komen voor nader onderzoek naar de effectiviteit van deze medicijnen in de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne – en wellicht ook andere stimulantia – en comorbide ADHD.

Als vertraagde afgifte dexamfetamine en vertraagde afgifte mixed amfetamine salts in Nederland beschikbaar zijn, benadrukt de werkgroep dat in de behandeling specifiek aandacht moet worden geschonken aan het optimaliseren van medicatietrouw en dat – in geval van off label voorschrijven van deze medicatie – de arts het voorschrijven dient te legitimeren, en de resultaten zowel op de ADHD-symptomatologie als op het gebruik van stimulantia en de mogelijke bijwerkingen nauwgezet dient te monitoren en registreren, met speciale aandacht voor de lange termijn effecten en mogelijke bijwerkingen.

Tevens merkt de werkgroep op dat het merendeel van de in de meta-analyses betrokken studies en de studies uit de aanvullende literatuur search afkomstig is uit de Verenigde Staten en dat in lang niet alle studies onderscheid wordt gemaakt naar de toedieningswijze van cocaïne, zodat geen uitspraken kunnen worden gedaan over eventuele verschillen in effectiviteit van interventies bij personen die cocaïne snuiven versus personen die cocaïne roken/inhaleren (cocaïne-base of crack-cocaïne) of injecteren.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

6.8 Behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij comorbide middelenstoornis(sen)

6.8.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij comorbide middelenstoornis(sen)

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van de behandeling van stoornissen in het gebruik van cocaïne bij personen met comorbide middelenstoornis(sen)?

Aanbevelingen

- Het verdient aanbeveling om bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide middelenstoornis(sen) als eerste keus een behandeling met op cocaïnegebruik gerichte

contingentie management aan te bieden.

- Er is onvoldoende evidentie beschikbaar om een aanbeveling te doen over het toepassen van cognitieve gedragstherapie in de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne met comorbide middelstoornis(sen).
- Ondanks het vele onderzoek dat is verricht, is er geen overtuigende evidentie voor de effectiviteit van een farmacologische behandeling van een stoornis in het gebruik van cocaïne. Bij de behandeling van een stoornis in het gebruik van cocaïne dient men daarom terughoudend te zijn met het voorschrijven van medicatie.
- Bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide opiaatafhankelijkheid in opiaatsubstitutiebehandeling verdient methadon de voorkeur boven buprenorfine. Bij patiënten bij wie de behandeling met methadon niet of onvoldoende resulteert in afname van het cocaïnegebruik, verdient het aanbeveling om op cocaïnegebruik gerichte contingentie management in te zetten.
- Bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide opiaatafhankelijkheid bij wie op cocaïnegebruik gerichte contingentie management niet of onvoldoende resulteert in afname van het cocaïnegebruik, kan farmacotherapie overwogen worden met indirecte dopamine-agonisten. Met name vertraagde afgifte dexamfetamine en vertraagde afgifte mixed amfetamine salts (en wellicht ook – bij voldoende therapietrouw – bupropion en modafinil) zouden effectief kunnen zijn in het reduceren van het cocaïnegebruik. Bij dit alles dient opgemerkt te worden dat de (korte termijn) effectiviteit van vertraagde afgifte dexamfetamine en vertraagde afgifte mixed amfetamine salts vooral is onderzocht in condities met hoge therapietrouw en dat wanneer wordt overwogen deze middelen voor te schrijven er aandacht dient te zijn voor het optimaliseren van therapietrouw en voor het minimaliseren van de kans op misbruik, bijwerkingen, en diversion.
- De voorgaande aanbeveling is eveneens van toepassing bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide alcoholafhankelijkheid. Wanneer op cocaïnegebruik gerichte contingentie management niet of onvoldoende resulteert in afname van het cocaïnegebruik, kan farmacotherapie met vertraagde afgifte dexamfetamine of vertraagde afgifte mixed amfetamine salts (en wellicht ook – bij voldoende therapietrouw – bupropion) overwogen worden.
- Naltrexon, disulfiram en modafinil lijken op basis van de beschikbare evidentie niet overwogen te moeten worden bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide alcoholafhankelijkheid.
- Wanneer besloten wordt om farmacotherapie aan te bieden voor de behandeling van een stoornis in het gebruik van cocaïne, dient de arts de patiënt duidelijk te informeren dat het om een 'off-label' voorgeschreven medicijn gaat en dient de patiënt daar toestemming ('informed consent') voor te geven. Het verdient aanbeveling dit zorgvuldig te legitimeren en documenteren en de voortgang van de behandeling, waaronder bijwerkingen, regelmatig te monitoren.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

6.8.2 Onderbouwing behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij comorbide middelstoornis(sen)

Wetenschappelijke kennis

Bij ruim eenderde van de mensen die bij de verslavingszorg hulp vragen voor een primair cocaïne-probleem betreft dit een enkelvoudig probleem. Bijna tweederde rapporteert naast cocaïne een

secundair probleemmiddel, meestal alcohol (21%) of opiaten (17%) en vaak ook cannabis (12%).

Bron: Wisselink et al., 2016.

Wetenschappelijke kennis psychologische behandeling

In onze literatuursearch vonden wij – naast de eerder besproken systematische reviews en meta-analyses (zie [Onderbouwing Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne: wetenschappelijke kennis](#)) – geen systematische reviews of meta-analyses gericht op de effectiviteit van psychologische behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide stoornis(sen) in het gebruik van alcohol, opiaten en/of cannabis.

Cognitieve gedragstherapie

In de systematische reviews en meta-analyses van Magill & Ray (2009) en Minozzi et al. (2016) werden 21 (unieke) studies geïnccludeerd naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie in de behandeling van stoornissen in het gebruik van cocaïne. In 14 studies waren comorbide middelenstoornis(sen) reden voor exclusie, terwijl in 2 studies de onderzoekspopulatie werd gevormd door personen met een comorbide stoornis in het gebruik van opiaten en cocaïne. In 5 studies, ten slotte, was een comorbide middelenstoornis geen exclusiecriteria, maar werd het eventueel modererende effect van comorbide middelenstoornis(sen) niet onderzocht.

Op basis van deze literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie in de behandeling van een stoornis in het gebruik van cocaïne bij patiënten met comorbide middelenstoornis(sen). Er is evenmin bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de mate waarin de aanwezigheid van comorbide middelenstoornissen de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie in de behandeling van een stoornis in het gebruik van cocaïne beïnvloedt.
- A1: Minozzi et al. (2016); Magill & Ray (2009)

Contingentie management

In de systematische reviews en meta-analyses van Prendergast et al. (2006) en Minozzi et al. (2016) werden 25 (unieke) studies geïnccludeerd naar de effectiviteit van contingentie management in de behandeling van stoornissen in het gebruik van cocaïne. Acht van deze studies hadden betrekking op personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne én opiaten, terwijl comorbide middelenstoornis(sen) in 8 studies een exclusiecriteria waren. In 9 studies, ten slotte, was een comorbide middelenstoornis geen exclusiecriteria, maar werd het eventueel modererende effect van comorbide middelenstoornis(sen) – in eerste instantie – niet onderzocht.

In secundaire analyses van meerdere gepoolde gerandomiseerde studies naar de effectiviteit van contingentie management onder patiënten met een stoornis in het gebruik van cocaïne, vond de

onderzoeksgroep van Petry aanwijzingen dat de aan- of afwezigheid van een comorbide stoornis in het gebruik van alcohol

Bron: Rash et al., 2008a; Byrne & Petry, 2011.

of het gebruik van cannabis

Bron: Alessi et al., 2011.

het effect van contingentie management op het gebruik van cocaïne niet beïnvloedde.

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen

concluderen: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

wij het volgende:

Niveau 1:

- Gezien de grote diversiteit in populaties waarbinnen de effectiviteit van contingentie management is onderzocht, is het waarschijnlijk dat contingentie management gericht op cocaïnegebruik effectief is in de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne, ongeacht de aan- of afwezigheid van comorbide middelenstoornis(sen).
- A1: Minozzi et al. (2016); Prendergast et al. (2006)
- A2: Alessi et al. (2011); Byrne & Petry (2011); Rash et al. (2008a)

Wetenschappelijke kennis farmacologische behandeling

In onze literatuursearch vonden wij – naast de eerder besproken systematische reviews en meta-analyse (zie [Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne: wetenschappelijke kennis](#)) – één systematische review en meta-analyse gericht op de effectiviteit van farmacotherapie bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide opiaatafhankelijkheid.

Bron: Castells et al., 2009: 37 gerandomiseerde studies met 3.029 deelnemers.

Daarnaast heeft een aanzienlijk deel van de studies naar de effectiviteit van farmacotherapie bij stoornissen in het gebruik van cocaïne betrekking op patiënten met comorbide middelenstoornis(sen). We beperken ons hier tot de vier medicijnen die in meerdere gerandomiseerde studies zijn onderzocht: disulfiram, naltrexon, modafinil en topiramaat.

Van de 11 studies naar de effectiviteit van disulfiram bij patiënten met cocaïne-afhankelijkheid hadden twee studies (van voldoende omvang) betrekking op patiënten met comorbide alcoholafhankelijkheid

Bron: Carroll et al., 1998; Pettinati et al., 2008.

en zes op patiënten met comorbide opiaatafhankelijkheid.

Bron: Carroll et al., 2012; George et al., 2000; Nielsen et al., 2012; Oliveto et al., 2011; Petrakis et al., 2000; Schottenfeld et al., 2014.

Slechts één studie betrof patiënten met uitsluitend een stoornis in het gebruik van cocaïne.

Bron: Carroll et al., 2016.

Er zijn zeven gerandomiseerde studies verricht naar de effectiviteit van topiramaat bij de behandeling van cocaïne-afhankelijkheid, maar géén van deze studies had specifiek betrekking op patiënten met comorbide alcohol- of opiaatafhankelijkheid.

Van de acht gerandomiseerde studies naar de effectiviteit van modafinil in de behandeling van stoornissen in het gebruik van cocaïne, was slechts één studie specifiek gericht op cocaïne-afhankelijke patiënten met comorbide alcoholafhankelijkheid.

Bron: Kampman et al., 2015.

Zes van de acht gerandomiseerde studies (van voldoende omvang) naar de effectiviteit van naltrexon bij de behandeling van cocaïneverslaving hadden betrekking op patiënten met comorbide

alcoholafhankelijkheid.

Bron: Kampman et al., 2015; Pettinati et al., 2008a, 2008b, 2014; Schmitz et al., 2004, 2009.

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen

concluderen: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

wij het volgende:

Niveau 1:

- Het is waarschijnlijk dat bij heroïneverslaafde patiënten met comorbide cocaïne-afhankelijkheid in opiaatsubstitutiebehandeling methadon effectiever is dan buprenorfine in het bereiken van langduriger abstinentie van cocaïne (≥ 3 weken).
- A1: Castells et al. (2009)

Niveau 2:

- Er zijn aanwijzingen dat medicamenteuze behandeling met dexamfetamine (vertraagde afgifte) in voldoende hoge dosering (≥ 60 mg/dag) effectief kan zijn in het verminderen van cocaïnegebruik en het initiëren van langduriger periodes van cocaïne abstinentie bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide opiaatafhankelijkheid.
- A1: Castells et al. (2016); Pérez-Maña et al. (2011)
- A2: Nuijten et al. (2016)
- B: Grabowski et al. (2004)

Niveau 2:

- Er zijn conflicterende bevindingen ten aanzien van de effectiviteit van bupropion in het initiëren van langduriger periodes van cocaïne abstinentie bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide opiaatafhankelijkheid.
- A1: Castells et al. (2016)

Niveau 1:

- Er zijn aanwijzingen dat disulfiram niet effectief is in het verminderen van cocaïnegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide opiaatafhankelijkheid.
- A2: Carroll et al. (2012); George et al. (2000); Nielsen et al. (2012); Oliveto et al (2011); Petrakis et

al. (2000); Schottenfeld et al. (2014)

Niveau 2:

- Er zijn aanwijzingen dat disulfiram niet effectief is in het verminderen van cocaïnegebruik (alsmede het verminderen van alcoholgebruik) bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide alcoholafhankelijkheid.
- A2: Pettinati et al. (2008)
- B: Carroll et al. (1998, 2004)

Niveau 1:

- Er zijn aanwijzingen dat naltrexon niet effectief is in het verminderen van cocaïnegebruik (noch in het verminderen van alcoholgebruik) bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide alcoholafhankelijkheid.
- A2: Carroll et al. (2012); George et al. (2000); Nielsen et al. (2012); Oliveto et al (2011); Kampman et al. (2015 – abstract only)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat modafinil (400 mg/dag), naltrexon (150 mg/dag voor mannen en 100 mg/dag voor vrouwen) en de combinatie van modafinil plus naltrexon niet effectief zijn in het verminderen van cocaïnegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide alcoholafhankelijkheid.
- A2: Kampman et al. (2015 – abstract only)

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- De professionals achten medicamenteuze behandeling van verslaving geïndiceerd als de patiënt geen of onvoldoende baat heeft bij de standaardbehandeling met cognitieve gedragstherapie plus motiverende gespreksvoering of psychosociale behandeling, dan wel als de patiënt erom vraagt, nadat deze hierover voorlichting heeft gekregen.
- Voor de behandeling van stoornissen in het gebruik van de drugs die onderwerp zijn van deze richtlijn zijn geen bewezen effectieve medicijnen beschikbaar en dus ook geen medicijnen geregistreerd. Het behoort niettemin tot de individuele vrijheid van de arts om een medicijn waarvoor wel enige wetenschappelijke evidentie is off label voor te schrijven. Goede voorlichting aan de patiënt en goede monitoring zijn daarbij van groot belang. Medicijnen die bewezen niet effectief zijn dienen niet voorgeschreven te worden.
- Er is redelijke overeenstemming onder de professionals dat naltrexon, disulfiram en topiramaat – bij gebrek aan afdoende evidentie – tot best practice medicijnen beschouwd kunnen worden bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van cocaïne en amfetamines.
- Volgens de professionals worden bètablokkers nog wel eens voorgeschreven bij alcoholonttrekking, maar deze kunnen in combinatie met doorgaand cocaïnegebruik leiden tot een infarct. Om deze reden zouden bètablokkers niet langer aan deze patiënten met comorbide cocaïnegebruik voorgeschreven moeten worden.

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

- Naar de mening van de ervaringsdeskundigen moeten zoveel mogelijk medicijnen voor de behandeling van verslaving beschikbaar blijven, waarbij ook rekening gehouden moet worden met de bijwerkingen. Een medicijn zou alleen afgeschreven moeten worden als er overtuigend bewijs is dat het medicijn niet werkt. In alle gevallen zou daarbij aan verwachtingenmanagement gedaan moeten worden: er moet niet gesuggereerd worden dat het medicijn je 'geneest' van je verslaving.
- Volgens sommige ervaringsdeskundigen wordt aan cliënten in de verslavingszorg meestal weinig uitleg gegeven over de mogelijkheden, werkzaamheid en eventuele nadelen van medicatie. Anderen vinden de uitleg over medicatie in de verslavingszorg – in tegenstelling tot die in de GGz – wél goed.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

6.8.3 Overwegingen behandeling stoornis in het gebruik van cocaïne bij comorbide middelenstoornis(sen)

Vanuit de werkgroep zijn geen overige overwegingen met betrekking tot de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide alcohol- of opiaatafhankelijkheid, anders dan de eerdere overweging dat het merendeel van de in de meta-analyses betrokken studies en de studies uit de aanvullende literatuur search afkomstig is uit de Verenigde Staten en dat in lang niet alle studies onderscheid wordt gemaakt naar de toedieningswijze van cocaïne, zodat geen uitspraken kunnen worden gedaan over eventuele verschillen in effectiviteit van interventies bij personen die cocaïne snuiven versus personen die cocaïne roken/inhaleren (cocaïne-base of crack-cocaïne) of injecteren.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

6.9 Overige behandelingen stoornis in het gebruik van cocaïne

6.9.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen overige behandelingen stoornis in het gebruik van cocaïne

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van overige behandelingen van stoornissen in het gebruik van cocaïne?

Aanbevelingen

- Er is ruimschoots bewijs dat acupunctuur niet effectief is in de behandeling van stoornissen in het gebruik van cocaïne en het verdient aanbeveling acupunctuur niet aan te bieden aan personen met deze stoornis.
- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit over de effectiviteit van andere behandelingen van stoornissen in het gebruik van cocaïne en er kunnen derhalve geen aanbevelingen worden gedaan.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#).

6.9.2 Onderbouwing overige behandelingen stoornis in het gebruik van cocaïne

Wetenschappelijke kennis

Alternatieve en complementaire geneeskunde – Acupunctuur

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van acupunctuur bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van cocaïne?

In onze literatuursearch vonden wij drie reviews/meta-analyses die specifiek betrekking hadden op de effectiviteit van acupunctuur in de behandeling van stoornissen in het gebruik van cocaïne,

Bron: D'Albert et al., 2004; Mills et al., 2005; Gates et al., 2008.

en één systematische review en meta-analyse die betrekking had op acupunctuur in de behandeling van stoornissen in het gebruik van middelen.

Bron: Grant et al., 2016.

De Cochrane review van Gates et al. (2008) is de meest recente systematische review en meta-analyse die een overzicht geeft van studies, gepubliceerd tot oktober 2004, naar de effectiviteit van auricular (oor) acupunctuur bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van cocaïne. Er werden 7 RCTs (allen van lage methodologische kwaliteit) geïnccludeerd met 1.433 deelnemers, waarin acupunctuur, uitgevoerd volgens het protocol van de "National Acupuncture Detoxification Association" (NADA), werd vergeleken met sham acupunctuur, geen acupunctuur of een neurobehavioral behandeling.

In 2016 werd een systematische review en meta-analyse van Grant en collega's gepubliceerd, waarin de effectiviteit van acupunctuur werd onderzocht voor de behandeling van stoornissen in het gebruik van middelen, in het algemeen, en in het gebruik van stimulantia.

In onze aanvullende literatuurstudie vonden wij geen gerandomiseerde studies die niet zijn opgenomen in of die zijn verschenen na de besproken systematische reviews en meta-analyses.

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen

concluderen: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

wij het volgende:

Niveau 1:

- Het is aangetoond dat acupunctuur niet effectief is in het verminderen van cocaïnegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne.
- A1: Grant et al. (2016); Gates et al. (2008)
- A2: Mills et al. (2005); D'Alberto et al. (2004)

Overige alternatieve en complementaire geneeskunde

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van alternatieve en complementaire geneeskunde bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van cocaïne?

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen

concluderen: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

wij het volgende:

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit alternatieve en complementaire geneeskunde – homeopathie, yoga-meditatie, mindfulness-meditatie – in de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne.
- B/C: Adler et al. (2013); Agarwal et al. (2015)

Diepe hersenstimulatie (Deep Brain Stimulation; DBS)

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van diepe hersenstimulatie (DBS) bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van cocaïne?

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van diepe hersen stimulatie (DBS) in de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne.
- C: Gonçalves-Ferreira et al. (2016)

Transcraniële magnetische stimulatie (rTMS)

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van transcraniële magnetische stimulatie (TMS) bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van cocaïne?

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen

concluderen: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

wij het volgende:

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van diepe hersen stimulatie (DBS) en repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) in de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne.
- B: Terraneo et al. (2016)

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

7. Amfetamine

Autorisatiedatum 26-02-2018 Beoordelingsdatum 26-02-2018

7.1 Algemene inleiding

Amfetamine en methamfetamine zijn stimulerende stoffen die tot een klasse drugs behoren die ook wel wordt aangeduid als 'ATS', naar het Engelse Amphetamine-Type Stimulants. Daaronder vallen ook 3,4-methyleendioxyamfetamine (MDMA) (zie [Ecstasy](#)), 3,4-methyleendioxyamfetamine (MDA), 3,4-methyleendioxyethylamfetamine (MDEA), methcathinone, fenetylamine, ephedrine, pseudoephedrine en methylfenidaat,

Bron: Souza et al., 2012.

welke naast stimulerende ook hallucinogene eigenschappen hebben. Yabaa ('gekke drug') is een drug uit de ATS-familie met zeer verslavende eigenschappen die vooral in Zuidoost Azië populair is. Als geneesmiddel wordt een isomeer van amfetamine, dextroamfetamine, voorgeschreven bij de behandeling van ADHD en narcolepsie. Met uitzondering van efedrine en pseudo-efedrine, zijn alle ATSen synthetische drugs: ze worden geproduceerd in een laboratorium en komen niet van nature voor in planten, zoals wel geldt voor cannabis, opiaten en cocaïne.

Dit hoofdstuk beperkt zich tot amfetamine (met straatnamen als speed en pep) en methamfetamine (crystal meth, ice, tina), een veel sterkere variant. Methamfetamine heeft meer lipofiele eigenschappen en dringt daardoor makkelijker en met hogere spiegels door in de hersenen. Het wordt beschouwd als verslavender dan amfetamine. In Nederland wordt veelal amfetamine gebruikt (geslikt of gesnoven, zelden geïnjecteerd) terwijl het gebruik van methamfetamine (gesnoven, gerookt (gebased), of geïnjecteerd) sporadisch is en zich beperkt tot enkele groepen, zoals mannen die seks hebben met mannen en drugs als methamfetamine gebruiken rond de seks (chemsex). Dat is anders dan in veel andere landen (zowel in Europa, de VS als Azië), waar methamfetaminegebruik prevaleert en het middel ook vaker wordt geïnjecteerd.

Omdat methamfetamine veel krachtiger werkt dan amfetamine en sneller leidt tot ernstige psychische, lichamelijke en sociale schade zijn resultaten uit studies naar methamfetamine niet direct te vertalen naar amfetamine. De aanwezigheid van co-morbide stoornissen (zoals een hiv-infectie, chronische virale hepatitis, cardiale stoornissen en psychose) verlaagt immers de kans op succesvolle behandeling van de methamfetaminestoornis. In de wetenschappelijke literatuur zijn echter vrijwel alle studies gebaseerd op een patiëntenpopulatie die bestaat uit methamfetaminegebruikers, een mix van methamfetamine- en amfetaminegebruikers, of zelfs een mix van gebruikers van vele verschillende stimulantia (inclusief andere middelen uit de groep "ATS" en cocaïne). Vooral personen met een stoornis in het gebruik van methamfetamine zijn patiënten met overwegend een zwaardere stoornis dan de Nederlandse patiënten met een stoornis in het gebruik

van amfetamine. Bij de beoordeling van de toepasbaarheid van de resultaten uit deze studies naar de Nederlandse praktijk is hiermee rekening gehouden.

Volgens cijfers uit de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor uitgevoerd door het CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut had in 2015 ongeveer 1 op de 25 Nederlanders van 18 jaar en ouder ooit amfetamine gebruikt; dat zijn iets meer dan een half miljoen ooit-gebruikers. Van hen gebruikte minder dan een derde amfetamine in het afgelopen jaar ('recent gebruik'), zo'n 170 duizend volwassenen. Binnen deze groep waren ongeveer 50.000 personen die ook de afgelopen maand amfetamine hadden gebruikt ('actueel gebruik'). Onder de gebruikers zijn twee keer zoveel mannen (6%) als vrouwen (3%) en van de volwassenen die in het voorgaande jaar amfetamine hadden gebruikt was de gemiddelde leeftijd 30 jaar. Hoog opgeleiden hebben 2-3 keer zo vaak amfetamine gebruikt (ooit, recent en actueel) als laagopgeleiden en het gebruik is ook hoger in stedelijke gebieden vergeleken met dorpen. Het gebruik onder scholieren van 12-16 jaar is beperkt (1,1%). De verschillen in amfetaminegebruik tussen jongens en meisjes zijn klein en niet significant.

Lang niet al deze gebruikers krijgen langdurige problemen met het gebruik van amfetamine. Hoeveel probleemgebruikers er zijn in Nederland is echter niet bekend. Wel is bekend dat het aantal patiënten in de verslavingszorg met een primair probleem wegens amfetaminegebruik van 2006 tot 2014 en 2015 steeg met 67%, tot ongeveer 1.800. Dat zijn per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder 13 patiënten met een primair amfetamineprobleem (Wisselink et al., 2016). Daarnaast waren er in 2015 nog 742 patiënten voor wie amfetamine het secundaire verslavingsprobleem was (naast cannabis, alcohol, cocaïne, GHB of heroïne). Het aandeel van alle amfetamine hulpvragen in de verslavingszorg is relatief beperkt: 6% in 2015. Het merendeel van de primaire amfetaminepatiënten is man.

De in Amfetamine gevonden en besproken studies hebben vrijwel allemaal primair betrekking op klinisch (symptomatisch) herstel en in de studies is niet systematisch onderzocht wat de effectiviteit van de interventies is op andere hersteldomeinen. In het overgrote deel van de studies is niet gekeken naar sekseverschillen in de effectiviteit van de interventie. Hierdoor is nog weinig bekend over de mogelijke rol van sekse in de behandeling van een stoornis in het gebruik van amfetamine.

7.2 Behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van amfetamine

7.2.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van amfetamine

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van farmacotherapie in geval van intoxicatie/overdosering ten gevolge van het gebruik van amfetamine?

Voor de behandeling van (meth)amfetamine-intoxicatie of overdosering is geen antidotum beschikbaar. De behandeling is daarom gericht op symptoombestrijding.

In overleg met de auteur van hoofdstuk 10 'Stimulantia' van de Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren

Bron: Dijkstra et al. (Red.), 2017.

zijn de onderstaande aanbevelingen gewijzigd ten opzichte van de aanbevelingen in de Richtlijn Detoxificatie.

Aanbevelingen

- Bij patiënten met een opwindingsstoestand van niet-psychotische aard na gebruik van stimulerende middelen wordt lorazepam aanbevolen.
- Bij patiënten met een opwindingsstoestand van psychotische aard na gebruik van stimulerende middelen wordt olanzapine of de combinatie van haloperidol met promethazine aanbevolen.
- Bij de keuze voor de bovenstaande of andere medicatie, waaronder andere benzodiazepines en atypische antipsychotica, dient rekening gehouden te worden met de snelheid waarmee het beoogde effect bereikt wordt, de noodzaak van herhalingsmedicatie en het risico op bijwerkingen, zoals extrapyramidale symptomen en hartritme stoornissen.

7.3 Detoxificatie/ontgiftiging van stoornis in het gebruik van amfetamine

7.3.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen detoxificatie/ontgiftiging van stoornis in het gebruik van amfetamine

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van farmacotherapie bij de detoxificatie van personen met een stoornis in het gebruik van amfetamine?

De volgende aanbevelingen zijn overgenomen van de Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren.

Bron: Dijkstra et al. (Red.), 2017.

In het betreffende hoofdstuk van deze richtlijn zijn de stimulantia (amfetamine, cocaïne, XTC) als groep besproken.

Aanbevelingen

- Er is geen evidentie voor een farmacologische behandeling van amfetamineonthouding en er kan daarom geen farmacologische behandeling aanbevolen worden.
- Persistentere klachten gedurende de onthouding kunnen het best behandeld worden met symptoomgerichte medicatie, waarbij op geleide van de onthoudingssymptomen die zich voordoen de volgende medicatie wordt geadviseerd:
- slaapproblemen, onrust, angst: zolpidem, zoplicon, mirtazapine, promethazine

- prikkelbaarheid: diazepam (niet langer dan 7 dagen)
- maag-/darmklachten: mebeverine
- pijnklachten, hoofdpijn: paracetamol, NSAIDs
- misselijkheid: promethazine, metoclopramide
- psychose: olanzapine
- Wanneer benzodiazepinen of z-medicijnen (ook wel benzodiazepinen verwante slaapmedicatie genaamd) worden gebruikt voor het verminderen van specifieke onthoudingsverschijnselen dan dient dit van korte duur te zijn en in de vorm van een afbouwschema.

De conclusies in de Richtlijn Detoxificatie die specifiek betrekking hebben op het onderwerp (meth)amfetamine waren:

- Amineptine is niet effectief in het verminderen van onthoudingsverschijnselen of craving gedurende en na onthouding van amfetaminen.
- Mirtazapine is mogelijk effectief in het verminderen van onthoudingsverschijnselen, maar nader onderzoek hiernaar is wenselijk, omdat de bevindingen van twee RCT's elkaar tegen spreken.
- Dexamfetamine met een vertraagde afgifte is mogelijk effectief in het verminderen van onthoudingsverschijnselen en craving gedurende en na methamfetamine-onthouding.
- Naast een standaard lichamenlijk onderzoek is een (goede anamnese en) uitgebreid lichamenlijk onderzoek met specifieke aandacht voor aan stimulantia gebruik gerelateerde aandoeningen van belang:
 - cardiovasculair:
 - aritmieën: tachycardia, bradycardia, ventriculaire tachycardia
 - hypertensie: kan cerebrovasculaire accidenten veroorzaken
 - arteriële spasmen: kunnen hartinfarcten en cerebrovasculaire accidenten, alsmede cardiomyopathie en congestief hartfalen veroorzaken
 - neurologisch:
 - convulsies
 - cerebrovasculaire accidenten: met hersenbloedingen, infarcten en ischemische episoden
 - neuropsychologische veranderingen: aandacht- en concentratieproblemen, geheugenstoornissen, problemen met het aanleren van nieuwe vaardigheden
 - bewegingsstoornissen: tics, stereotype bewegingen, choreatische bewegingen
 - luchtwegen:
 - geïrriteerd neusslijmvlies, neusbloedingen, septum perforatie, chronische longschade, pneumonie, longoedeem, tracheo-bronchitis
 - seksualiteit:
 - kortdurend gebruik is geassocieerd met een versterkt gevoel van seksueel verlangen en presteren
 - chronisch gebruik geeft een afname van de libido, impotentie, problemen met klaarkomen, gynaecomastie bij mannen, menstruatieproblemen met oligomenorroe, amenorroe en galactorroe bij vrouwen
 - zwangerschap:
 - gebruik van stimulantia is geassocieerd met een vergrote kans op obstetrische complicaties (spontane abortus, vroeggeboorte, placentaloslating) en kan schade aan de vrucht veroorzaken
 - overige:
 - gewichtsverlies door verlies aan eetlust en verhoogd metabolisme
 - huid-aandoeningen met infecties door krabben

- spuitgerelateerde aandoeningen (bijvoorbeeld humaan immunodeficiëntie virus (hiv), hepatitis B en C)
- darmnecrose
- nierinfarct

Bron: Drug and Alcohol Withdrawal Clinical Practice Guidelines – NSW, 2008.

- Urine-onderzoek biedt geen meerwaarde om de ernst van de onthouding te bepalen.
- Bloedonderzoek is geïndiceerd indien er op basis van de anamnese en/of lichamelijk onderzoek mogelijk sprake is van somatische comorbiditeit.
- Het regelmatig monitoren van de onthoudingsklachten is van belang tijdens de onthouding om onthoudingsverschijnselen in beeld te brengen.
- Voor het monitoren van onthoudingsklachten kan de Amphetamine Withdrawal Questionnaire (AWQ) gebruikt worden.
- De uitgangspunten voor een detoxificatie van amfetamine zijn voor zwangere vrouwen hetzelfde als voor niet-zwangere vrouwen. In het geval van symptoomgerichte medicatie dient er uitgebreide voorlichting plaats te vinden over de voor- en nadelen van de medicatie.

7.3.2 Onderbouwing detoxificatie/ontgifting van stoornis in het gebruik van amfetamine

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- De professionals zijn van mening dat een klinische opname voor detoxificatie of vervolgbehandeling, wanneer noodzakelijk, zo kort mogelijk dient te zijn. De patiënt dient zoveel mogelijk in zijn/haar eigen leefomgeving behandeld te worden, om te kunnen leren omgaan met zucht en andere risicosituaties die kunnen leiden tot terugval. Daarvoor is wél een zodanige mate van controle over het middelengebruik vereist dat de patiënt cognitief in staat is om voldoende van een behandeling te leren. Als dat niet het geval is, zal de patiënt zo goed mogelijk in een abstinente omgeving moeten worden getraind in terugvalpreventietechnieken. Buiten het omgaan met risico's is het van belang dat in de leefomgeving van de patiënt alternatieve activiteiten en bekrachtigers ontwikkeld worden, bijvoorbeeld met behulp van de Community Reinforcement Approach (CRA).
- Een opname is volgens de professionals geïndiceerd (1) als diagnostiek of behandeling van psychiatrische comorbiditeit gewenst of noodzakelijk is, die niet toereikend in een ambulante setting kan plaatsvinden, of (2) als er sprake is van herhaalde mislukte pogingen tot ambulante ontgifting, of van ambulante vervolgbehandelingen met onvoldoende resultaat, die volgens de patiënt en behandelaar te wijten zijn aan specifieke factoren (bijvoorbeeld systeemfactoren of woonomstandigheden) die door een klinische opname aan te pakken zijn.

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

- Tijdens de detoxificatie moet de cliënt, wanneer nodig, gestimuleerd worden om de regie over zijn herstelproces te (her)nemen. De motivatie die de cliënt voorafgaand aan en tijdens de detoxificatie heeft om af te kicken, moet gebruikt worden om zijn/haar motivatie voor de vervolgbehandeling die aansluitend aan de detoxificatie plaatsvindt, te voeden, bestendigen en versterken. Dit geldt voor zowel ambulante als klinische detoxificatie.
- Wanneer een cliënt voor detoxificatie opgenomen wordt, is het van belang dat hij/zij voldoende activiteiten krijgt aangeboden, niet alleen om verveling te voorkomen, maar ook om gezamenlijk met andere opgenomen cliënten activiteiten te ondernemen die zinvol zijn (bijvoorbeeld meer bewegen) en waarmee zij zich onderling verbonden kunnen voelen.

7.4 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij volwassenen

7.4.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij volwassenen

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van psychologische behandeling van stoornissen in het gebruik van amfetamine bij volwassenen?

Aanbevelingen

- Het verdient aanbeveling om bij volwassenen met een stoornis in het gebruik van amfetamine een behandeling met cognitieve gedragstherapie en (bij voorkeur intensieve) motiverende gespreksvoering aan te bieden.
- Het toevoegen van op middelengebruik gericht contingentie management aan de behandeling verdient aanbeveling. Het voortzetten van contingentie management gedurende meerdere maanden heeft de voorkeur.
- Motiverende gespreksvoering wordt aanbevolen voor terugvalpreventie.
- Het verdient aanbeveling om volwassenen tijdens hun behandeling te informeren over aanvullende zelfhulpmogelijkheden, waaronder zelfhulpgroepen.
- Het verdient aanbeveling om, waar mogelijk, het systeem rond de patiënt te betrekken bij de behandeling.
- Het verdient aanbeveling om in de behandeling expliciet aandacht te besteden aan de therapeutische relatie en de keuze en wensen van de patiënt.
- Aanbevolen wordt om in de behandeling – naast psychiatrische comorbiditeit – ook aandacht te hebben voor behandeldoelen die niet (noodzakelijk) op abstinentie gericht zijn, en voor herstelondersteunende zorg op andere domeinen, waaronder de sociale inbedding, huisvesting en financiële situatie van de cliënt (zie Herstelondersteunende interventies).

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

7.4.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van

amfetamine bij volwassenen

Wetenschappelijke kennis

Systematische literatuurreview

Wegens het ontbreken van meta-analyses of systematische reviews onder amfetaminegebruikers, is voor deze paragraaf een al wat oudere systematische literatuurreview

Bron: Lee & Rawson, 2008.

als uitgangspunt genomen, die betrekking had op 12 gerandomiseerde studies onder patiënten met gebruik of afhankelijkheid van methamfetamine of gemengde populaties waaronder ook methamfetaminegebruikers (2877 deelnemers). Slechts twee van de 12 studies vonden plaats onder patiënten met een afhankelijkheid van amfetamine. De auteurs merken op dat veel onderzoek naar de behandeling van stimulantiegebruik heeft plaatsgevonden onder cocaïnegebruikers of een gemengde populatie van cocaïne- en methamfetaminegebruikers. Onderzoek in een populatie van uitsluitend (meth)amfetaminegebruikers is schaars. In deze systematische review werden verschillende vormen van cognitieve gedragstherapie en contingentie management vergeleken met placebo. Eén studie met vier armen vergeleek ook cognitieve gedragstherapie met contingentie management, de combinatie van beide (en als vierde arm: cultuurspecifieke cognitieve gedragstherapie). Een beperking van veel van de geïncludeerde studies is de hoge studie-uitval.

Aanvullende literatuurstudie

Wij vonden drie studies die niet in de systematische literatuurreview waren opgenomen, omdat zij later zijn gepubliceerd.

Bron: Polcin et al., 2014; Roll et al., 2013; Smout et al., 2010.

Hierin deden in totaal 439 patiënten met een afhankelijkheid van methamfetamine mee. Vergeleken werden intensieve motiverende gespreksvoering met een enkele standaard sessie motiverende gespreksvoering;

Bron: Polcin et al., 2014.

contingentie management in verschillende intensiteiten (1, 2 en 4 maanden) met standaard psychosociale behandeling

Bron: Roll et al., 2013.

en acceptance and commitment therapy (ACT) met cognitieve gedragstherapie.

Bron: Smout et al., 2010.

Ook deze studies hadden te maken met forse uitval en kunnen daarom niet of nauwelijks bijdragen aan het bewijs.

Conclusies

Conclusies : Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen we het volgende.

Niveau 1:

- Het is aangetoond dat een combinatie van motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie bij volwassenen de kans op abstinentie van methamfetamine en self-efficacy bij het stoppen kan verhogen, zelfs bij zeer kortdurende interventies gericht op terugvalpreventie.
- A1: Lee & Rawson (2008)

Niveau 1:

- Het is aangetoond dat op middelengebruik gericht contingentie management het aantal dagen abstinentie van methamfetamine kan verhogen. Het is aannemelijk dat bij een langere duur van het contingentie management de abstinentie verbetert, maar het is onduidelijk wat er gebeurt bij stoppen van de positieve bekrachtigers. Het is aannemelijk dat contingentie management een hogere behandelretentie geeft.
- A1: Lee & Rawson (2008)
- B: Roll et al. (2013)

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- De professionals zijn van mening dat de uitgebreide variant van cognitieve gedragstherapie (CGT,

inclusief motiverende gespreksvoering) de standaardbehandeling is in de Nederlandse verslavingszorg, en dat de kortdurende variant van CGT thuishoort in de generalistische basis-GGz.

- Nieuwe psychosociale behandelingen als mindfulness, Acceptance and Commitment Therapie (act), Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Assertive Community Treatment (ACT) en ook behandeling volgens het al lang bestaande Minnesota model hebben in de context van een verslavingsbehandeling volgens de professionals een onvoldoende duidelijke theoretische of klinisch aangetoonde onderbouwing en zouden pas ingezet moeten worden als de patiënt geen of onvoldoende baat heeft bij de standaardbehandeling met CGT, dan wel als aanvulling op de standaardbehandeling.
- De professionals zijn van mening dat contingentie management – het systematisch belonen van gewenst gedrag – eigenlijk de meest effectieve behandeling van verslaving is, met bovendien een goede theoretische onderbouwing. Op middelengebruik gerichte contingentie management wordt als behandeling echter niet of nauwelijks in de Nederlandse verslavingszorg toegepast. Zij wijzen er bovendien op dat de positieve bekrachtiging die in contingentie management gehanteerd wordt, aansluit bij de uitgangspunten van herstelondersteunende zorg. De professionals zijn van mening dat contingentie management veel meer in de Nederlandse verslavingszorg geïmplementeerd zou moeten worden en sommigen zijn van mening dat contingentie management wellicht zelfs de basis zou moeten vormen van behandeling in de verslavingszorg, (eventueel) aangevuld met cognitieve gedragstherapie en andere interventies. Zij pleiten ervoor om hieraan in deze richtlijn een aanbeveling te wijden.
- In de behandeling dient volgens de professionals expliciete aandacht te zijn voor a-specifieke factoren, waaronder de therapeutische relatie en de keuze en wensen van de patiënt. Aandacht voor deze factoren heeft een positief effect op de behandeluitkomst.
- De professionals zijn van mening dat een klinische opname voor detoxificatie of vervolgbehandeling, wanneer noodzakelijk, zo kort mogelijk dient te zijn. De patiënt dient zoveel mogelijk in zijn/haar eigen leefomgeving behandeld te worden, om te kunnen leren omgaan met zucht en andere risicosituaties die kunnen leiden tot terugval. Daarvoor is wél een zodanige mate van controle over het middelengebruik vereist dat de patiënt cognitief in staat is om voldoende van een behandeling te leren. Als dat niet het geval is, zal de patiënt zo goed mogelijk in een abstinente omgeving moeten worden getraind in terugvalpreventietechnieken. Buiten het omgaan met risico's is het van belang dat in de leefomgeving van de patiënt alternatieve activiteiten en bekrachtigers ontwikkeld worden, bijvoorbeeld met behulp van de Community Reinforcement Approach (CRA).
- Een opname is volgens de professionals geïndiceerd (1) als diagnostiek of behandeling van psychiatrische comorbiditeit gewenst of noodzakelijk is, die niet toereikend in een ambulante setting kan plaatsvinden, of (2) als er sprake is van herhaalde mislukte pogingen tot ambulante ontgiftiging, of van ambulante vervolgbehandelingen met onvoldoende resultaat, die volgens de patiënt en behandelaar te wijten zijn aan specifieke factoren (bijvoorbeeld systeemfactoren of woonomstandigheden) die door een klinische opname aan te pakken zijn.
- De professionals vinden het zeer wenselijk om het systeem rond de patiënt te betrekken bij de behandeling. Het systeem heeft een belangrijke functie in het motiveren en gemotiveerd houden van de patiënt. In het geval van een medicamenteuze behandeling kan afgesproken worden dat een naastbetrokkene toezicht houdt op inname van de medicatie. Naast steun in het herstelproces en bij het voorkómen van terugval kan het systeem een signalerende rol naar de behandelaar vervullen bij (dreigende) terugval.
- Het systeem kan ook een in stand houdende rol vervullen, bijvoorbeeld door negativiteit en

verwijten, nog afgezien van systeemdynamiek waarbij de verslaving van de patiënt een functie heeft in de homeostase. Volgens de professionals neemt de kans op een succesvolle behandeling af als aan dergelijke factoren in de behandeling onvoldoende aandacht wordt geschonken.

- De meeste professionals zijn van mening dat in de richtlijn – naast psychiatrische comorbiditeit – ook aandacht moet zijn voor behandeldoelen die niet (noodzakelijk) op abstinentie zijn gericht, en voor herstel(-ondersteunende zorg) op andere domeinen, waaronder de Community Reinforcement Approach (CRA), Individuele Plaatsing en Steun (IPS), Housing First en bijvoorbeeld fysieke inspanning (physical exercise).

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

- De ervaringsdeskundigen zijn unaniem van mening dat behandeling in de verslavingszorg (of algemene GGz) slechts een klein onderdeel uitmaakt van het herstelproces. Dit geldt zowel voor de rol van eerdere behandelingen die de cliënt ontvangen heeft, als voor de rol van behandeling in de periode dat de cliënt actueel in zorg is. Therapie kan de cliënt ondersteunen, maar de belangrijkste factor in het herstelproces is de cliënt zélf. Een verslaving is bovendien onderdeel van een veel bredere geschiedenis van de persoon. Het belang van het 'zorgstukje' in het leven en herstelproces van de cliënt zou om deze redenen gerelativeerd moeten worden.
- De ervaringsdeskundigen merken op dat een attitude waarin de behandelaar de cliënt louter benadert als verslaafde en niet als mens met een verslavingsprobleem cliënten niet stimuleert om naar zichzelf te kijken en vertrouwen te krijgen in de behandelaar: 'Als je wordt behandeld als verslaafde en niet als mens, ga je je ook gedragen als verslaafde'. Een behandelaar moet juist de menselijke kant van de cliënt aanspreken.
- Veel ervaringsdeskundigen geven aan dat psychologische behandeling, waaronder cognitieve gedragstherapie (CGT), hen veel goed gedaan heeft. Zij maken daarbij wel de kanttekening dat er in de verslavingszorg te snel naar de 'leefstijltraining' (CGT) verwezen wordt en er te weinig aandacht is voor alternatieven. Volgens sommigen zou de frequentie van de behandeling wellicht hoger moeten liggen, zodat het meer in de buurt komt van een dagbehandeling.
- Er kan in de verslavingszorg volgens de ervaringsdeskundigen veel meer een brug worden geslagen tussen enerzijds de behandeling en anderzijds peer support en zelfhulpgroepen. Lotgenoten, ervaringsdeskundigen en zelfhulpgroepen zijn in de behandeling misschien wel minstens zo belangrijk of zelfs belangrijker dan behandelaren.
- Ervaringsdeskundigen kunnen ook als co-therapeut fungeren en houden de behandelaren scherp. Zij moeten echter zelf ook scherp blijven, om te voorkomen dat zij zelf als behandelaar gaan optreden. De ervaringsdeskundigen pleiten ervoor dat de inzet van ervaringsdeskundigen/peer support in de behandeling vergoed moet worden, zoals aangegeven in het document "Dbc-beroepentabel voor het dbc-pakket 2017 ggz" van de Nederlandse Zorgautoriteit.
- De ervaringsdeskundigen merken op dat er onder behandelaren nogal eens angst bestaat om de controle over de behandeling te verliezen wanneer een cliënt – naast zijn behandeling bij de instelling – naar een zelfhulpgroep gaat: 'Wat wordt daar gedaan en afgesproken?'. Onder de ervaringsdeskundigen in de focusgroep wordt wisselend gedacht over de mate waarin behandelaren, ervaringsdeskundigen en anderen (bijvoorbeeld zelfhulpgroepen) die bij de behandeling betrokken zijn onderling informatie zouden moeten uitwisselen over de behandeling van de cliënt. Volgens sommigen is het, onder andere omwille van de zorgvuldigheid, belangrijk dat zo veel mogelijk

informatie wordt uitgewisseld; volgens anderen is dat niet noodzakelijk.

- In het algemeen zou er volgens de ervaringsdeskundigen meer diversiteit moeten zijn in het behandel aanbod in de verslavingszorg. Zij noemen in dit verband onder andere het opstellen van een crisissignaleringsplan, het gelijktijdig stoppen met roken als onderdeel van de behandeling, het grote belang van hoop, zingeving en existentiële vragen in de behandeling en het herstelproces, en het inzetten van WRAP-teams in de behandeling (Wellness Recovery Action Plan) om cliënten te helpen invulling te geven aan hun herstelplan.
- Klinische behandeling zonder goede ambulante vervolgbehandeling is volgens de ervaringsdeskundigen geen (goede) behandeling. Goede behandeling veronderstelt dat er ook goede en doorlopende nazorg/monitoring wordt geboden. Verpleegkundigen of ervaringsdeskundigen of hulpverleners in de generalistische basis-GGz zouden daarbij een belangrijke rol kunnen spelen.
- Ten aanzien van de klinische twaalfstappenbehandeling volgens het Minnesota Model merken de ervaringsdeskundigen op dat deze behandeling slechts geschikt is voor een selecte doelgroep van mensen die qua huisvesting, relaties en werk nog goed ingebed zijn. De Minnesota behandelingen die in het buitenland worden aangeboden, worden volgens de ervaringsdeskundigen nogal eens geromantiseerd; voor veel verslaafde mensen is juist behandeling in de eigen omgeving van groot belang.
- De ervaringsdeskundigen vinden dat er in de verslavingszorg onvoldoende aandacht wordt besteed aan sociale aspecten, waaronder huisvesting en schulden. Ondersteuning bij het verkrijgen en behouden van huisvesting, schuldsanering en een zinvolle dagbesteding zijn wezenlijk onderdeel van herstelondersteunende zorg. Veel verslavingszorginstellingen hebben wel een link met bijvoorbeeld de Sociale Dienst, maar de rol van de gemeente is daarin steeds groter geworden. Er is nu steeds vaker sprake van een scheiding tussen enerzijds de verslavingszorg en GGz en anderzijds het maatschappelijk werk.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

7.4.3 Overwegingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij volwassenen

Er zijn aanwijzingen dat contingentie management bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van (meth)amfetamine een hogere behandelretentie geeft, zelfs als er geen effect is in behandel succes, hetgeen suggereert dat contingentie management het behandelrendement kan verbeteren.

Echter, ten aanzien van contingentie management wordt nogal eens als bezwaar ingebracht dat het hierbij om een dure interventie zou gaan, waarvoor bovendien weinig maatschappelijk draagvlak bestaat, omdat mensen met een verslaving in deze interventie worden beloond voor gedrag (het laten staan van drugs of het innemen van medicatie) dat in de samenleving als standaard normgedrag wordt beschouwd.

Tegen het eerste argument (dure interventie) kan worden ingebracht dat patiënten in contingentie management alleen worden beloond als zij het gewenste gedrag – abstinentie – vertonen, en dat bewezen-effectieve interventies in de verslavingszorg (zoals contingentie management) vrijwel altijd kostenbesparend of kosteneffectief zijn vanwege de hoge maatschappelijke kosten die met verslaving gepaard gaan.

Bron: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2014.

Het tweede bezwaar – gebrek aan draagvlak – heeft betrekking op wat in de samenleving als moreel aanvaardbare en verantwoorde zorg wordt beschouwd en het zou te ver voeren hier in deze richtlijn op in te gaan. Wél merkt de werkgroep op dat er bij de zorgprofessionals die bij het opstellen van deze richtlijn betrokken zijn breed draagvlak is voor de implementatie van contingentie management in de verslavingszorg, en dat het van belang is om hierbij expliciet aandacht te besteden aan het creëren van draagvlak bij onder andere de zorgverzekeraars.

Ten slotte is het bij contingentie management van belang dat het hierbij gaat om een interventie waarvoor specialistische kennis vereist is. Om deze reden zou contingentie management naar de mening van de werkgroep alleen in de specialistische GGz (verslavingszorg) uitgevoerd moeten worden.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

7.5 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij volwassenen

7.5.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij volwassenen

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van farmacotherapie bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van amfetamine?

Aanbevelingen

- Wegens het ontbreken van bewijs voor effectiviteit kan in de reguliere behandeling van stoornissen in het gebruik van amfetamine (nog) geen farmacotherapie worden aanbevolen.
- Bij volwassenen met een stoornis in het gebruik van amfetamine die geen of onvoldoende baat hebben bij een psychologische behandeling geeft de werkgroep - ondanks het ontbreken van overtuigende evidentie - ter overweging een behandeling aan te bieden met naltrexon, of met vertraagde afgifte formuleringen van methylfenidaat, dexamfetamine (in voldoende hoge dosering: ≥ 60 mg/dag) of mixed amfetamine salts. Wanneer overwogen wordt een van de genoemde indirecte dopamine-agonisten voor te schrijven, dient er aandacht te zijn voor het optimaliseren van therapietrouw en voor het minimaliseren van de kans op misbruik, bijwerkingen en diversion.
- Wanneer besloten wordt om farmacotherapie aan te bieden voor de behandeling van een stoornis in het gebruik van amfetamine, dient de arts de patiënt duidelijk te informeren dat het om een 'off-label' voorgeschreven medicijn gaat en dient de patiënt daar toestemming ('informed consent') voor te geven. Het verdient aanbeveling dit zorgvuldig te legitimeren en documenteren en de voortgang van de behandeling, waaronder bijwerkingen, regelmatig te monitoren.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

7.5.2 Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij volwassenen

Wetenschappelijke kennis

De hierna volgende conclusies zijn getrokken op basis van een comprehensive review,

Bron: Brensilver et al., 2013.

een Cochrane review en meta-analyse,

Bron: Pérez-Maña et al., 2013.

een meta-analyse

Bron: Kishi et al., 2013.

en later gepubliceerde studies die niet in deze reviews en meta-analyses zijn opgenomen.

Bron: Anderson et al., 2015; Heinzerling et al., 2014; Ling et al., 2014; Ma et al., 2013; Miles et al., 2013; Mousavi et al., 2015; Rezaei et al., 2015; Rezaei et al., 2016; Urschel et al., 2011.

Bij het formuleren van de conclusies is zwaar meegerekend dat het overgrote deel van de studies heeft plaatsgevonden onder patiënten met een afhankelijkheid van methamfetamine en dat er sprake was van geringe therapietrouw.

De comprehensive review van Brensilver et al. (2013) naar de effecten van vijf verschillende groepen medicatie (antagonisten, agonisten, bupropion, serotonerge medicatie en GABA-erge medicatie) had betrekking op 21 gerandomiseerde studies onder patiënten met stoornissen in het gebruik van methamfetamine of amfetamine.

De systematische literatuurreview en meta-analyse van de Cochrane Collaboration

Bron: Pérez-Maña et al., 2013.

naar de effecten van psychostimulantia had betrekking op 11 gerandomiseerde studies (791 deelnemers; ±65% man; gemiddelde leeftijd 36 jaar), waarvan het overgrote deel heeft plaatsgevonden onder patiënten met een afhankelijkheid van methamfetamine.

De systematische literatuurreview en meta-analyse van Kishi et al. (2013) naar de effecten van antipsychotica (en specifiek aripiprazol) had betrekking op 4 gerandomiseerde studies (die op de meeste uitkomstmaten niet konden worden gepoold) onder patiënten met een DSM-IV diagnose (meth)amfetamine afhankelijkheid (179 deelnemers; 79% man; gemiddelde leeftijd 36 jaar).

Conclusies

Conclusies : Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de bovenstaande literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 2:

- Er is enige aanwijzing dat de niet-selectieve opiaatreceptor antagonist naltrexon, oraal of als implantaat, effectief is in het vergroten van het aantal drugsvrije urinesamples, een groter aantal deelnemers dat in de studie blijft en een betere klinische conditie bij personen met een stoornis in het gebruik van amfetamine.
- A2: Brensilver et al. (2013)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat de combinatie van flumazenil en gabapentine effectief kan zijn in de behandeling van stoornissen in het gebruik van methamfetamine.
- A2: Urschel et al. (2011)

Niveau 2:

- Er zijn aanwijzingen dat bupropion niet effectief is bij de behandeling van patiënten met (licht) methamfetaminegebruik.
- A2: Elkashef et al. (2008) (in: Brensilver et al., 2013); Shoptaw et al. (2008) (in: Brensilver et al., 2013); Heinzerling et al. (2014); Anderson et al. (2015)

Niveau 2:

- Er zijn conflicterende bevindingen ten aanzien van de effectiviteit van methylfenidaat in de

behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van (meth)amfetamine.

- A1: Pérez-Maña et al. (2013)
- A2: Miles et al. (2013); Ling et al. (2014)
- B: Konstenius et al. (2014); Rezaei et al., (2015)

Niveau 1:

- Het is aangetoond dat aripiprazol niet effectief is in de behandeling van (meth)amfetamine-afhankelijkheid en vanwege bijwerkingen de behandelretentie doet dalen en slechtere uitkomsten geeft dan placebo.
- A1: Kishi et al. (2013)

Niveau 2:

- Er zijn aanwijzingen dat dexamfetamine en modafinil niet effectief zijn in de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van methamfetamine.
- A1: Pérez-Maña et al. (2013)

Niveau 2:

- Het is waarschijnlijk dat het GABA-medicament gabapentine niet effectief is in het verminderen van methamfetaminegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van methamfetamine.
- A2: Brensilver et al. (2013)

Niveau 2:

- Het is waarschijnlijk dat serotonerge medicatie (imipramine, fluoxetine en ondansetron) niet effectief is in het verminderen van amfetaminegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van amfetamine.
- A2: Brensilver et al. (2013)

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit op amfetamine-afhankelijkheid van de dopamine-antagonisten risperidon en quetiapine.
- B: Nejtek et al. (2008) (in: Brensilver et al., 2013)

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van de GABA-medicatie baclofen en topiramaat in het verminderen van amfetaminegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van amfetamine.
- B: Heinzering et al. (2006) (in: Brensilver et al., 2013); Elkashef et al. (2012) (in: Brensilver et al., 2013); Ma et al. (2013); Rezaei et al., (2016)

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van de serotonerge medicatie mirtazapine en sertraline in het verminderen van amfetamine-gebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van amfetamine. Eén RCT wijst zelfs op slechtere

uitkomsten op het methamfetaminegebruik van sertraline dan placebo.

- B: Colfax et al. (2011) (in: Brensilver et al., 2013); Shoptaw et al. (2006) (in: Brensilver et al., 2013)

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit over de effectiviteit van N-acetylcysteïne in de behandeling van stoornissen in het gebruik van methamfetamine.
- B: Mousavi et al. (2015)

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- De professionals achten medicamenteuze behandeling van verslaving geïndiceerd als de patiënt geen of onvoldoende baat heeft bij de standaardbehandeling met cognitieve gedragstherapie plus motiverende gespreksvoering of psychosociale behandeling, dan wel als de patiënt er om vraagt, nadat deze hierover voorlichting heeft gekregen.
- Voor de behandeling van stoornissen in het gebruik van de drugs die onderwerp zijn van deze richtlijn zijn geen bewezen effectieve medicijnen beschikbaar en dus ook geen medicijnen geregistreerd. Het behoort niettemin tot de individuele vrijheid van de arts om een medicijn waarvoor wel enige wetenschappelijke evidentie is off label voor te schrijven. Goede voorlichting aan de patiënt en goede monitoring zijn daarbij van groot belang. Medicijnen die bewezen niet effectief zijn dienen niet voorgeschreven te worden.
- Er is redelijke overeenstemming onder de professionals dat naltrexon, disulfiram en topiramaat – bij gebrek aan afdoende evidentie – tot best practice medicijnen beschouwd kunnen worden bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van cocaïne en amfetamines.

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

- Naar de mening van de ervaringsdeskundigen moeten zoveel mogelijk medicijnen voor de behandeling van verslaving beschikbaar blijven, waarbij ook rekening gehouden moet worden met de bijwerkingen. Een medicijn zou alleen afgeschreven moeten worden als er overtuigend bewijs is dat het medicijn niet werkt. In alle gevallen zou daarbij aan verwachtingenmanagement gedaan moeten worden: er moet niet gesuggereerd worden dat het medicijn je 'geneest' van je verslaving.
- Volgens sommige ervaringsdeskundigen wordt aan cliënten in de verslavingszorg meestal weinig uitleg gegeven over de mogelijkheden, werkzaamheid en eventuele nadelen van medicatie. Anderen vinden de uitleg over medicatie in de verslavingszorg – in tegenstelling tot die in de GGz – wél goed.

7.5.3 Overwegingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij volwassenen

Omdat de impact van gedragsondersteuning in het verminderen van amfetaminegebruik beperkt is, ondanks dat er wel effectiviteit is aangetoond, zijn aanvullende strategieën, zoals farmacotherapie, gewenst en lijkt het zinvol onderzoek naar geschikte medicatie te continueren.

Het verdient aanbeveling om uitgebreider onderzoek te doen naar de effectiviteit van naltrexon (in capsule of als implantaat) en naar vertraagde afgifte formuleringen van methylfenidaat en dexamfetamine in voldoende hoge doseringen in de behandeling van stoornissen in het gebruik van amfetamine.

Met betrekking tot dexamfetamine is van belang dat twee wetenschappelijke studies naar de behandeling met dexamfetamine met vertraagde afgifte bij patiënten met een stoornis in het gebruik van methamfetamine

Bron: Longo et al., 2010 en Galloway et al., 2011; beide in Pérez-Maña et al., 2013.

een gedeeltelijk succes aantonen (afname van onttrekkingsverschijnselen en hunkering, afname van zelfgerapporteerd methamfetaminegebruik, toename behandeltrouw), maar geen verschil met de placebogroep in mate van abstinentie. Gezien de gunstige resultaten die worden beschreven van de medicamenteuze behandeling met dexamfetamine met vertraagde afgifte bij patiënten met een stoornis in het gebruik van cocaïne, dat net als amfetamine valt onder de stimulantia (zie Cocaïne) en een groot effect heeft op het dopaminesysteem, zien wij dexamfetamine met vertraagde afgifte en in voldoende hoge dosering (≥ 60 mg/dag) als een kansrijke kandidaat voor succesvolle behandeling. Het gebruik van dopamine-agonisten in de behandeling van (meth)amfetaminestoornissen brengt echter wel het gevaar met zich mee van een mogelijke afhankelijkheid van deze medicatie.

Met betrekking tot vertraagde afgifte methylfenidaat en naltrexon is van belang dat verschillende studies suggereren dat het onderzochte medicament mogelijk effectief is in een subgroep patiënten, bijvoorbeeld met laag (meth)amfetaminegebruik, bij minder ernstige afhankelijkheid van (meth)amfetamine of bij gebruik in hoge doseringen). Aangezien de Nederlandse populatie patiënten met een stoornis in het gebruik van amfetamine over het algemeen met minder zware problematiek kampt dan de populaties die worden beschreven in de wetenschappelijke literatuur (vaak injecterend methamfetaminegebruik met multiproblematiek) sluiten wij niet uit dat behandeling met een van deze medicamenten een gunstig effect kan hebben op het beloop van de stoornis in het gebruik van amfetamine bij patiënten in Nederland.

7.6 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij jongeren

7.6.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij jongeren

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van psychologische behandeling van stoornissen in het gebruik van amfetamine bij jongeren?

Aanbeveling

- Vanwege het ontbreken van studies van voldoende kwaliteit onder jongeren met een stoornis in het gebruik van amfetamine is het advies de aanbevelingen voor volwassenen te volgen.

Deze aanbeveling is gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

7.6.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij jongeren

Wij vonden slechts één RCT onderen jongeren: een studie onder 48 Thaise scholieren (14-19 jaar) met een DSM-IV diagnose van methamfetamine afhankelijkheid of misbruik. Zij werden random toegewezen aan een kortdurende interventie van twee maal 20 minuten of een sessie psycho-educatie van 15 minuten.

Bron: Srisurapanont et al., 2007.

Na 8 weken was het aantal dagen methamfetaminegebruik lager in de groep die de kortdurende interventie had gevolgd, al was de drop-out uit de behandeling in beide groepen even groot. Vanwege de drop-out en de kleine sample kunnen op basis van deze studie geen conclusies worden getrokken.

Professionele kennis

Hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals ten aanzien van de psychologische behandeling van volwassenen met een stoornis in het gebruik van amfetamine (zie [Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij volwassenen: professionele kennis](#)) is eveneens van toepassing op jongeren met deze stoornis.

Ervaringskennis

Hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiënten-vertegenwoordigers ten aanzien van de psychologische behandeling van volwassenen met een stoornis in het gebruik van amfetamine (zie [Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij volwassenen: ervaringskennis](#)) is eveneens van toepassing op jongeren met deze stoornis.

7.6.3 Overwegingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij jongeren

Vanwege het ontbreken van wetenschappelijke studies naar de effectiviteit van psychologische behandeling van stoornissen in het gebruik van amfetamine bij jongeren (met uitzondering van één studie uit Azië onder jongeren met een stoornis in het gebruik van methamfetamine, die daarmee niet direct overeenkomsten heeft met de Nederlandse situatie), baseren we ons hier op de studies onder volwassenen.

7.7 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij jongeren

7.7.1 Uitgangsvraag en aanbeveling farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij jongeren

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van farmacotherapie bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van amfetamine bij jongeren?

Aanbeveling

- Wegens het ontbreken van studies naar de effectiviteit heeft farmacotherapie in de reguliere behandeling van een stoornis in het gebruik van amfetamine bij jongeren (nog) geen plek.

Deze aanbeveling is gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

7.7.2 Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij jongeren

Wetenschappelijke kennis

Er zijn geen studies van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen.

Professionele kennis

Hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals ten aanzien van de farmacologische behandeling van volwassenen met een stoornis in het gebruik van amfetamine (zie [Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij volwassenen: professionele kennis](#)) acht de werkgroep niet van toepassing op jongeren met deze stoornis (zie ook [Overwegingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij jongeren](#)).

Ervaringskennis

Hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers ten aanzien van de farmacologische behandeling van volwassenen met een stoornis in het gebruik van amfetamine (zie [Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij volwassenen: Ervaringskennis](#)) acht de werkgroep niet van toepassing op jongeren met deze stoornis (zie ook [Overwegingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij jongeren](#)).

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

7.7.3 Overwegingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij jongeren

De werkgroep is van mening dat – gezien het ontbreken van onderzoek naar de effectiviteit van farmacologische behandeling van stoornissen in het gebruik van amfetamine onder jongeren en het ontbreken van overtuigende evidentie voor een farmacologische behandeling van stoornissen in het gebruik van amfetamine onder volwassenen – off label farmacologische behandeling bij jongeren niet overwogen dient te worden.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

7.8 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij psychiatrische comorbiditeit

7.8.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij psychiatrische comorbiditeit

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van psychologische behandeling van stoornissen in het gebruik van amfetamine bij personen met comorbide psychiatrische problematiek?

Aanbevelingen

- Voor patiënten met een comorbide depressie naast een stoornis in het gebruik van amfetamine wordt aanbevolen cognitieve gedragstherapie gericht op het middelengebruik in te zetten, al dan niet in combinatie met een andere behandeling zoals (intensieve) motiverende gespreksvoering of contingentie management. Hier wordt vooral een initieel gunstig effect verwacht; de effecten op langere termijn zijn onduidelijk.
- Voor vrouwelijke patiënten met een comorbide stoornis in het gebruik van alcohol naast een stoornis in het gebruik van amfetamine valt te overwegen om intensieve motiverende gespreksvoering toe te passen. Hierbij wordt met name een effect op het alcoholgebruik verwacht. Het effect bij mannen is minder groot.
- Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van amfetamine en een comorbide psychiatrische stoornis verdient het aanbeveling zowel de stoornis in het gebruik van amfetamine als de comorbide psychiatrische stoornis te behandelen, en daarbij vooralsnog de adviezen in de richtlijnen voor de betreffende comorbide stoornis(sen) te volgen.
- Hoewel er onvoldoende evidentie bestaat voor geïntegreerde behandeling conform het IDDT model, wordt aanbevolen om bij patiënten met een stoornis in het gebruik van amfetamine en een comorbide psychiatrische stoornis de problematiek in samenhang te benaderen (zie: Addendum Stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen).
- Het verdient aanbeveling de volgorde van behandeling van een patiënt met een stoornis in het gebruik van amfetamine en een comorbide psychiatrische stoornis door middel van gedeelde besluitvorming tussen patiënt en behandelaar tot stand te laten komen en daarbij aandacht te hebben voor biologische, psychologische en sociale aspecten.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#).

7.8.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij psychiatrische comorbiditeit

Wetenschappelijke kennis

Voor deze uitgangsvraag zijn geen overzichtsstudies voorhanden. Wij baseren ons op enkele losse RCTs die zijn uitgevoerd onder personen met een stoornis in het gebruik van methamfetamine. De conclusies zijn daarom niet één op één naar de Nederlandse situatie te vertalen (en om die reden is de kwaliteit van de RCTs afgewaardeerd). De onderstaande conclusies zijn gebaseerd op twee

RCTs onder methamfetamine gebruikende volwassenen met een depressie

Bron: Kay-Lambkin et al., 2011; Peck et al., 2005.

en één RCT onder 163 methamfetamine-afhankelijke personen met een comorbide alcoholprobleem.

Bron: Korcha et al., 2014.

Ook zijn de bevindingen meegenomen uit de RCT van Polcin et al. (2014) onder 217 methamfetamine-afhankelijke personen, gerandomiseerd naar 9 sessies motiverende gespreksvoering (de intensieve variant) of de standaard eenmalige sessie motiverende gespreksvoering aangevuld met 8 sessies met voedingsadviezen, naast 3-wekelijks groepstherapie gebaseerd op cognitieve gedragstherapie, gedurende 12 weken. Als secundaire uitkomstmaat werd in deze studie de aanwezigheid van psychiatrische problemen gescoord.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat cognitieve gedragstherapie, in combinatie met een andere behandeling zoals (intensieve) motiverende gespreksvoering of contingentie management, op korte termijn een gunstig effect heeft op zowel de depressieve symptomen als het methamfetaminegebruik, maar de effecten op lange termijn zijn onduidelijk.
- A2: Kay-Lambkin et al. (2011)
- B: Peck et al. (2005); Polcin et al. (2014)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat intensieve motiverende gespreksvoering specifiek bij vrouwen een verbetering geeft van het comorbide alcoholgebruik. De effecten op het gebruik van methamfetamine werden niet beschreven. Bij mannen zijn de effecten minder groot.

- A2: Korcha et al. (2014)

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- Bij alle vormen van psychiatrische comorbiditeit verdient integrale behandeling van de verslaving en de comorbide stoornis volgens de professionals de voorkeur. Daarbij geldt voor een aantal comorbide stoornissen, indien er een sterk vermoeden is van middelengeïnduceerde comorbiditeit, dat de verslavingsbehandeling wordt gestart en de comorbiditeit gedurende enkele weken alleen wordt gemonitord totdat er al dan niet een autonome comorbide psychiatrische stoornis wordt gediagnosticeerd.
- De professionals wijzen er in dit kader op dat het behandelen van psychiatrische comorbiditeit niet automatisch leidt tot een gunstig resultaat wat betreft de verslaving.
- De meeste professionals zijn van mening dat in de richtlijn – naast psychiatrische comorbiditeit – ook aandacht moet zijn voor behandeldoelen die niet (noodzakelijk) op abstinentie zijn gericht, en voor herstel(-ondersteunende zorg) op andere domeinen, waaronder de Community Reinforcement Approach (CRA), Individuele Plaatsing en Steun (IPS), Housing First en bijvoorbeeld fysieke inspanning (physical exercise).

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

- De ervaringsdeskundigen geven aan dat de intake niet alleen betrekking moet hebben op de verslaving, maar ook op andere domeinen, waaronder psychische problemen. Vooral psychiatrische comorbiditeit kan in de intake onderbelicht blijven. Niet alle cliënten zijn zich ervan bewust dat zij psychische problemen of een trauma hebben, en intakekers durven soms niet naar trauma's te vragen.
- De ervaringsdeskundigen vinden dat er in de verslavingszorg onvoldoende aandacht wordt besteed aan sociale aspecten, waaronder huisvesting en schulden. Ondersteuning bij het verkrijgen en behouden van huisvesting, schuldsanering en een zinvolle dagbesteding zijn wezenlijk onderdeel van herstelondersteunende zorg. Veel verslavingszorginstellingen hebben wel een link met bijvoorbeeld de Sociale Dienst, maar de rol van de gemeente is daarin steeds groter geworden. Er is nu steeds vaker sprake van een scheiding tussen enerzijds de verslavingszorg en GGz en anderzijds het maatschappelijk werk.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

7.9 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij psychiatrische comorbiditeit

7.9.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij psychiatrische comorbiditeit

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van farmacologische behandeling van stoornissen in het gebruik

van amfetamine bij personen met comorbide psychiatrische problematiek?

Aanbevelingen

- Er kan geen farmacologische behandeling aanbevolen worden bij stoornissen in het gebruik van amfetamine met psychiatrische comorbiditeit wegens het ontbreken van bewijs voor de effectiviteit.
- Bij volwassenen met amfetamine-afhankelijkheid en comorbide ADHD kan wel een behandeling overwogen worden met een hoge dosering methylfenidaat met vertraagde afgifte (maximaal 180 mg/dag).
- Bij volwassenen met amfetamine-afhankelijkheid en comorbide opiaatafhankelijkheid kan behandeling met een naltrexon implantaat overwogen worden.
- Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van amfetamine en een comorbide psychiatrische stoornis verdient het aanbeveling zowel de stoornis in het gebruik van amfetamine als de comorbide psychiatrische stoornis te behandelen, en daarbij vooralsnog de adviezen in de richtlijnen voor de betreffende comorbide stoornis(sen) te volgen.
- Hoewel er onvoldoende evidentie bestaat voor geïntegreerde behandeling conform het IDDT model, wordt aanbevolen om bij patiënten met een stoornis in het gebruik van amfetamine en een comorbide psychiatrische stoornis de problematiek in samenhang te benaderen (zie: Addendum Stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen).
- Het verdient aanbeveling de volgorde van behandeling van een patiënt met een stoornis in het gebruik van amfetamine en een comorbide psychiatrische stoornis door middel van gedeelde besluitvorming tussen patiënt en behandelaar tot stand te laten komen en daarbij aandacht te hebben voor biologische, psychologische en sociale aspecten.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

7.9.2 Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij psychiatrische comorbiditeit

Wetenschappelijke kennis

Op basis van één RCT

Bron: Konstenius et al., 2014a en b.

onder 54 personen met amfetamine-afhankelijkheid en comorbide ADHD en één RCT onder 100 personen met een comorbide afhankelijkheid van amfetamine en opiaten

Bron: Tiihonen et al., 2012.

zijn de volgende conclusies getrokken.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat methylfenidaat met vertraagde afgifte in hoge dosering (tot 180 mg/dag) bij de behandeling van personen met amfetamine-afhankelijkheid en comorbide ADHD gunstige effecten heeft op de ADHD symptomen, het drugsgebruik (inclusief amfetamine) en de behandelretentie.
- A2: Konstenius et al. (2014ab)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat de niet-selectieve opiaatreceptor antagonist naltrexon als implantaat effectief is in het verminderen van het amfetamine- en heroïnegebruik, in het blijven deelnemen aan de studie, en in verbeteren van de klinische conditie bij personen met een stoornis in het gebruik van amfetamine en comorbide opiaatafhankelijkheid.
- A2: Tiihonen et al. (2012) (in: Brensilver et al., 2013)

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- De professionals achten medicamenteuze behandeling van verslaving geïndiceerd als de patiënt geen of onvoldoende baat heeft bij de standaardbehandeling met cognitieve gedragstherapie plus motiverende gespreksvoering of psychosociale behandeling, dan wel als de patiënt erom vraagt, nadat deze hierover voorlichting heeft gekregen.
- Voor de behandeling van stoornissen in het gebruik van de drugs die onderwerp zijn van deze richtlijn zijn geen bewezen effectieve medicijnen beschikbaar en dus ook geen medicijnen geregistreerd. Het behoort niettemin tot de individuele vrijheid van de arts om een medicijn waarvoor wel enige wetenschappelijke evidentie is off label voor te schrijven. Goede voorlichting aan de patiënt en goede monitoring zijn daarbij van groot belang. Medicijnen die bewezen niet effectief zijn dienen niet voorgeschreven te worden.
- Er is redelijke overeenstemming onder de professionals dat naltrexon, disulfiram en topiramaat – bij gebrek aan afdoende evidentie – tot best practice medicijnen beschouwd kunnen worden bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van cocaïne en amfetamines.

- In het kader van verslaving en een comorbide psychotische stoornis wijzen de professionals op de geringe effectiviteit van clozapine voor wat betreft de verslavingproblematiek. Bij gebrek aan gunstige effecten op de verslaving van andere – zowel klassieke als atypische – neuroleptica, wordt de geringe evidentie voor een positief effect van clozapine op de verslaving door clinici nogal eens met beide handen aangegrepen als er sprake is van een comorbide psychotische stoornis.
- Volgens de professionals kan melatonine, mits goed gedoseerd en op de juiste wijze/tijd ingenomen, effectief zijn in de behandeling van comorbide slaapstoornissen.

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

- Naar de mening van de ervaringsdeskundigen moeten zoveel mogelijk medicijnen voor de behandeling van verslaving beschikbaar blijven, waarbij ook rekening gehouden moet worden met de bijwerkingen. Een medicijn zou alleen afgeschreven moeten worden als er overtuigend bewijs is dat het medicijn niet werkt. In alle gevallen zou daarbij aan verwachtingenmanagement gedaan moeten worden: er moet niet gesuggereerd worden dat het medicijn je 'geneest' van je verslaving.
- Volgens sommige ervaringsdeskundigen wordt aan cliënten in de verslavingszorg meestal weinig uitleg gegeven over de mogelijkheden, werkzaamheid en eventuele nadelen van medicatie. Anderen vinden de uitleg over medicatie in de verslavingszorg – in tegenstelling tot die in de GGz – wél goed.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

7.9.3 Overwegingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine bij psychiatrische comorbiditeit

In [Cocaïne](#) werd reeds besproken dat de werkgroep van mening is dat vertraagde afgifte dexamfetamine en vertraagde afgifte mixed amfetamine salts in Nederland beschikbaar zouden moeten komen voor nader onderzoek naar de effectiviteit van deze medicijnen in de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne – en wellicht ook andere stimulantia – en comorbide ADHD.

Als vertraagde afgifte dexamfetamine en vertraagde afgifte mixed amfetamine salts in Nederland beschikbaar zijn, benadrukt de werkgroep dat in de behandeling specifiek aandacht moet worden geschonken aan het optimaliseren van medicatietrouw en dat – in geval van off label voorschrijven van deze medicatie – de arts het voorschrijven dient te legitimeren, en de resultaten zowel op de ADHD-symptomatologie als op het gebruik van stimulantia en de mogelijke bijwerkingen nauwgezet dient te monitoren en registreren, met speciale aandacht voor de lange termijn effecten en mogelijke bijwerkingen.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

7.10 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine in specifieke groepen

7.10.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine in specifieke groepen

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van psychologische behandeling van stoornissen in het gebruik van amfetamine bij personen uit specifieke groepen?

Aanbevelingen

- Voor mannen die seks hebben met mannen (MSM) met hiv of een verhoogd risico op hiv en een stoornis in het gebruik van amfetamine kan contingentie management in combinatie met cognitieve gedragstherapie worden overwogen om het amfetaminegebruik te reduceren.
- Voor het reduceren van de seksuele risico's kan worden overwogen condoms en pre-exposure profylaxe (PrEP) ter beschikking te stellen.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

7.10.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine in specifieke groepen

Wetenschappelijke kennis

Op basis van een systematische literatuurreview en meta-analyse

Bron: Colfax et al., 2010.

die betrekking had op 13 gerandomiseerde studies onder personen met regelmatig methamfetamine gebruik of afhankelijkheid van een van de amfetamine-achtigen (1997 deelnemers) en een systematische review

Bron: Rajasingham et al., 2012.

met nog 12 extra studies die niet door Colfax waren opgenomen onder hiv-geïnfecteerde MSM met methamfetaminemisbruik zijn de hierna volgende conclusies getrokken:

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 2:

- Er zijn aanwijzingen dat gedragsinterventies in zijn algemeenheid niet effectiever zijn dan passieve of minimale behandeling in het reduceren van het gebruik van amfetamine(achtigen) of in het verminderen van seksueel risicogedrag in personen met hiv of een verhoogd risico op hiv.
- A1: Colfax et al. (2010); Rajasingham et al. (2012)

Niveau 2:

- Er zijn aanwijzingen dat contingentie management (in combinatie met cognitieve gedragstherapie) wel een effectieve component in de behandeling van deze groep kan zijn.
- A1: Colfax et al. (2010); Rajasingham et al. (2012)

7.10.3 Overwegingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van amfetamine in specifieke groepen

PrEP wordt in Nederland momenteel uitsluitend vergoed in het kader van onderzoeksprojecten. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft over de vergoeding van PrEP onlangs (juni 2017) een advies gevraagd aan de Gezondheidsraad. In het buitenland is voor bepaalde risicogroepen wel vergoeding mogelijk (vanuit de zorgverzekering).

8. Ecstasy

Autorisatiedatum 26-02-2018 Beoordelingsdatum 26-02-2018

8.1 Algemene inleiding

Ecstasy of xtc is de straatnaam voor pillen of poeders die (onder meer) de stof MDMA bevatten. MDMA (3,4-methyleendioxyamfetamine) en de verwante stoffen MDA, MMDA en MDEA zijn, net als LSD, semisynthetische verbindingen die geclassificeerd worden als psychostimulantia en hallucinogenen. MDMA is één van de meest gebruikte synthetische drugs in de subcultuur van de elektronische muziek, maar wordt soms ook gebruikt als adjuvans bij psychotherapie. MDMA staat sinds 1988 op Lijst 1 (harddrugs) van de Nederlandse Opiumwet. MDMA werd ontdekt door Merck in 1912 en in 1967 herontdekt door Alexander Shulgin, die veel met het middel experimenteerde en gelijksoortige amfetaminen ontwikkelde. Ecstasy is sinds het midden van de jaren '80 van de vorige eeuw als recreatief middel beschikbaar op de Nederlandse markt.

De werking op het centrale zenuwstelsel wordt veroorzaakt door de neurotransmitter serotonine en in mindere mate door dopamine. MDMA veroorzaakt een tijdelijk sterk verhoogde vrijgave van serotonine in de synaptische spleet, blokkeert de heropname en blokkeert de aanmaak. Het effect begint meestal binnen 30 minuten is na 1,5 uur op het hoogste punt en neemt dan geleidelijk af; dit alles duurt ongeveer 3 tot 6 uur. De effecten van MDMA zijn onder meer een gevoel van euforie, vergezeld van een ontspannen gevoel, empathie en energie. Eetlust en slaapbehoefte worden onderdrukt, terwijl het gevoel van dorst toeneemt. Er is geen duidelijk dosisgerelateerd intoxicatiebeeld bij het gebruik van ecstasy, maar met de toename van het aantal hooggedoseerde (>100mg) ecstasytabletten lijkt het aantal somatische incidenten wel toe te nemen. Het gaat daarbij vooral om angst, hyperthermie, hartritmestoornissen, hyponatriemie (watervergiftiging) en in enkele gevallen serotoninesyndroom of leverschade.

Na cannabis is ecstasy de meest gebruikte drug in Nederland. Onder scholieren van 12 tot en met 16 jaar heeft 1,9% wel eens ecstasy gebruikt, ongeveer evenveel jongens als meisjes. Volgens de meest recente peiling in 2014 heeft 8% van de Nederlandse bevolking van 15-64 jaar ooit wel eens ecstasy gebruikt (10% mannen; 5% vrouwen). Eén op de drie ooit-gebruikers gebruikte ecstasy nog in het afgelopen jaar. Dat is ongeveer 3% van de gehele bevolking (3% mannen; 2% vrouwen). Minder dan 1% (0,7%) is een actuele gebruiker. Omgerekend naar de bevolking van 15-64 jaar zijn er: 830 duizend ooit-gebruikers van ecstasy, 270 duizend recente ecstasygebruikers en 80 duizend actuele ecstasygebruikers. Desondanks melden maar weinig mensen zich met een ecstasy probleem bij de verslavingszorg. Hun aantal is sinds 2005 gedaald en bleef in de afgelopen jaren stabiel laag. In 2014 waren slechts ongeveer 100 patiënten in de verslavingszorg onder behandeling voor een primair ecstasyprobleem, dat wil zeggen minder dan 1% van de drugpatiënten. Het is zelfs de vraag of er wel zoiets bestaat als een DSM-5 stoornis in het gebruik van ecstasy.

De in Ecstasy gevonden en besproken studies hebben vrijwel allemaal primair betrekking op klinisch (symptomatisch) herstel en in de studies is niet systematisch onderzocht wat de effectiviteit van de interventies is op andere hersteldomeinen.

De studies die in Ecstasy worden besproken, zijn allemaal uitgevoerd bij jonge ecstasygebruikers en de algemene conclusies en aanbevelingen gelden ook voor jongeren. Er zijn onvoldoende gegevens om de effectiviteit van (psychologische) behandeling van stoornissen in het gebruik van ecstasy met psychiatrische comorbiditeit en comorbide middelengebruik te bepalen.

8.2 Behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van ecstasy

8.2.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van ecstasy

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van (farmacotherapeutische) interventies in geval van intoxicatie/overdosering ten gevolge van het gebruik van ecstasy?

Voor de behandeling van ecstasy-intoxicatie of overdosering is geen antidotum beschikbaar. De behandeling is daarom gericht op symptoombestrijding.

In overleg met de auteur van hoofdstuk 10 'Stimulantia' van de Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren

Bron: Dijkstra et al. (Red.), 2017.

zijn de onderstaande aanbevelingen gewijzigd ten opzichte van de aanbevelingen in de Richtlijn Detoxificatie. In het betreffende hoofdstuk van de Richtlijn Detoxificatie zijn de stimulantia (cocaïne, amfetamine, ecstasy) als groep besproken; er worden in de richtlijn geen aanbevelingen gedaan specifiek ten aanzien van ecstasy-intoxicatie. Evenmin zijn er studies beschikbaar over de behandeling van intoxicatie/overdosering ten gevolge van ecstasygebruik.

Aanbevelingen

- Bij patiënten met een opwindingsstoestand van niet-psychotische aard na gebruik van stimulerende middelen wordt lorazepam aanbevolen.
- Bij patiënten met een opwindingsstoestand van psychotische aard na gebruik van stimulerende middelen wordt olanzapine of de combinatie van haloperidol met promethazine aanbevolen.
- Bij de keuze voor de bovenstaande of andere medicatie, waaronder andere benzodiazepines en atypische antipsychotica, dient rekening gehouden te worden met de snelheid waarmee het beoogde effect bereikt wordt, de noodzaak van herhalingsmedicatie en het risico op bijwerkingen, zoals extrapyramidale symptomen en hartritme stoornissen.

8.3 Detoxificatie/ontgifting van stoornis in het gebruik van ecstasy

8.3.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen detoxificatie/ontgifting van stoornis in het

gebruik van ecstasy

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van farmacotherapie bij de detoxificatie van personen met een stoornis in het gebruik van ecstasy?

De volgende aanbevelingen zijn gebaseerd op de Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren.

Bron: Dijkstra et al. (Red.), 2017.

In het betreffende hoofdstuk van deze richtlijn zijn de stimulantia (cocaïne, amfetamine, ecstasy) als groep besproken; er worden in de richtlijn geen aanbevelingen gedaan specifiek ten aanzien van detoxificatie/ontgiftiging van ecstasy. Evenmin zijn er studies beschikbaar over detoxificatie/ontgiftiging van stoornissen in het gebruik van ecstasy.

Aanbevelingen

- Onthouding van stimulantia brengt gewoonlijk geen medische gevaren of intens lijden met zich mee. In de bestudeerde richtlijnen zijn daarom geen specifieke aanbevelingen gevonden over het medicamenteus beleid bij onthouding van stimulerende middelen.
- Het regelmatig monitoren van de onthoudingsklachten is van belang tijdens de onthouding om onthoudingsverschijnselen in beeld te brengen. De frequentie is afhankelijk van de ernst van de verschijnselen. Monitoring hiervan kan op basis van anamnese en klinische observatie. Onthoudingsschalen zijn niet geïndiceerd hiervoor.

8.4 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van ecstasy

8.4.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van ecstasy

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van psychologische behandeling van stoornissen in het gebruik van ecstasy?

Aanbevelingen

- Alvorens over te gaan tot behandeling van mensen met ecstasygebruik dient eerst vastgesteld te worden of er wel sprake is van een stoornis in het gebruik van ecstasy.
- Er kan wegens gebrek aan wetenschappelijke, professionele en ervaringskennis geen aanbeveling worden gedaan voor een eventuele psychologische behandeling van (frequente) ecstasygebruikers of van patiënten met een stoornis in het gebruik van ecstasy.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#).

8.4.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van ecstasy

Wetenschappelijke kennis

In onze literatuurstudie vonden wij vier gerandomiseerde studies die de effectiviteit van een psychologische behandeling van frequent gebruik of van een stoornis in het gebruik van ecstasy hebben onderzocht.

Bron: Marsden et al., 2006; Martin & Copeland, 2010; Huang et al., 2011; Norberg et al., 2014.

In deze studies gaat het vrijwel uitsluitend over regelmatige of frequente gebruikers van ecstasy waarvan slechts een (klein) deel ook zegt problemen te ervaren door het ecstasygebruik. De studies toonden geen effect van de onderzochte interventie aan.

Huang et al. (2011) onderzochten bij jonge gedetineerden met ecstasy- (N=41) of methamfetaminegebruik (N=53) het effect van informatie plus drie sessies motiverende gespreksvoering (MGV) ten opzichte van alleen informatie en vonden dat MGV een significant gunstig effect had op de motivatie. Er werd in de studie geen melding gemaakt van een eventuele vermindering van het gebruik van ecstasy.

Norberg et al. (2014) vonden bij 114 weekendgebruikers van ecstasy geen verschil tussen MGV en MGV plus persoonlijke feedback. In deze studie van Norberg en collega's (2014) werd ook gerapporteerd over andere middelen die werden gebruikt (79% cannabis, 52% cocaïne, 14% opiaten), maar er werden geen specifieke gegevens gepresenteerd over de effectiviteit van MGV versus MGV plus persoonlijke feedback tussen subgroepen met bijkomend gebruik van (bepaalde) andere middelen.

Marsden et al. (2006) en Martin & Copeland (2010) onderzochten bij weekendgebruikers van ecstasy, waarvan een deel ook een milde stoornis in het gebruik van ecstasy had, het effect van één sessie MGV. Marsden et al. (N=342) vonden geen effect op het gebruik. Martin & Copeland (N=50) vonden ook geen effect op het gebruik (primaire uitkomst), maar wel op de vermindering van het aantal afhankelijkheidssymptomen in de groep met MGV ten opzichte van de groep zonder MGV.

Conclusies

Conclusies : Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 2:

- Er zijn aanwijzingen dat motiverende gespreksvoering niet effectief is in het verminderen of staken van ecstasygebruik bij regelmatige ecstasygebruikers.
- A2: Marsden et al. (2006); Martin & Copeland (2010); Norberg et al. (2014)

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit van psychologische interventies bij patiënten met een stoornis in het gebruik van ecstasy.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

8.5 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van ecstasy

8.5.1 Uitgangsvraag farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van ecstasy

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van farmacotherapie bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van ecstasy?

Er zijn geen studies beschikbaar over het effect van farmacotherapie bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van ecstasy en er kunnen dan ook geen aanbevelingen gedaan worden.

9. GHB

Autorisatiedatum 26-02-2018 Beoordelingsdatum 26-02-2018

9.1 Algemene inleiding

GHB (gamma-hydroxyboterzuur) is een endogeen geproduceerd korteketen vetzuur dat in de hersenen een rol heeft als neurotransmitter en neuromodulator. Het grijpt aan op gamma-aminoboterzuur (GABA, vooral GABA-B)- en GHB-receptoren, en kan zowel een dempend als stimulerend effect hebben. Daarnaast heeft GHB een effect op andere neurotransmitters, waaronder glutamaat en dopamine. In de jaren '60 werd farmaceutische GHB ontwikkeld, korte tijd gebruikt als narcosemiddel, maar inmiddels obsoleet vanwege bijwerkingen en onvoldoende pijnstilling. Het middel wordt (onder de naam Xyrem) nog wel voorgeschreven bij de behandeling van vormen van narcolepsie waar kataplexie op de voorgrond staat (in 2 doses per dag) en in een aantal landen bij de behandeling van alcohol-afhankelijkheid (Alcover).

Eind vorige eeuw nam de populariteit van GHB als partydrug toe, in de VS en kort daarna in Europa. GHB geeft een lichte, eufore roes, werkt ontspannend, maar kan ook een (seksueel) stimulerende werking hebben. Ook wordt GHB gebruikt als zelfmedicatie bij slaapproblemen, angst en depressieve klachten. Omdat de (therapeutische) breedte beperkt is, treedt een overdosering makkelijk op. Bovendien kan het middel al tot verslaving leiden na enkele weken dagelijks gebruik, waarbij de gebruiker vanwege de korte werkingsduur elke 2-4 uur, dag en nacht, een dosis moet nemen om onthoudingsverschijnselen tegen te gaan. In 2012 werd GHB daarom geplaatst op lijst I van de Opiumwet. Daarmee is ook de handel in precursoren, zoals GBL (gamma-butyrolacton) en 1,4-BD (1,4-butaanediol), gericht op de productie van GHB, strafbaar geworden. Beide precursoren worden na inname snel gemetaboliseerd tot GHB en geven dezelfde klinische effecten.

Het gebruik van GHB onder scholieren van 12-16 jaar is relatief beperkt (0,4%; ongeveer evenveel jongens als meisjes). In 2015 had 1,6% (2,2% mannen; 0,9% vrouwen) van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder ooit een keer in zijn of haar leven GHB gebruikt (ongeveer 210 duizend mensen); in het afgelopen jaar gebruikte 0,5% het middel (ongeveer 70 duizend mensen) en in de afgelopen maand 0,2% (ongeveer 30 duizend mensen). Ten opzichte van middelen als ecstasy (1,0% gebruik in de afgelopen maand), cocaïne (0,7%) en amfetamine (0,4%) is het gebruik dus relatief beperkt. Cijfers over het aantal probleemgebruikers van GHB in Nederland ontbreken. Wel is bekend dat probleemgebruik is geclusterd in een aantal regio's en dat de vier belangrijkste groepen met problematisch GHB-gebruik bestaan uit de "klassieke verslaafden", straatjongeren, uitgaanders en thuisgebruikers. In 2015 behandelde de verslavingszorg 837 personen (63% mannen) voor primaire GHB-problematiek, 1% van het totaal aan verslavingszorgbehandelingen.

Behandelen van een GHB-verslaving is complex en opvallend vaak zijn GHB-afhankelijke personen er zelf niet van overtuigd dat zij een verslavingsprobleem hebben. Daar komt bij dat een GHB-verslaving vaak samengaat met andere psychische en cognitieve stoornissen. Het onthoudingssyndroom kan ernstig zijn, met serieuze lichamelijke en psychische, soms levensbedreigende complicaties. Een groot probleem ten slotte is de aanzienlijke terugval na

(klinische) detoxificatie.

De wetenschappelijke literatuur naar de behandeling van GHB-problematiek is relatief beperkt en een groot deel komt van Nederlandse bodem. In het onderzoek ligt de nadruk op de (medicamenteuze) behandeling van 1) de acute intoxicatie (meestal patiënten op de spoedeisende hulp van een ziekenhuis; het betreft GHB-gebruikers in alle stadia tussen experimenteren en ernstige afhankelijkheid); 2) de acute, ongeplande onttrekking (GHB-afhankelijke patiënten in een politiecel, of om een andere reden niet in staat om tijdig een nieuwe dosis in te nemen; vaak komen deze patiënten ook op de spoedeisende hulp van een algemeen ziekenhuis terecht); en 3) de geplande klinische of ambulante detoxificatie (in een instelling voor verslavingszorg, op een GGZ- of PAAZ-afdeling). Er is vrijwel geen onderzoek gepubliceerd naar de behandeling na de detoxificatie en het voorkomen van terugval. Wegens het grotendeels ontbreken van wetenschappelijke evidentie zijn de meeste aanbevelingen in GHB practice-based.

De in GHB gevonden en besproken studies hebben vrijwel allemaal primair betrekking op klinisch (symptomatisch) herstel en in de studies is niet systematisch onderzocht wat de effectiviteit van de interventies is op andere hersteldomeinen.

9.2 Behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van GHB

9.2.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van GHB

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van (farmacotherapeutische) interventies in geval van intoxicatie/overdosering ten gevolge van het gebruik van GHB?

Voor de behandeling van GHB-intoxicatie of overdosering is geen antidotum beschikbaar. De behandeling is daarom gericht op symptoombestrijding.

De volgende aanbevelingen zijn gebaseerd op de Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren.

Bron: Dijkstra et al. (Red.), 2017.

Aanbevelingen

- Bij presentatie van een patiënt met een vermoeden op GHB intoxicatie wordt aanbevolen als eerste stap de patiënt te stabiliseren en als tweede te differentiëren tussen een GHB intoxicatie en een acute GHB onthouding.
- Bij een GHB intoxicatie wordt een expectatief beleid aanbevolen in de vorm van observatie en symptomatische behandeling.

Overige aanbevelingen

- Om te kunnen differentiëren tussen GHB onthoudingsklachten en GHB intoxicatie dient bij de patiënt en het aanwezige netwerk uitgevraagd te worden wat het GHB-gebruikspatroon is en de snelheid waarin de aanwezige symptomen zich hebben ontwikkeld. Symptomen passend bij een GHB intoxicatie zijn: kortdurende amnesie, euforie, hypotonie, duizeligheid, somnolentie, coma, bradycardie, Cheyne-Stokes ademhaling, cardiorespiratoire collaps, misselijkheid, braken, myoclonus, tonisch-clonisch insult, hypothermie. Gebruikers kunnen zich ook presenteren met paradoxale agitatie en agressie, verminderde oriëntatie en verwardheid (delier) en hallucinaties. Bij ernstige intoxicaties kan een patiënt overlijden door respiratoire schade vanwege aspiratie, verstikking of longoedeem of door letsel dat is ontstaan ten gevolge van plotselinge verlaging van het bewustzijn door GHB.
- Het verdient aanbeveling rekening te houden met een co-intoxicatie met andere middelen (alcohol of drugs) omdat hierdoor de risico's en de onvoorspelbaarheid van het beloop negatief worden beïnvloed. Ook kan de intoxicatie overgaan in een onthoudingsbeeld.
- Pro memori: uitvragen van GHB afhankelijkheid en, indien geïndiceerd, motiveren voor aanmelding bij een instelling voor verslavingszorg.

9.3 Detoxificatie/ontgiftiging van stoornis in het gebruik van GHB

9.3.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen detoxificatie/ontgiftiging van stoornis in het gebruik van GHB

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van farmacotherapie bij de detoxificatie van personen met een stoornis in het gebruik van GHB?

De volgende aanbevelingen zijn gebaseerd op de Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren

Bron: Dijkstra et al. (Red.), 2017.

en op het Behandelprotocol voor acute Gamma-Hydroxyboterzuur (GHB) onthouding in het ziekenhuis.

Bron: Van Noorden et al., 2012.

In deze MDR wordt een onderscheid aangehouden tussen de ongeplande detoxificatie/ onthouding, zoals bij patiënten die zich presenteren op de spoedeisende hulp van een ziekenhuis, en de geplande detoxificatie onder begeleiding van professionals in de gespecialiseerde GGz/ verslavingszorg. Er zijn geen internationale richtlijnen beschikbaar voor de medicamenteuze ondersteuning van GHB detoxificatie en gecontroleerde studies hierover ontbreken grotendeels. De volgende aanbevelingen zijn daarom vooral practice-based.

Aanbevelingen bij een ongeplande detoxificatie/onthouding

- Bij presentatie van een patiënt met een vermoeden op GHB onthouding wordt aanbevolen als eerste stap de patiënt te stabiliseren en als tweede te differentiëren tussen een GHB intoxicatie en een acute GHB onthouding.
- Bij een ongeplande GHB onthouding wordt aanbevolen te bepalen of er een opname-indicatie (somatisch of psychiatrisch) bestaat. Bij opname (op een somatische afdeling, op de medium care of intensive care of op een PAAZ) wordt aanbevolen een goede samenwerking tussen de spoedeisende hulp-arts, psychiater en intensivist te bewerkstelligen.
- Een expectatief beleid, of zo nodig behandeling met benzodiazepines, wordt aanbevolen wanneer de patiënt geen ernstige onthoudingsverschijnselen heeft en minder dan 15 gram GHB per dag gebruikt of wanneer het gebruik onbekend is.
- Overwogen kan worden om in het ziekenhuis een patiënt met GHB-afhankelijkheid te behandelen met farmaceutische GHB als hij of zij per dag 15 gram GHB of meer gebruikt, ongeacht de ernst van de onthoudingsverschijnselen, of, in geval van ernstige onthoudingsverschijnselen, bij gebruik van minder dan 15 gram GHB per dag of bij gebruik van onbekende hoeveelheid. Contra-indicaties voor een behandeling met farmaceutische GHB zijn epilepsie en SSADH-deficiëntie. Vanwege het off label gebruik van GHB voor deze behandelindicatie zijn goede voorlichting aan de patiënt en goede monitoring van belang.
- Aanbevolen wordt om binnen twee uur na de laatste eigen GHB-toediening te starten met de GHB-dosistitratie. De behandeling vindt bij voorkeur plaats in overleg met de ziekenhuisapotheker met een concentratie van 150 mg/ml GHB (makkelijker te doseren) of met farmaceutische GHB (natriumoxybaat, Xyrem) 500 mg/ml. Geadviseerd wordt een gecontroleerd afbouwschema te hanteren bestaande uit een titratiefase op dag 1, een afbouwfase vanaf dag 2 (de detoxificatie) en een nazorgfase. Zie het Behandelprotocol voor acute GHB onthouding in het ziekenhuis voor nadere uitwerking.

Overige aanbevelingen

- Om te kunnen differentiëren tussen GHB onthoudingsklachten en GHB intoxicatie dient bij de patiënt en het aanwezige netwerk uitgevraagd te worden wat het GHB-gebruikspatroon is en de snelheid waarin de aanwezige symptomen zich hebben ontwikkeld. Symptomen passend bij een GHB onthouding zijn: slaperigheid, moeheid, insomnia, agitatie, craving, tremoren, transpireren, angst, koude en warme rillingen, spiertrekkingen of motorische onrust, pupildilatatie, loopneus, buikpijn, misselijkheid, braken, hypertensie, autonome ontregeling, hallucinaties, wanen en delier. GHB-onthouding kan levensbedreigend zijn met onder meer pneumonie, cardiovasculaire problemen, rhabdomyolyse, nierfalen en leverdysfunctie.
- Bij gebrek aan informatiebronnen en een vermoeden op GHB-onthouding is het advies een éénmalige proefbehandeling met farmaceutische GHB te geven (maximaal 1,2-1,5 gram). Dit kan het klinisch beeld verhelderen en de diagnostiek vereenvoudigen.
- Geadviseerd wordt GHB-onthouding als een serieus toestandsbeeld te behandelen dat ernstige en levensbedreigende complicaties met zich mee kan brengen. Het is van belang GHB-onthouding op te nemen in de differentiaal diagnostiek van opwindingstoestanden.
- Een GHB onthoudingsdelier of psychotisch beeld na GHB-onthouding kan overgaan in een delier met een maligne verloop. Alarmsignalen zijn hyperthermie, uitdroging en aanhoudende agressieve agitatie.

- Aanbevolen wordt rekening te houden met geheugenstoornissen bij een delier of psychose en met een toename van angst, sombere gevoelens en PTSS klachten tijdens de onthouding.
- Het is van belang alert te zijn op temperatuurverhoging bij de patiënt. Die kan gepaard gaan met de ontwikkeling van rhabdomyolyse.

Aanbevelingen bij een geplande detoxificatie

Aanbevelingen met betrekking tot de indicatiestelling

- Een volledige anamnese over GHB gebruikspatroon, waaronder gebruiksfrequentie, interval, dosering en nachtelijk gebruik wordt nadrukkelijk aanbevolen om de ernst van de onthouding te kunnen inschatten. Extra aandacht moet worden besteed aan:
 - het tijdstip van de laatste inname;
 - het gebruikte middel: GHB of GBL;
 - zelf geproduceerde GHB in de thuissituatie, in verband met de neiging tot productie van hoge concentraties;
 - eerdere opnames in verband met intoxicatie of voor detoxificatie;
 - problemen (psychiatrisch of sociaal) die zich presenteerden bij het afbouwen of staken;
 - onthoudingsverschijnselen die eerder zijn opgetreden;
 - psychose of delier;
 - gebruik van andere middelen naast GHB (met name amfetamine en alcohol zijn belangrijk).
- Kwantitatieve bepaling van GHB in de urine biedt ondersteuning om gericht medicamenteus te behandelen tijdens het detoxificatietraject. Als testen niet beschikbaar zijn of als er direct medische gehandeld moet worden om complicaties te voorkomen, is het advies de gemiddelde straatconcentratie van GHB (range 600-700 mg/ml) als uitgangspunt te nemen. Artsen en verpleegkundigen dienen er rekening mee te houden dat GHB-concentraties in de urine dalen met de leeftijd van de patiënt. Voor deze daling kan worden gecorrigeerd door de GHB/ creatinine-ratio te meten. Er zijn ook sneltesten die ter plekke gebruikt kunnen worden.
- Aanbevolen wordt een volledige medische (somatische en psychiatrische) screening af te nemen in verband met de mogelijke impact van psychiatrische en of somatische comorbiditeit op de indicatiestelling en de keuze voor de behandelmethode.
- Aanbevolen wordt een bepaling van elektrolyten (met name kalium), vitamine D en vitamine B1. De nier- en leverfunctie kunnen routinematig bepaald worden.
- Geadviseerd wordt om te testen op het co-gebruik van andere drugs.
- Het is van belang hoe dan ook een heteroanamnese te verkrijgen om aspecten als GHB-gebruikspatroon en psychiatrische comorbiditeit te bevestigen of verduidelijken.

Aanbevelingen met betrekking tot de farmacotherapie

- Bij het gebruik van een lage dosis GHB (minder dan 32 gram GHB per dag) of blanco psychiatrische voorgeschiedenis of een stabiel psychiatrisch en somatisch toestandsbeeld worden benzodiazepinen aanbevolen als de eerste keus farmacotherapie. Hierbij worden langwerkende benzodiazepinen geadviseerd (bijvoorbeeld diazepam of clorazepinezuur). Dat kan in een dosis vanaf 60 mg per dag tot aan hogere doses, bijvoorbeeld diazepam 150-200 mg/24 uur. Een GHB-detoxificatie met diazepam kan poliklinisch worden uitgevoerd, mits er een coach beschikbaar is en de mogelijkheid bestaat om bij complicaties over te gaan tot een opname.
- Bij het gebruik van een hoge dosis GHB, een instabiel psychiatrisch toestandsbeeld, het acuut

staken van GHB, presentatie van klachten meer dan zes uur na het staken met GHB gebruik, in crisissituaties en bij resistentie voor benzodiazepinen wordt farmaceutische GHB aanbevolen als eerste keus en de meest geschikte methode bij detoxificatie. Detoxificatie met farmaceutische GHB kan het beste plaatsvinden in een verslavingszorginstelling, GGZ- of op een PAAZ-afdeling.

- Bij gebruik van farmaceutische GHB wordt tijdens de titratiefase de patiënt gestabiliseerd op farmaceutische GHB. Het startinterval wordt bepaald op basis van het vermelde gebruikspatroon van de patiënt tijdens het opnamegesprek. Aanbevolen wordt om te beginnen met toediening van 10 tot maximaal 20 ml farmaceutische GHB (concentratie 150 mg/ml). Het streven is de patiënt in te stellen op 0,6- 0,7 (60-70%) van de eigen straat-GHB dosis. De detoxificatie start op dag 2 met afbouwen van 2-3 ml (300-450 mg) per gift, in een interval van 2-3 uur. Dit herhalen afhankelijk van de startdosering gedurende een periode van 10 dagen tot 3 weken. Daarna volgt een herstelfase van 4 tot 5 dagen om een latente of late onset psychose/ delirium niet te missen.
- Bij geen effect of geen optimale reactie op benzodiazepinen en geen toegang tot farmaceutische GHB wordt, naast de mogelijkheid van een IC opname, oraal fenobarbital tot 100 mg/dag in combinatie met lage dosis benzodiazepinen (lorazepam tot 6 mg of diazepam tot 40 mg/dag) geadviseerd. Fenobarbital wordt gecontinueerd gedurende maximaal zeven dagen en daarna afgebouwd naar nul. Propofol kan vooral succesvol zijn bij patiënten die niet reageren op hoge doses benzodiazepinen of barbituraten.

Aanbevelingen met betrekking tot de organisatie van de zorg

- Een intramurale detoxificatie wordt aanbevolen als voldaan wordt aan één of meer van de volgende criteria:
 - gebruik van > 50 milliliter GHB (+/- 32 gram) per dag;
 - frequenter GHB gebruik dan eenmaal per twee uur;
 - ernstige GHB-onthoudingsklachten in de voorgeschiedenis;
 - een delier in de voorgeschiedenis;
 - een ernstige psychiatrische stoornis die onvoldoende onder controle is, zoals een depressie, angststoornis, psychotische stoornis of bipolaire stoornis;
 - ADHD in combinatie met onregelmatig gebruik van ADHD-medicatie (zoals Ritalin, dexamfetamine);
 - fysieke agressie of dreiging hiertoe gedurende GHB-gebruik of tijdens een eerdere GHB-detoxificatie;
 - kinderen in de thuissituatie die door de ambulante detoxificatie worden belast;
 - ernstige somatische afwijkingen zoals: lever- en nierfunctiestoornissen, epilepsie en cardiovasculaire- en pulmonale belasting en afwijkingen;
 - gebruik van alcohol en of andere drugs gelijktijdig met GHB-gebruik of tijdens detoxificatie;
 - zwangerschap.
- Een ambulante detoxificatie wordt alleen aanbevolen als de randvoorwaarden voor de sociale omgeving van de patiënt en de verslavingszorginstelling gerealiseerd zijn:
 - de patiënt heeft een veilige thuissituatie of verblijfplaats;
 - in de thuissituatie is een coach aanwezig die zelf geen middelen gebruikt en de patiënt gedurende de ambulante detoxificatie fulltime begeleidt;
 - de behandelend arts is in staat om de patiënt minimaal drie keer per week te zien en heeft
 - de mogelijkheid om het verloop van de detoxificatie met behulp van onthoudingsschalen te volgen;
 - zo nodig is een directe opname mogelijk in een verslavingskliniek.

- Aanbevolen wordt om de detoxificatie van GHB vooraf te plannen om complicaties te voorkomen.

Aanbevelingen met betrekking tot lichamelijke en psychische complicaties

- Standaard monitoring van de bloeddruk en temperatuur is van groot belang tijdens het detoxificatieproces. In het geval van een temperatuurverhoging wordt aangeraden ook creatine kinase (CK) te bepalen (cave rhabdomyolyse).
- In zijn algemeenheid wordt bij complicaties een symptomatische behandeling geadviseerd. Het advies is om in overleg met de arts onmiddellijk met medicatie te starten nadat de patiënt ondervraagd en onderzocht is.
- Bij angst en ernstige onrust wordt aanbevolen deze eerst proberen te behandelen door het verhogen van de GHB met maximaal 5 ml. Zo nodig vervolgens starten met diazepam (5-10 mg). Aan patiënten die bekend zijn met een voorgeschiedenis van benzodiazepine-afhankelijkheid (bijvoorbeeld diazepam/ oxazepam) kan chloordiazepoxide worden gegeven.
- Bij acuut psychotisch gedrag/delirium wordt aanbevolen de toegediende GHB-dosis te verhogen met 10-15 ml per gift. Als er binnen 30 minuten tot maximaal een uur geen kleine verandering/verbetering van de symptomen optreedt, dan is waarschijnlijk sprake van een psychiatrisch toestandsbeeld los van de GHB-onthouding. Alleen in dit geval is toedienen van antipsychotica geïndiceerd, bijvoorbeeld haloperidol 2,5 – 5 mg oraal of 1 mg intramusculair. Als in dit geval de acute psychotische toestand gepaard gaat met agitatie en agressie wordt haloperidol 5 mg intramusculair of zuclopentixol (cisordinol acutard) 50-100 mg intramusculair geadviseerd. Bij extrapyramidale bijwerkingen van haloperidol of cisordinol wordt biperideen (akineton) 2 mg oraal of bij extreme klachten intramusculair gegeven.
- Bij een patiënt die bekend is met niet-drugsgerelateerde psychoses, waarvoor eerder door een psychiater een antipsychoticum is voorgeschreven, wordt aanbevolen dat antipsychoticum meteen bij de start van de medicamenteuze ondersteuning te hervatten.
- Bij hypertensie wordt geadviseerd tijdelijk metoprolol (50-100 mg) toe te dienen. Bij andere lichamelijke klachten, zoals diarree, geldt een expectatief beleid in de vorm van observatie en ondersteuning met gebalanceerde voeding en ruime vochttoediening.

Aanbevelingen met betrekking tot specifieke groepen

- Voor polydrugsgebruikers wordt geadviseerd sterk rekening te houden met het middel dat naast GHB gebruikt wordt. Hierbij wordt ook medicamenteuze ondersteuning geboden, behalve bij co-gebruik van alcohol waar verhoging van de dosis van medicatie ter ondersteuning van de detoxificatie (benzodiazepinen of farmaceutische GHB) wordt geadviseerd.
- Voor jongeren (12-23 jaar) wordt aanbevolen dezelfde behandelmethoden van afbouw met langwerkende benzodiazepinen of farmaceutische GHB te gebruiken, als hiervoor beschreven voor volwassenen.
- Bij zwangere vrouwen wordt op basis van praktijkervaring geadviseerd de detoxificatie uit te voeren tijdens het tweede trimester van de zwangerschap, middels langzame afbouw van maximaal 2 ml farmaceutische GHB per gift om de dag. Het streven is om naar nul te gaan tijdens dit trimester. In het geval van starten in het derde trimester van de zwangerschap is het advies om af te bouwen naar de laagst mogelijke dosis en niet naar nul te gaan om het risico van spontane baarmoedercontracties en hypertensie/pre-eclampsie te voorkomen. Gyneacologen moeten op de hoogte gesteld worden van de kans op mogelijke onthoudingsklachten bij het pasgeboren kind, in het bijzonder tachycardie en spierpijn/spiertrekkingen.

9.4 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij volwassenen

9.4.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij volwassenen

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van psychologische behandeling van stoornissen in het gebruik van GHB bij volwassenen?

Aanbevelingen

- Er kan wegens gebrek aan wetenschappelijke kennis geen specifieke psychologische behandeling worden aanbevolen.
- Het ontbreken van een wetenschappelijke onderbouwing van de behandeling van een stoornis in het gebruik van GHB onderstreept de noodzaak van onderzoek hiernaar.
- Het verdient aanbeveling om volwassenen tijdens hun behandeling te informeren over aanvullende zelfhulpmogelijkheden, waaronder zelfhulpgroepen.
- Het verdient aanbeveling om, waar mogelijk, het systeem rond de patiënt te betrekken bij de behandeling.
- Het verdient aanbeveling om in de behandeling expliciet aandacht te besteden aan de therapeutische relatie en de keuze en wensen van de patiënt.
- Aanbevolen wordt om in de behandeling – naast psychiatrische comorbiditeit – ook aandacht te hebben voor behandeldoelen die niet (noodzakelijk) op abstinentie gericht zijn, en voor herstelondersteunende zorg op andere domeinen, waaronder de sociale inbedding, huisvesting en financiële situatie van de cliënt.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

9.4.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij volwassenen

Wetenschappelijke kennis

Er zijn geen studies beschikbaar naar het effect van psychologische behandeling na detoxificatie bij stoornissen in het gebruik van GHB.

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- De professionals zijn van mening dat de uitgebreide variant van cognitieve gedragstherapie (CGT, inclusief motiverende gespreksvoering) de standaardbehandeling is in de Nederlandse verslavingszorg, en dat de kortdurende variant van CGT thuishoort in de generalistische basis-GGz.
- ‘Nieuwe’ psychosociale behandelingen als mindfulness, Acceptance and Commitment Therapie (act), Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Assertive Community Treatment

(ACT) en ook behandeling volgens het al lang bestaande Minnesota model hebben in de context van een verslavingsbehandeling volgens de professionals een onvoldoende duidelijke theoretische of klinisch aangetoonde onderbouwing en zouden pas ingezet moeten worden als de patiënt geen of onvoldoende baat heeft bij de standaardbehandeling met CGT, dan wel als aanvulling op de standaardbehandeling.

- De professionals zijn van mening dat contingentie management – het systematisch belonen van gewenst gedrag – eigenlijk de meest effectieve behandeling van verslaving is, met bovendien een goede theoretische onderbouwing. Op middelengebruik gerichte contingentie management wordt als behandeling echter niet of nauwelijks in de Nederlandse verslavingszorg toegepast. Zij wijzen er bovendien op dat de positieve bekrachtiging die in contingentie management gehanteerd wordt, aansluit bij de uitgangspunten van herstelondersteunende zorg. De professionals zijn van mening dat contingentie management veel meer in de Nederlandse verslavingszorg geïmplementeerd zou moeten worden en sommigen zijn van mening dat contingentie management wellicht zelfs de basis zou moeten vormen van behandeling in de verslavingszorg, (eventueel) aangevuld met cognitieve gedragstherapie en andere interventies. Zij pleiten ervoor om hieraan in deze richtlijn een aanbeveling te wijden.
- In de behandeling dient volgens de professionals expliciete aandacht te zijn voor a-specifieke factoren, waaronder de therapeutische relatie en de keuze en wensen van de patiënt. Aandacht voor deze factoren heeft een positief effect op de behandeluitkomst.
- De professionals zijn van mening dat een klinische opname voor detoxificatie of vervolgbehandeling, wanneer noodzakelijk, zo kort mogelijk dient te zijn. De patiënt dient zoveel mogelijk in zijn/haar eigen leefomgeving behandeld te worden, om te kunnen leren omgaan met zucht en andere risicosituaties die kunnen leiden tot terugval. Daarvoor is wél een zodanige mate van controle over het middelengebruik vereist dat de patiënt cognitief in staat is om voldoende van een behandeling te leren. Als dat niet het geval is, zal de patiënt zo goed mogelijk in een abstinente omgeving moeten worden getraind in terugvalpreventietechnieken. Buiten het omgaan met risico's is het van belang dat in de leefomgeving van de patiënt alternatieve activiteiten en bekrachtigers ontwikkeld worden, bijvoorbeeld met behulp van de Community Reinforcement Approach (CRA).
- Een opname is volgens de professionals geïndiceerd (1) als diagnostiek of behandeling van psychiatrische comorbiditeit gewenst of noodzakelijk is, die niet toereikend in een ambulante setting kan plaatsvinden, of (2) als er sprake is van herhaalde mislukte pogingen tot ambulante ontgiftiging, of van ambulante vervolgbehandelingen met onvoldoende resultaat, die volgens de patiënt en behandelaar te wijten zijn aan specifieke factoren (bijvoorbeeld systeemfactoren of woonomstandigheden) die door een klinische opname aan te pakken zijn.
- De professionals vinden het zeer wenselijk om het systeem rond de patiënt te betrekken bij de behandeling. Het systeem heeft een belangrijke functie in het motiveren en gemotiveerd houden van de patiënt. In het geval van een medicamenteuze behandeling kan afgesproken worden dat een naastbetrokkene toezicht houdt op inname van de medicatie. Naast steun in het herstelproces en bij het voorkómen van terugval kan het systeem een signalerende rol naar de behandelaar vervullen bij (dreigende) terugval. Het systeem kan ook een in stand houdende rol vervullen, bijvoorbeeld door negativiteit en verwijten, nog afgezien van systeemdynamiek waarbij de verslaving van de patiënt een functie heeft in de homeostase. Volgens de professionals neemt de kans op een succesvolle behandeling af als aan dergelijke factoren in de behandeling onvoldoende aandacht wordt geschonken.
- De meeste professionals zijn van mening dat in de richtlijn – naast psychiatrische comorbiditeit – ook aandacht moet zijn voor behandeldoelen die niet (noodzakelijk) op abstinentie zijn gericht, en

voor herstel(-ondersteunende zorg) op andere domeinen, waaronder de Community Reinforcement Approach (CRA), Individuele Plaatsing en Steun (IPS), Housing First en bijvoorbeeld fysieke inspanning (physical exercise).

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

- De ervaringsdeskundigen zijn unaniem van mening dat behandeling in de verslavingszorg (of algemene GGz) slechts een klein onderdeel uitmaakt van het herstelproces. Dit geldt zowel voor de rol van eerdere behandelingen die de cliënt ontvangen heeft, als voor de rol van behandeling in de periode dat de cliënt actueel in zorg is. Therapie kan de cliënt ondersteunen, maar de belangrijkste factor in het herstelproces is de cliënt zélf. Een verslaving is bovendien onderdeel van een veel bredere geschiedenis van de persoon. Het belang van het 'zorgstukje' in het leven en herstelproces van de cliënt zou om deze redenen gerelativeerd moeten worden.
- De ervaringsdeskundigen merken op dat een attitude waarin de behandelaar de cliënt louter benadert als verslaafde en niet als mens met een verslavingsprobleem cliënten niet stimuleert om naar zichzelf te kijken en vertrouwen te krijgen in de behandelaar: 'Als je wordt behandeld als verslaafde en niet als mens, ga je je ook gedragen als verslaafde'. Een behandelaar moet juist de menselijke kant van de cliënt aanspreken.
- Veel ervaringsdeskundigen geven aan dat psychologische behandeling, waaronder cognitieve gedragstherapie (CGT), hen veel goed gedaan heeft. Zij maken daarbij wel de kanttekening dat er in de verslavingszorg te snel naar de 'leefstijltraining' (CGT) verwezen wordt en er te weinig aandacht is voor alternatieven. Volgens sommigen zou de frequentie van de behandeling wellicht hoger moeten liggen, zodat het meer in de buurt komt van een dagbehandeling.
- Er kan in de verslavingszorg volgens de ervaringsdeskundigen veel meer een brug worden geslagen tussen enerzijds de behandeling en anderzijds peer support en zelfhulpgroepen. Lotgenoten, ervaringsdeskundigen en zelfhulpgroepen zijn in de behandeling misschien wel minstens zo belangrijk of zelfs belangrijker dan behandelaren.
- Ervaringsdeskundigen kunnen ook als co-therapeut fungeren en houden de behandelaren scherp. Zij moeten echter zelf ook scherp blijven, om te voorkomen dat zij zelf als behandelaar gaan optreden. De ervaringsdeskundigen pleiten ervoor dat de inzet van ervaringsdeskundigen/peer support in de behandeling vergoed moet worden, zoals aangegeven in het document "Dbc-beroepentabel voor het dbc-pakket 2017 ggz" van de Nederlandse Zorgautoriteit.
- De ervaringsdeskundigen merken op dat er onder behandelaren nogal eens angst bestaat om de controle over de behandeling te verliezen wanneer een cliënt – naast zijn behandeling bij de instelling – naar een zelfhulpgroep gaat: 'Wat wordt daar gedaan en afgesproken?'. Onder de ervaringsdeskundigen in de focusgroep wordt wisselend gedacht over de mate waarin behandelaren, ervaringsdeskundigen en anderen (bijvoorbeeld zelfhulpgroepen) die bij de behandeling betrokken zijn onderling informatie zouden moeten uitwisselen over de behandeling van de cliënt. Volgens sommigen is het, onder andere omwille van de zorgvuldigheid, belangrijk dat zo veel mogelijk informatie wordt uitgewisseld; volgens anderen is dat niet noodzakelijk.
- In het algemeen zou er volgens de ervaringsdeskundigen meer diversiteit moeten zijn in het behandel aanbod in de verslavingszorg. Zij noemen in dit verband onder andere het opstellen van een crisissignaleringsplan, het gelijktijdig stoppen met roken als onderdeel van de behandeling, het

grote belang van hoop, zingeving en existentiële vragen in de behandeling en het herstelproces, en het inzetten van WRAP-teams in de behandeling (Wellness Recovery Action Plan) om cliënten te helpen invulling te geven aan hun herstelplan.

- Klinische behandeling zonder goede ambulante vervolgbehandeling is volgens de ervaringsdeskundigen geen (goede) behandeling. Goede behandeling veronderstelt dat er ook goede en doorlopende nazorg/monitoring wordt geboden. Verpleegkundigen of ervaringsdeskundigen of hulpverleners in de generalistische basis-GGz zouden daarbij een belangrijke rol kunnen spelen.
- Ten aanzien van de klinische twaalfstappenbehandeling volgens het Minnesota Model merken de ervaringsdeskundigen op dat deze behandeling slechts geschikt is voor een selecte doelgroep van mensen die qua huisvesting, relaties en werk nog goed ingebed zijn. De Minnesota behandelingen die in het buitenland worden aangeboden, worden volgens de ervaringsdeskundigen nogal eens geromantiseerd; voor veel verslaafde mensen is juist behandeling in de eigen omgeving van groot belang.
- De ervaringsdeskundigen vinden dat er in de verslavingszorg onvoldoende aandacht wordt besteed aan sociale aspecten, waaronder huisvesting en schulden. Ondersteuning bij het verkrijgen en behouden van huisvesting, schuldsanering en een zinvolle dagbesteding zijn wezenlijk onderdeel van herstelondersteunende zorg. Veel verslavingszorginstellingen hebben wel een link met bijvoorbeeld de Sociale Dienst, maar de rol van de gemeente is daarin steeds groter geworden. Er is nu steeds vaker sprake van een scheiding tussen enerzijds de verslavingszorg en GGz en anderzijds het maatschappelijk werk.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

9.4.3 Overwegingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij volwassenen

Een belangrijk knelpunt bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van GHB is de snelle uitval uit de behandeling en terugval in GHB gebruik. Uit de Nederlandse GHB monitor 2.0

Bron: Beurmanjer et al., 2016.

blijkt dat vaak complicerende factoren als frequente psychiatrische comorbiditeit en problemen rond wonen, daginvulling en schulden een passende vervolgbehandeling na detoxificatie in de weg staan. Kenmerkend voor deze patiëntengroep is ook een gebrek aan ziekte-inzicht en de aanwezigheid van cognitieve stoornissen.

De GHB monitor 2.0 beschrijft voorts dat in Nederland de psychotherapeutische behandeling voornamelijk bestaat uit cognitieve gedragstherapie (die zich naast de verslavingsproblematiek vooral richt op comorbide angststoornissen, stemmingsproblematiek, traumagerelateerde klachten en relationele of familieproblemen). Daarnaast is er aandacht voor sociaal maatschappelijke problemen voornamelijk gericht op schuldsanering, dagbesteding en woonbegeleiding. Om de patiënten voldoende te stabiliseren en toe te leiden naar passende vervolgbehandeling voordat zij na detoxificatie terugkeren naar hun eigen woonomgeving, wordt vaak een langer intramuraal traject noodzakelijk geacht.

Een passend behandelaanbod bij GHB afhankelijkheid zal moeten bestaan uit een combinatie van psychotherapeutische behandeling aangepast aan deze doelgroep met vaak cognitieve stoornissen (naast psychosociale comorbiditeit), farmacotherapeutische ondersteuning voor terugvalpreventie en een sterke zorgketen waarin een belangrijke rol is weggelegd voor verslavingszorginstellingen, maar ook voor politie, ziekenhuizen, gemeenten, en wellicht zelfs naasten en peers.

Bron: Otte et al., 2016; Beurmanjer et al., 2016.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

9.5 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij volwassenen

9.5.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij volwassenen

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van farmacotherapie bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van GHB?

Aanbevelingen

- Wegens het ontbreken van bewijs voor effectiviteit kan in de behandeling van stoornissen in het gebruik van GHB (nog) geen farmacotherapie worden aanbevolen.
- Het ontbreken van een wetenschappelijke onderbouwing van de behandeling van een stoornis in het gebruik van GHB onderstreept de noodzaak van onderzoek hiernaar.
- Ondanks het ontbreken van overtuigend bewijs voor de effectiviteit kan overwogen worden om baclofen (45-60 mg per dag) toe te voegen aan de gebruikelijke behandeling. Er is hierin echter grote terughoudendheid geboden vanwege de ontwikkeling van tolerantie voor baclofen (met daarbij behoefte aan steeds hogere doseringen en ernstige onthouding bij het overslaan van een dosering), het optreden van bijwerkingen (vermoeidheid, droge mond, hoofdpijn en maagklachten) en het risico op (levens)gevaarlijke complicaties bij gecombineerd gebruik van baclofen en GHB bij terugval.
- Wanneer besloten wordt om farmacotherapie aan te bieden voor de behandeling van een stoornis in het gebruik van GHB, dient de arts de patiënt duidelijk te informeren dat het om een 'off-label' voorgeschreven medicijn gaat en dient de patiënt daar toestemming ('informed consent') voor te geven. Het verdient aanbeveling dit zorgvuldig te legitimeren en documenteren en de voortgang van de behandeling, waaronder bijwerkingen, regelmatig te monitoren.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

9.5.2 Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij volwassenen

Wetenschappelijke kennis

Er zijn geen RCTs beschikbaar naar het effect van farmacotherapie in de behandeling van stoornissen in het gebruik van GHB na detoxificatie.

Een open label studie (niet gerandomiseerd en zonder placeboconditie) beschreef de resultaten van een behandeling met baclofen (30-60 mg per dag) naast gestructureerde counselingsessies gedurende 12 weken in 11 Nederlandse patiënten die in een klinische setting een detoxificatie met farmaceutische GHB hadden ondergaan en abstinente waren.

Bron: Kamal et al., 2015a.

Twee patiënten vielen uit de studie; de overige 9 rapporteerden tijdens de 12 weken behandeling geen terugval (gedefinieerd als minimaal drie keer GHB gebruik op een dag of GHB gebruik op 3 achtereenvolgende dagen), afgezien van een enkele keer GHB gebruik. De baclofen werd goed verdragen en de bijwerkingen waren mild (moeheid, misselijkheid, droge mond, transpireren, neerslachtigheid). Gecombineerd gebruik van baclofen en GHB kan echter levensgevaarlijk zijn en leiden tot coma en respiratoire insufficiëntie.

Bron: Kamal et al., 2015b.

Ook de NISPA GHB monitor 2.0 vond aanwijzingen dat toevoeging van baclofen aan de gebruikelijke behandeling mogelijk leidt tot een beter behandelresultaat, zeker als het lukt om het baclofen protocol goed te volgen.

Bron: Beurmanjer et al., 2016.

Personen die deelnamen aan deze studie kregen gedurende drie maanden na hun detoxificatie baclofen voorgeschreven. De dosis werd gradueel opgebouwd van 15 mg per dag tot een doeldosering van 45 mg per dag, met een maximum van 60 mg per dag, verdeeld over drie doses. Na 10 weken werd de baclofen afgebouwd. Uiteindelijk werden 37 deelnemers behandeld met baclofen, van wie 13 baclofen kregen voorgeschreven conform het onderzoeksprotocol en 70 patiënten werden behandeld met treatment as usual (TAU). TAU bestond voornamelijk uit een vorm van cognitieve gedragstherapie en bij een deel van de personen (ook) uit medicatie, met name anxiolytica en antidepressiva (meestal SSRIs). In de groep patiënten die baclofen voorgeschreven kreeg was er een lagere drop-out (5% versus 23%, $p < .05$) dan in de TAU groep. Ook waren er aanwijzingen voor minder terugval en een gemiddeld langere periode van abstinentie in de groep die baclofen voorgeschreven kreeg. Een beperking van dit onderzoek is het observationele, multicentre design (met aanwijzingen voor praktijkvariatie tussen de instellingen), waardoor de resultaten een verkennend karakter hebben en waardoor geen harde conclusies mogelijk zijn.

Op basis van deze beide studies kan geen harde aanbeveling worden gedaan over de behandeling van stoornissen in het gebruik van GHB met baclofen na detoxificatie.

Professionele kennis

Op basis van de focusgroepbijeenkomsten met de professionals concludeert de werkgroep het volgende:

- De professionals achten medicamenteuze behandeling van verslaving geïndiceerd als de patiënt geen of onvoldoende baat heeft bij de standaardbehandeling met cognitieve gedragstherapie plus motiverende gespreksvoering of psychosociale behandeling, dan wel als de patiënt erom vraagt, nadat deze hierover voorlichting heeft gekregen.
- Voor de behandeling van stoornissen in het gebruik van de drugs die onderwerp zijn van deze richtlijn zijn geen bewezen effectieve medicijnen beschikbaar en dus ook geen medicijnen geregistreerd. Het behoort niettemin tot de individuele vrijheid van de arts om een medicijn waarvoor wel enige wetenschappelijke evidentie is off label voor te schrijven. Goede voorlichting aan de patiënt en goede monitoring zijn daarbij van groot belang. Medicijnen die bewezen niet effectief zijn dienen niet voorgeschreven te worden.

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

- Naar de mening van de ervaringsdeskundigen moeten zoveel mogelijk medicijnen voor de behandeling van verslaving beschikbaar blijven, waarbij ook rekening gehouden moet worden met de bijwerkingen. Een medicijn zou alleen afgeschreven moeten worden als er overtuigend bewijs is dat het medicijn niet werkt. In alle gevallen zou daarbij aan verwachtingenmanagement gedaan moeten worden: er moet niet gesuggereerd worden dat het medicijn je 'geneest' van je verslaving.
- Volgens sommige ervaringsdeskundigen wordt aan cliënten in de verslavingszorg meestal weinig uitleg gegeven over de mogelijkheden, werkzaamheid en eventuele nadelen van medicatie. Anderen vinden de uitleg over medicatie in de verslavingszorg – in tegenstelling tot die in de GGz – wél goed.

9.5.3 Overwegingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij volwassenen

Terugval in GHB gebruik na detoxificatie is een fors en zeer frequent probleem en vraagt om interventies op meerdere vlakken (zie ook [Overwegingen Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij volwassenen](#)), waarbij farmacotherapie als onderhoudsbehandeling voor kortere of langere duur een belangrijke bijdrage zou kunnen leveren. Momenteel worden in de Nederlandse verslavingszorg met name antidepressiva en anxiolytica ingezet als farmacotherapie in de behandeling van stoornissen in het gebruik van GHB, maar deze hebben over het algemeen onvoldoende effect.

9.6 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij jongeren

9.6.1 Uitgangsvraag en aanbeveling psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij jongeren

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van psychologische behandeling van stoornissen in het gebruik van GHB bij jongeren?

Aanbeveling

- Vanwege het ontbreken van studies van voldoende kwaliteit onder jongeren met een stoornis in het gebruik van GHB is het advies de aanbevelingen voor volwassenen te volgen.

Deze aanbeveling is gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

9.6.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij jongeren

Wetenschappelijke kennis

Er zijn geen studies beschikbaar naar het effect van psychologische behandeling na detoxificatie bij stoornissen in het gebruik van GHB bij jongeren.

Professionele kennis

Hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals ten aanzien van de psychologische behandeling van volwassenen met een stoornis in het gebruik van middelen, waaronder GHB (zie [Onderbouwing pPsychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij volwassenen: professionele kennis](#)) is eveneens van toepassing op jongeren met deze stoornis.

Ervaringskennis

Hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers ten aanzien van de psychologische behandeling van volwassenen met een stoornis in het gebruik van middelen, waaronder GHB (zie [Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij volwassenen: ervaringskennis](#)) is eveneens van toepassing op jongeren met deze stoornis.

9.6.3 Overwegingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij jongeren

Vanwege het ontbreken van wetenschappelijke studies naar de effectiviteit van psychologische behandeling van stoornissen in het gebruik van GHB bij jongeren baseren we ons op de studies onder volwassenen.

9.7 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij jongeren

9.7.1 Uitgangsvraag en aanbeveling farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij jongeren

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van farmacotherapie bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van GHB bij jongeren?

Aanbeveling

- Wegens het ontbreken van bewijs voor effectiviteit kan in de behandeling van stoornissen in het gebruik van GHB geen farmacotherapie bij jongeren worden aanbevolen.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#).

9.7.2 Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij jongeren

Wetenschappelijke kennis

Er zijn geen studies van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen.

Professionele kennis

Hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals ten aanzien van de farmacologische behandeling van volwassenen met een stoornis in het gebruik van GHB (zie [Onderbouwing Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij volwassenen: professionele kennis](#)) is eveneens van toepassing op jongeren met deze stoornis.

Ervaringskennis

Hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers ten aanzien van de farmacologische behandeling van volwassenen met een stoornis in het gebruik van GHB (zie [Onderbouwing Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij volwassenen: ervaringskennis](#)) is eveneens van toepassing op jongeren met deze stoornis.

9.8 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij psychiatrische comorbiditeit

9.8.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij psychiatrische comorbiditeit

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van psychologische behandeling van stoornissen in het gebruik van GHB bij personen met psychiatrische comorbiditeit?

Aanbevelingen

- Wegens het ontbreken van studies naar de effectiviteit van psychologische behandelingen bij patiënten met stoornissen in het gebruik van GHB en psychiatrische comorbiditeit kan geen

specifieke aanbeveling worden gedaan.

- Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van GHB en een comorbide psychiatrische stoornis verdient het aanbeveling zowel de stoornis in het gebruik van GHB als de comorbide psychiatrische stoornis te behandelen, en daarbij vooralsnog de adviezen in de richtlijnen voor de betreffende comorbide stoornis(sen) te volgen.
- Hoewel er onvoldoende evidentie bestaat voor geïntegreerde behandeling conform het IDDT model, wordt aanbevolen om bij patiënten met een stoornis in het gebruik van GHB en een comorbide psychiatrische stoornis de problematiek in samenhang te benaderen (zie: Addendum Stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen).
- Het verdient aanbeveling de volgorde van behandeling van een patiënt met een stoornis in het gebruik van GHB en een comorbide psychiatrische stoornis door middel van gedeelde besluitvorming tussen patiënt en behandelaar tot stand te laten komen en daarbij aandacht te hebben voor biologische, psychologische en sociale aspecten.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#).

9.8.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij psychiatrische comorbiditeit

Wetenschappelijke kennis

Er zijn geen wetenschappelijke studies om een uitspraak op te baseren.

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- Bij alle vormen van psychiatrische comorbiditeit verdient integrale behandeling van de verslaving en de comorbide stoornis volgens de professionals de voorkeur. Daarbij geldt voor een aantal comorbide stoornissen, indien er een sterk vermoeden is van middelengeïnduceerde comorbiditeit, dat de verslavingsbehandeling wordt gestart en de comorbiditeit gedurende enkele weken alleen wordt gemonitord totdat er al dan niet een autonome comorbide psychiatrische stoornis wordt gediagnosticeerd.
- De professionals wijzen er in dit kader op dat het behandelen van psychiatrische comorbiditeit niet automatisch leidt tot een gunstig resultaat wat betreft de verslaving.
- De meeste professionals zijn van mening dat in de richtlijn – naast psychiatrische comorbiditeit – ook aandacht moet zijn voor behandeldoelen die niet (noodzakelijk) op abstinentie zijn gericht, en voor herstel(-ondersteunende zorg) op andere domeinen, waaronder de Community Reinforcement Approach (CRA), Individuele Plaatsing en Steun (IPS), Housing First en bijvoorbeeld fysieke inspanning (physical exercise)

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

- De ervaringsdeskundigen geven aan dat de intake niet alleen betrekking moet hebben op de

verslaving, maar ook op andere domeinen, waaronder psychische problemen. Vooral psychiatrische comorbiditeit kan in de intake onderbelicht blijven. Niet alle cliënten zijn zich ervan bewust dat zij psychische problemen of een trauma hebben, en intakers durven soms niet naar trauma's te vragen.

- De ervaringsdeskundigen vinden dat er in de verslavingszorg onvoldoende aandacht wordt besteed aan sociale aspecten, waaronder huisvesting en schulden. Ondersteuning bij het verkrijgen en behouden van huisvesting, schuldsanering en een zinvolle dagbesteding zijn wezenlijk onderdeel van herstelondersteunende zorg. Veel verslavingszorginstellingen hebben wel een link met bijvoorbeeld de Sociale Dienst, maar de rol van de gemeente is daarin steeds groter geworden. Er is nu steeds vaker sprake van een scheiding tussen enerzijds de verslavingszorg en GGZ en anderzijds het maatschappelijk werk.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

9.9 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij psychiatrische comorbiditeit

9.9.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij psychiatrische comorbiditeit

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van farmacologische behandeling van stoornissen in het gebruik van GHB bij patiënten met psychiatrische comorbiditeit?

Aanbevelingen

- Er kan geen farmacologische behandeling aanbevolen worden bij stoornissen in het gebruik van GHB bij personen met psychiatrische comorbiditeit wegens het ontbreken van studies van voldoende kwaliteit.
- Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van GHB en een comorbide psychiatrische stoornis verdient het aanbeveling zowel de stoornis in het gebruik van GHB als de comorbide psychiatrische stoornis te behandelen, en daarbij vooralsnog de adviezen in de richtlijnen voor de betreffende comorbide stoornis(sen) te volgen.
- Hoewel er onvoldoende evidentie bestaat voor geïntegreerde behandeling conform het IDDT model, wordt aanbevolen om bij patiënten met een stoornis in het gebruik van GHB en een comorbide psychiatrische stoornis de problematiek in samenhang te benaderen (zie: Addendum Stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen).
- Het verdient aanbeveling de volgorde van behandeling van een patiënt met een stoornis in het gebruik van GHB en een comorbide psychiatrische stoornis door middel van gedeelde besluitvorming tussen patiënt en behandelaar tot stand te laten komen en daarbij aandacht te hebben voor biologische, psychologische en sociale aspecten.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#).

9.9.2 Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van GHB bij psychiatrische comorbiditeit

Wetenschappelijke kennis

Er zijn geen wetenschappelijke studies om een uitspraak op te baseren.

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- De professionals achten medicamenteuze behandeling van verslaving geïndiceerd als de patiënt geen of onvoldoende baat heeft bij de standaardbehandeling met cognitieve gedragstherapie plus motiverende gespreksvoering of psychosociale behandeling, dan wel als de patiënt erom vraagt, nadat deze hierover voorlichting heeft gekregen.
- Voor de behandeling van stoornissen in het gebruik van de drugs die onderwerp zijn van deze richtlijn zijn geen bewezen effectieve medicijnen beschikbaar en dus ook geen medicijnen geregistreerd. Het behoort niettemin tot de individuele vrijheid van de arts om een medicijn waarvoor wel enige wetenschappelijke evidentie is off label voor te schrijven. Goede voorlichting aan de patiënt en goede monitoring zijn daarbij van groot belang. Medicijnen die bewezen niet effectief zijn dienen niet voorgeschreven te worden.
- In het kader van verslaving en een comorbide psychotische stoornis wijzen de professionals op de geringe effectiviteit van clozapine voor wat betreft de verslavingproblematiek. Bij gebrek aan gunstige effecten op de verslaving van andere – zowel klassieke als atypische – neuroleptica, wordt de geringe evidentie voor een positief effect van clozapine op de verslaving door klinici nogal eens met beide handen aangegrepen als er sprake is van een comorbide psychotische stoornis.
- Volgens de professionals kan melatonine, mits goed gedoseerd en op de juiste wijze/tijd ingenomen, effectief zijn in de behandeling van comorbide slaapstoornissen.

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

- Naar de mening van de ervaringsdeskundigen moeten zoveel mogelijk medicijnen voor de behandeling van verslaving beschikbaar blijven, waarbij ook rekening gehouden moet worden met de bijwerkingen. Een medicijn zou alleen afgeschreven moeten worden als er overtuigend bewijs is dat het medicijn niet werkt. In alle gevallen zou daarbij aan verwachtingenmanagement gedaan moeten worden: er moet niet gesuggereerd worden dat het medicijn je 'geneest' van je verslaving.
- Volgens sommige ervaringsdeskundigen wordt aan cliënten in de verslavingszorg meestal weinig uitleg gegeven over de mogelijkheden, werkzaamheid en eventuele nadelen van medicatie. Anderen vinden de uitleg over medicatie in de verslavingszorg – in tegenstelling tot die in de GGz – wél goed.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

10. Benzodiazepines

Autorisatiedatum 26-02-2018 Beoordelingsdatum 26-02-2018

10.1 Algemene inleiding

10.1.1 Algemene inleiding

Benzodiazepines (BZP) behoren tot de meest voorgeschreven psychofarmaca in Nederland. Ongeveer 1 op de 10 Nederlanders gebruikte in 2015 een benzodiazepine met een gemiddelde van 105 dagdoseringen per gebruiker.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2016.

Het gebruik onder vrouwen (13%) is ongeveer 2 keer zo hoog als onder mannen (7%) en ouderen van boven de 65 jaar zijn daarbij duidelijk oververtegenwoordigd.

Benzodiazepines zijn waardevol bij de behandeling van verschillende angststoornissen en kortdurend bij de behandeling van slaapstoornissen, maar kunnen ook leiden tot misbruik en afhankelijkheid. Het percentage misbruik en afhankelijkheid onder benzodiazepinegebruikers wordt meestal geschat op 2-10%.

Bron: Nkogho Mengue et al., 2013; Soumerai et al., 2003.

In Nederland voldoet 0.5% van de algemene bevolking (mannen 0.2%, vrouwen 0.8%) aan de diagnose benzodiazepinemisbruik/afhankelijkheid, hetgeen inhoudt dat ongeveer 5% (mannen 3%, vrouwen 6%) van de gebruikers een stoornis in het gebruik van benzodiazepines ontwikkelt.

Bron: De Graaf et al., 2010.

Volgens LADIS waren er in 2014 in de verslavingszorg 819 hulpzoekers voor verslavingsproblemen met een geneesmiddel (1.2% van alle hulpzoekers in de verslavingszorg), waaronder relatief veel vrouwen (44%) en relatief veel ouderen (23% 55+). Hoewel er in LADIS geen getallen worden gegeven ging het daarbij "grotendeels" om benzodiazepines.

Bron: Wisselink et al., 2015.

Bij patiënten met paniekstoornis

Bron: Fujii et al., 2015.

en mensen met middelenmisbruik of afhankelijkheid van alcohol of drugs worden veel hogere prevalenties van BZP-gebruik, -misbruik en/of -afhankelijkheid (15-45%) gerapporteerd.

Bron: Snoek et al., 2012.

De gebruikelijke therapeutische dosering van benzodiazepines is 20-30 mg diazepam-equivalenten per dag. Bij benzodiazepinemisbruik of -afhankelijkheid escaleert de dagelijkse doses niet zelden meer dan 10-voudig. Ongepast gebruik door patiënten begint vaak met het gebruik van benzodiazepines op recept van de huisarts om angst of slaapproblemen te behandelen en leidt dan tot gebruik langer dan de geadviseerde 4 weken of tot het gebruik van hogere doseringen. Bij opzettelijk misbruik zijn er veelal ook problemen met alcohol en/of andere drugs, waarbij het problematisch benzodiazepinegebruik veelal secundair is (47% bij alcohol en 30% bij opiaten).

Bron: Wisselink et al., 2015.

De benzodiazepines worden daarbij vooral gebruikt om de effecten van andere drugs te versterken (zoals bij alcohol en heroïne) of om de onthoudingseffecten van andere drugs te dempen (bijvoorbeeld bij alcohol en stimulantia).

Therapeutisch gebruik van benzodiazepines leidt, zoals gezegd, slechts in een kleine minderheid van de gevallen (2-10%) tot verslaving.

Bron: Nkogho Mengue et al., 2013; Soumerai et al., 2003.

Daarentegen komt lichamelijke afhankelijkheid (tolerantie/onthouding) bij patiënten die langdurig benzodiazepines in therapeutische doseringen gebruiken regelmatig voor. Patiënten met een lichamelijke afhankelijkheid van benzodiazepines zijn niet noodzakelijk misbruikers van of verslaafden aan deze geneesmiddelen. Deze lichamelijke afhankelijkheid van benzodiazepines

manifesteert zich meestal met ontwenningssymptomen als de medicatie plotseling gestopt wordt; zij kan echter gecontroleerd beëindigd worden door middel van geleidelijke dosisverlaging ('taperen', uitsluipen) of omzetting naar een ander medicament met dezelfde indicatie (bijvoorbeeld een SSRI bij een angststoornis). Vanwege de chronische aard van angst, kan voor sommige patiënten een langdurige behandeling met een verlaagde, therapeutische dosis benzodiazepine nodig zijn; deze voortzetting van de behandeling moet niet als misbruik of verslaving worden beschouwd.

Het is dus belangrijk om onderscheid te maken tussen enerzijds het relatief zelden voorkomen van misbruik en verslaving aan benzodiazepines en anderzijds het regelmatig voorkomen van lichamelijke afhankelijkheid van benzodiazepines. Bij verslaving is er sprake van dwangmatig drugzoekend gedrag, het streven naar een euforisch effect, het verlies van controle, subjectief lijden door het gebruik en/of het veronachtzamen van belangrijke sociale of beroepsmatige verplichtingen.

De in Benzodiazepines gevonden en besproken studies hebben vrijwel allemaal primair betrekking op klinisch (symptomatisch) herstel en in de studies is niet systematisch onderzocht wat de effectiviteit van de interventies is op andere hersteldomeinen. In het overgrote deel van de studies is niet gekeken naar sekseverschillen in de effectiviteit van de interventie. Hierdoor is nog weinig bekend over de mogelijke rol van sekse in de behandeling van een stoornis in het gebruik van een benzodiazepine.

10.2 Behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van een benzodiazepine

10.2.1 Uitgangsvraag en aanbeveling behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van een benzodiazepine

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van (farmacotherapeutische) interventies in geval van intoxicatie/ overdosering ten gevolge van het gebruik van een benzodiazepine?

Aanbeveling

- Bij een ernstige of levensbedreigende benzodiazepine-overdosering moet flumazenil i.v. worden ingezet als mede ondersteunende behandeling met bijzondere aandacht voor de ademhalingsfunctie. Omdat na enkele uren het effect van de benzodiazepine kan terugkeren, is gedurende enige tijd klinische bewaking nodig.

10.2.2 Onderbouwing behandeling intoxicatie/overdosering door het gebruik van een benzodiazepine

Wetenschappelijke kennis

Voor de behandeling van een (levensbedreigende) benzodiazepine-intoxicatie is een antidotum beschikbaar: flumazenil.

Op basis van 5,9 doden (ten gevolge van een geslaagde suïcide) per miljoen recepten is het geschatte mortaliteitsrisico door een overdosis benzodiazepines (al of niet gecombineerd met alcohol) in Nederland ongeveer 57 doden per jaar.

Bron: Gorgels et al., 2001.

Een benzodiazepine-overdosering kan leiden tot een diep coma met aspiratie pneumonie en ademhalingsproblemen die fataal kunnen zijn. De GABA-antagonist flumazenil kan worden ingezet bij de behandeling van een vergiftiging met een onduidelijke oorzaak.

Bron: Ngo et al., 2007.

Flumazenil remt de depressie van het centrale zenuwstelsel en voorkomt complicaties van langdurige bewusteloosheid. De comateuze patiënt met een acute benzodiazepinevergiftiging moet ondersteunende behandeling krijgen met bijzondere aandacht voor de ademhalingsfunctie.

Bron: Vukcevic et al., 2016.

10.3 Detoxificatie/ontgiftiging van stoornis in het gebruik van een benzodiazepine

10.3.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen detoxificatie/ontgiftiging van stoornis in het gebruik van een benzodiazepine

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van farmacotherapie bij de detoxificatie van personen met een stoornis in het gebruik van een benzodiazepine?

Aanbevelingen

De volgende conclusies en aanbevelingen zijn overgenomen van de Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren.

Bron: Dijkstra et al. (Red.), 2017.

- Het onthoudingsbeeld bij benzodiazepinen varieert per middel en per persoon. Wees erop bedacht dat patiënten lang na detoxificatie last kunnen hebben van onthoudingssymptomen.
- Wees erop bedacht dat zich ernstige complicaties bij detoxificatie van benzodiazepinen kunnen voordoen, zijnde: insulten en delier. Deze kunnen levensbedreigend zijn en dienen dan ook adequaat behandeld te worden.

- Om te kunnen differentiëren tussen rebound, onthoudingsklachten en een angststoornis is het goed uitvragen van klachten voorafgaand aan de start van het benzodiazepinegebruik noodzakelijk.
- Verificatie bij voorschrijvend artsen en/of apothekers, of familie, is van belang om een goed beeld te verkrijgen van de gebruikte medicatie door de patiënt.
- Uit efficiëntie-overwegingen is het zinvol te kiezen voor een immuno-assay dat test voor oxazepam in de urine tenzij bekend is dat de patiënt een lorazepam of een z-drug gebruikt.
- Onderzoek naar andere middelen is van groot belang bij hoge dosisafhankelijkheid, omdat gecombineerd gebruik met andere psychoactieve middelen vaak voorkomt.
- Een intramurale behandeling bij therapeutische dosisafhankelijkheid is alleen geïndiceerd na herhaald falen van een ambulante detoxificatie.
- Een intramurale behandeling bij hoge dosisafhankelijkheid is geïndiceerd om stabiliteit te creëren bij ernstige somatische of psychiatrische comorbiditeit of sterk wisselend gebruik per dag.
- Als er een wens is om de onthoudingsklachten te monitoren wordt geadviseerd de Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire (BWSQ) te gebruiken. Na een baseline meting kan deze in een ambulante setting elke twee weken en in een intramurale setting elke week afgenomen worden.
- Als klachten van angst, slaap en/of depressie het onthoudingssyndroom overstijgen dan dienen deze volgens actuele richtlijnen behandeld te worden.
- Bij therapeutische dosisafhankelijkheid wordt geadviseerd eerst af te bouwen met de eigen medicatie. Mocht dit falen dan kan worden overgestapt naar een langwerkend middel.
- Bij gedragsproblemen zoals agressie, suïcidaliteit en/of dosisescalatie wordt geadviseerd direct te switchen naar een langwerkend middel alvorens af te bouwen.
- Bij hoge dosisafhankelijkheid wordt geadviseerd te switchen naar een langwerkend benzodiazepine.
- Omdat hoge dosisafhankelijkheid gepaard kan gaan met co-gebruik van andere middelen, wordt urineonderzoek hierop standaard geadviseerd.
- Omdat langdurig gebruik van benzodiazepines niet gepaard gaat met directe lichamelijke schade, zijn er geen aanbevelingen voor verder laboratoriumonderzoek. Lever- en nierfunctie kunnen routinematig bepaald worden.
- Eerste keus langwerkend benzodiazepine om mee af te bouwen is diazepam. Tweede keus langwerkend benzodiazepine is chloordiazepoxide of clonazepam.
- Bij een switch naar een langwerkend benzodiazepine bij therapeutische dosisafhankelijkheid wordt een startdosering tussen de 75 en 100% equivalentie geadviseerd. Bij therapeutische dosisafhankelijkheid wordt geadviseerd af te bouwen met flexibiliteit en een tempo variërend tussen de 0,5 en 5 mg diazepam per stap.
- Bij hoge dosisafhankelijkheid (> 30 mg diazepam) wordt geadviseerd te starten met een dagelijkse dosisequivalent van 60% van de gemiddeld dagelijks gebruikte benzodiazepinen, met een maximum van 50 mg diazepam. Een afbouw van vervolgens 5-10 mg per week wordt als adequaat beschouwd.
- Bij afbouw wordt geadviseerd te beginnen met een hogere dosisreductie en te eindigen met een lagere dosisreductie.
- Bij zwangere vrouwen wordt aanbevolen om langzaam af te bouwen, met een langwerkend benzodiazepine als diazepam. Voor zwangere vrouwen met – chronisch of intermitterend – hoge dosisafhankelijkheid, of bij comedatie met andere psychofarmaca wordt geadviseerd om met een medische indicatie te bevallen.

10.4 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van

een benzodiazepine

10.4.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van psychologische behandeling van stoornissen in het gebruik van een benzodiazepine?

Aanbevelingen

- Alvorens dosisreductie of volledig stoppen met het gebruik van benzodiazepines te adviseren of te initiëren dient eerst overwogen te worden of (a) er wel sprake is van een klinisch relevant probleem, bijvoorbeeld een stoornis in het gebruik van benzodiazepines en/of (b) het afbouwen of staken van het benzodiazepinegebruik niet meer klinische problemen geeft dan voortzetting van het (gematigde) gebruik ervan.
- Huisartsen wordt aangeraden (1) benzodiazepines zo kort mogelijk voor te schrijven, (2) het effect ervan en de noodzaak tot continuering regelmatig te evalueren en (3) alle patiënten met langdurig benzodiazepinegebruik jaarlijks uit te nodigen voor een persoonlijk consult en/of hen een jaarlijkse gepersonaliseerde brief te sturen met het advies afbouw te overwegen.
- Vooralnog is er onvoldoende bewijs voor het effect van internetcounseling op het minderen of staken van het gebruik van benzodiazepines en internetcounseling kan daarom (nog) niet worden aanbevolen.
- Cognitieve gedragstherapie (CGT) kan worden aanbevolen voor hen die willen minderen of stoppen met het gebruik van benzodiazepines. Het effect houdt ten minste 3 maanden aan, maar neemt met de tijd af en daarom dient effectieve CGT gevolgd te worden door regelmatige monitoring van het gebruik en van eventuele terugval in het (overmatige) gebruik.
- Motiverende gespreksvoering (MGV) zou gedurende een beperkte periode effectief kunnen zijn bij het stoppen met het gebruik van benzodiazepines, maar de geringe kwaliteit van de studies maakt dat MGV desondanks niet kan worden aanbevolen.
- Ontspanningsgeoriënteerde behandelingen zijn niet effectief bij de afbouw en het stoppen met het gebruik van benzodiazepines en kunnen daarom niet worden aanbevolen.
- Het verdient aanbeveling om, waar mogelijk, het systeem rond de patiënt te betrekken bij de behandeling.
- Het verdient aanbeveling om in de behandeling expliciet aandacht te besteden aan de therapeutische relatie en de keuze en wensen van de patiënt.
- Aanbevolen wordt om in de behandeling – naast psychiatrische comorbiditeit – ook aandacht te hebben voor behandeldoelen die niet (noodzakelijk) op abstinentie gericht zijn, en voor herstelondersteunende zorg op andere domeinen, waaronder sociale inbedding, huisvesting en financiële situatie van de patiënt (zie Herstelondersteunende interventies).

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

10.4.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine

Wetenschappelijke kennis

Voor het in kaart brengen van de effectiviteit van psychologische behandelingen van stoornissen in het gebruik van benzodiazepines bij volwassenen is gebruikgemaakt van de recente meta-analyse van de Cochrane Collaboration Group.

Bron: Darker et al., 2015.

In deze meta-analyse worden de resultaten van 25 gerandomiseerde studies (1666 deelnemers; gemiddelde leeftijd in de studies 31-84 jaar; gemiddeld percentage vrouwen in de studies 25-88%) samengevat. In 15 studies werd de gemiddelde aanvangsdosis BZP gerapporteerd: de gemiddelde diazepam equivalent dose (DEDD) was 11,9 mg. In de meta-analyse van 15 van deze 25 studies werden 12 interventies geëvalueerd, waarvan de volgende vijf effectief of veelbelovend waren; de overige zeven vergelijkingen bleken te leiden tot negatieve bevindingen:

1. cognitieve gedragstherapie (CGT) plus geleidelijke dosisreductie versus alleen geleidelijke dosisreductie;
2. motiverende gespreksvoering (MGV) plus geleidelijke dosisreductie versus alleen geleidelijke dosisreductie;
3. minimale interventie (brief van of consult bij huisarts);
4. ontspanningsgeoriënteerde behandelingen;
5. internetcounseling.

CGT plus geleidelijke dosisreductie versus alleen geleidelijke dosisreductie

In de 11 studies met CGT plus geleidelijke dosisreductie versus alleen geleidelijke dosisreductie werden 575 deelnemers geïnccludeerd, 368 vrouwen (64%) en 207 mannen (56%). De gemiddelde leeftijd van de deelnemers in 10 van de 11 studies was 54,2 jaar. De resultaten van de meta-analyse wijzen op een in omvang beperkt effect van aanvullende CGT tot ten minste 3 maanden na de behandeling, maar het effect was niet langer significant na 6-24 maanden follow-up. De hier aangetoonde korte termijn effectiviteit van aanvullende CGT bevestigt de resultaten van een eerdere meta-analyse van Oude Voshaar et al.

Bron: Oude Voshaar et al., 2006.

MGV versus standaardbehandeling (TAU)

In de vier studies met MGV als interventie werden 80 deelnemers geïnccludeerd (32 vrouwen, 38 mannen, 10 onbekend). Alle studies wezen in de richting van een gunstig effect van MGV ten opzichte van TAU, maar er was (waarschijnlijk door de kleine omvang van de studies) overall geen statistisch significant verschil tussen MGV en TAU.

Minimale interventie (brief van of consult bij huisarts) versus TAU

In één studie (139 deelnemers, gemiddelde leeftijd 59 jaar, 82% vrouw) was het aantal deelnemers dat na een gestandaardiseerd mondeling advies van de huisarts met het gebruik van BZPs gestopt was of ten minste 50% minder gebruikte na 6 en 12 maanden aanzienlijk groter dan met TAU, maar deze effecten waren na 3 jaar niet langer aanwezig. Dit resultaat bevestigt de eerdere meta-analyse van drie minimale interventie studies door Oude Voshaar et al.

Bron: Oude Voshaar et al., 2006.

Het effect van een persoonlijke brief waarin de huisarts de patiënt aanraadt om te minderen of te stoppen met het BZP gebruik werd in één studie (508 patiënten, gemiddelde leeftijd 62 jaar, 68% vrouwen) onderzocht. Een 'op maat van de patiënt gesneden brief' was bij 12 maanden follow-up nog steeds aanzienlijk effectiever dan een standaard brief van de huisarts. In een tweede studie (272 patiënten, gemiddelde leeftijd 69 jaar, 77% vrouwen) werd na 6 maanden follow-up geen effect gezien van een consult+brief ten opzichte van TAU. In een eerdere meta-analyse van Parr et al. (2008) over drie studies (N=532 deelnemers) was een korte interventie (zoals een brief van de huisarts) effectiever dan TAU of geen enkele aandacht.

Ten slotte blijkt dat minimale interventies vooral goed werken bij patiënten die wel een duidelijke benzodiazepineafhankelijkheid hebben maar geen al te hoge doseringen benzodiazepines gebruiken.

Bron: Gorgels et al., 2006.

Ontspanningsgeoriënteerde interventies

In vier studies werd de effectiviteit van verschillende intensiteiten van ontspanningsgeoriënteerde interventies met elkaar, met andere interventies (TAU) en als aanvulling op andere interventies onderzocht (139 deelnemers; gemiddeld percentage vrouwen 44-100%; gemiddelde leeftijd 31-84 jaar). In geen van deze studies werd bij de afbouw van BZPs een significant verschil tussen de ontspanningsgeoriënteerde interventie en de controleconditie gevonden.

Internetcounseling

De meta-analyse van Darker et al. (2015) vermeldt één studie (37 deelnemers; 60% vrouwen, gemiddelde leeftijd 42 jaar) met therapieresistente methadonpatiënten die of counseling per teleconferentie kregen of face-tot-face counseling. Internet-telecounseling was aan het eind van de behandeling van 6 weken niet beter of slechter dan gewone counseling.

Conclusies

Conclusies : Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 1:

- Het is aangetoond dat geleidelijke dosisreductie plus CGT aan het eind van de behandeling en ook na 3 maanden follow-up effectiever is dan alleen geleidelijke dosisreductie in het staken van het gebruik van benzodiazepines, maar dit effect neemt daarna geleidelijk af en is na meer dan 3 maanden niet significant meer.
- A1: Darker et al. (2015)

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over het effect van motiverende gespreksvoering (MGV) ten opzichte van een standaardbehandeling (TAU) bij het stoppen van het (chronisch) gebruik van benzodiazepines.
- A1: Darker et al. (2015)

Niveau 1:

- Het is waarschijnlijk dat minimale interventies door de huisarts (consult, brief) meer effect hebben op het minderen of stoppen van (chronisch) benzodiazepinegebruik dan niets doen of TAU. Een gepersonaliseerde brief is waarschijnlijk effectiever dan een standaard brief.
- A1: Darker et al. (2015), Parr et al. (2008)

Niveau 2:

- Het is waarschijnlijk dat ontspanningsgeoriënteerde interventies niet effectief zijn en geen toegevoegde waarde hebben bij het minderen of stoppen van (chronisch) benzodiazepinegebruik.
- A1: Darker et al. (2015)

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over het effect van internetcounseling ten opzichte van face-to-face counseling bij het stoppen van het (chronisch) gebruik van benzodiazepines.
- A1: Darker et al. (2015)

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als

volgt samen:

- De professionals zijn van mening dat de uitgebreide variant van cognitieve gedragstherapie (CGT, inclusief motiverende gespreksvoering) de standaardbehandeling is in de Nederlandse verslavingszorg, en dat de kortdurende variant van CGT thuishoort in de generalistische basis-GGz.
- ‘Nieuwe’ psychosociale behandelingen als mindfulness, Acceptance and Commitment Therapie (act), Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Assertive Community Treatment (ACT) en ook behandeling volgens het al lang bestaande Minnesota model hebben in de context van een verslavingsbehandeling volgens de professionals een onvoldoende duidelijke theoretische of klinisch aangetoonde onderbouwing en zouden pas ingezet moeten worden als de patiënt geen of onvoldoende baat heeft bij de standaardbehandeling met CGT, dan wel als aanvulling op de standaardbehandeling.
- De professionals zijn van mening dat contingentie management – het systematisch belonen van gewenst gedrag – eigenlijk de meest effectieve behandeling van verslaving is, met bovendien een goede theoretische onderbouwing. Op middelengebruik gerichte contingentie management wordt als behandeling echter niet of nauwelijks in de Nederlandse verslavingszorg toegepast. Zij wijzen er bovendien op dat de positieve bekrachtiging die in contingentie management gehanteerd wordt, aansluit bij de uitgangspunten van herstelondersteunende zorg. De professionals zijn van mening dat contingentie management veel meer in de Nederlandse verslavingszorg geïmplementeerd zou moeten worden en sommigen zijn van mening dat contingentie management wellicht zelfs de basis zou moeten vormen van behandeling in de verslavingszorg, (eventueel) aangevuld met cognitieve gedragstherapie en andere interventies. Zij pleiten ervoor om hieraan in deze richtlijn een aanbeveling te wijden.
- In de behandeling dient volgens de professionals expliciete aandacht te zijn voor a-specifieke factoren, waaronder de therapeutische relatie en de keuze en wensen van de patiënt. Aandacht voor deze factoren heeft een positief effect op de behandeluitkomst.
- De professionals zijn van mening dat een klinische opname voor detoxificatie of vervolgbehandeling, wanneer noodzakelijk, zo kort mogelijk dient te zijn. De patiënt dient zoveel mogelijk in zijn/haar eigen leefomgeving behandeld te worden, om te kunnen leren omgaan met zucht en andere risicosituaties die kunnen leiden tot terugval. Daarvoor is wél een zodanige mate van controle over het middelengebruik vereist dat de patiënt cognitief in staat is om voldoende van een behandeling te leren. Als dat niet het geval is, zal de patiënt zo goed mogelijk in een abstinente omgeving moeten worden getraind in terugvalpreventietechnieken. Buiten het omgaan met risico's is het van belang dat in de leefomgeving van de patiënt alternatieve activiteiten en bekrachtigers ontwikkeld worden, bijvoorbeeld met behulp van de Community Reinforcement Approach (CRA).
- Een opname is volgens de professionals geïndiceerd (1) als diagnostiek of behandeling van psychiatrische comorbiditeit gewenst of noodzakelijk is, die niet toereikend in een ambulante setting kan plaatsvinden, of (2) als er sprake is van herhaalde mislukte pogingen tot ambulante ontgiftig, of van ambulante vervolgbehandelingen met onvoldoende resultaat, die volgens de patiënt en behandelaar te wijten zijn aan specifieke factoren (bijvoorbeeld systeemfactoren of woonomstandigheden) die door een klinische opname aan te pakken zijn.
- De professionals vinden het zeer wenselijk om het systeem rond de patiënt te betrekken bij de behandeling. Het systeem heeft een belangrijke functie in het motiveren en gemotiveerd houden van de patiënt. In het geval van een medicamenteuze behandeling kan afgesproken worden dat een naastbetrokkene toezicht houdt op inname van de medicatie. Naast steun in het herstelproces en bij het voorkómen van terugval kan het systeem een signalerende rol naar de behandelaar vervullen bij

(dreigende) terugval. Het systeem kan ook een in stand houdende rol vervullen, bijvoorbeeld door negativiteit en verwijten, nog afgezien van systeemdynamiek waarbij de verslaving van de patiënt een functie heeft in de homeostase. Volgens de professionals neemt de kans op een succesvolle behandeling af als aan dergelijke factoren in de behandeling onvoldoende aandacht wordt geschonken.

- De meeste professionals zijn van mening dat in de richtlijn – naast psychiatrische comorbiditeit – ook aandacht moet zijn voor behandeldoelen die niet (noodzakelijk) op abstinentie zijn gericht, en voor herstel(-ondersteunende zorg) op andere domeinen, waaronder de Community Reinforcement Approach (CRA), Individuele Plaatsing en Steun (IPS), Housing First en bijvoorbeeld fysieke inspanning (physical exercise).

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

- De ervaringsdeskundigen zijn unaniem van mening dat behandeling in de verslavingszorg (of algemene GGZ) slechts een klein onderdeel uitmaakt van het herstelproces. Dit geldt zowel voor de rol van eerdere behandelingen die de cliënt ontvangen heeft, als voor de rol van behandeling in de periode dat de cliënt actueel in zorg is. Therapie kan de cliënt ondersteunen, maar de belangrijkste factor in het herstelproces is de cliënt zélf. Een verslaving is bovendien onderdeel van een veel bredere geschiedenis van de persoon. Het belang van het 'zorgstukje' in het leven en herstelproces van de cliënt zou om deze redenen gerelativeerd moeten worden.
- De ervaringsdeskundigen merken op dat een attitude waarin de behandelaar de cliënt louter benadert als verslaafde en niet als mens met een verslavingsprobleem cliënten niet stimuleert om naar zichzelf te kijken en vertrouwen te krijgen in de behandelaar: 'Als je wordt behandeld als verslaafde en niet als mens, ga je je ook gedragen als verslaafde'. Een behandelaar moet juist de menselijke kant van de cliënt aanspreken.
- Veel ervaringsdeskundigen geven aan dat psychologische behandeling, waaronder cognitieve gedragstherapie (CGT), hen veel goed gedaan heeft. Zij maken daarbij wel de kanttekening dat er in de verslavingszorg te snel naar de 'leefstijltraining' (CGT) verwezen wordt en er te weinig aandacht is voor alternatieven. Volgens sommigen zou de frequentie van de behandeling wellicht hoger moeten liggen, zodat het meer in de buurt komt van een dagbehandeling.
- Er kan in de verslavingszorg volgens de ervaringsdeskundigen veel meer een brug worden geslagen tussen enerzijds de behandeling en anderzijds peer support en zelfhulpgroepen. Lotgenoten, ervaringsdeskundigen en zelfhulpgroepen zijn in de behandeling misschien wel minstens zo belangrijk of zelfs belangrijker dan behandelaren.
- Ervaringsdeskundigen kunnen ook als co-therapeut fungeren en houden de behandelaren scherp. Zij moeten echter zelf ook scherp blijven, om te voorkomen dat zij zelf als behandelaar gaan optreden. De ervaringsdeskundigen pleiten ervoor dat de inzet van ervaringsdeskundigen/peer support in de behandeling vergoed moet worden, zoals aangegeven in het document "Dbc-beroepentabel voor het dbc-pakket 2017 ggz" van de Nederlandse Zorgautoriteit.
- De ervaringsdeskundigen merken op dat er onder behandelaren nogal eens angst bestaat om de controle over de behandeling te verliezen wanneer een cliënt – naast zijn behandeling bij de instelling – naar een zelfhulpgroep gaat: 'Wat wordt daar gedaan en afgesproken?'. Onder de ervaringsdeskundigen in de focusgroep wordt wisselend gedacht over de mate waarin behandelaren, ervaringsdeskundigen en anderen (bijvoorbeeld zelfhulpgroepen) die bij de behandeling betrokken

zijn onderling informatie zouden moeten uitwisselen over de behandeling van de cliënt. Volgens sommigen is het, onder andere omwille van de zorgvuldigheid, belangrijk dat zo veel mogelijk informatie wordt uitgewisseld; volgens anderen is dat niet noodzakelijk.

- In het algemeen zou er volgens de ervaringsdeskundigen meer diversiteit moeten zijn in het behandelaanbod in de verslavingszorg. Zij noemen in dit verband onder andere het opstellen van een crisissignaleringsplan, het gelijktijdig stoppen met roken als onderdeel van de behandeling, het grote belang van hoop, zingeving en existentiële vragen in de behandeling en het herstelproces, en het inzetten van WRAP-teams in de behandeling (Wellness Recovery Action Plan) om cliënten te helpen invulling te geven aan hun herstelplan.
- Klinische behandeling zonder goede ambulante vervolgbehandeling is volgens de ervaringsdeskundigen geen (goede) behandeling. Goede behandeling veronderstelt dat er ook goede en doorlopende nazorg/monitoring wordt geboden. Verpleegkundigen of ervaringsdeskundigen of hulpverleners in de generalistische basis-GGz zouden daarbij een belangrijke rol kunnen spelen.
- Ten aanzien van de klinische twaalfstappenbehandeling volgens het Minnesota Model merken de ervaringsdeskundigen op dat deze behandeling slechts geschikt is voor een selecte doelgroep van mensen die qua huisvesting, relaties en werk nog goed ingebed zijn. De Minnesota behandelingen die in het buitenland worden aangeboden, worden volgens de ervaringsdeskundigen nogal eens geromantiseerd; voor veel verslaafde mensen is juist behandeling in de eigen omgeving van groot belang.
- De ervaringsdeskundigen vinden dat er in de verslavingszorg onvoldoende aandacht wordt besteed aan sociale aspecten, waaronder huisvesting en schulden. Ondersteuning bij het verkrijgen en behouden van huisvesting, schuldsanering en een zinvolle dagbesteding zijn wezenlijk onderdeel van herstelondersteunende zorg. Veel verslavingszorginstellingen hebben wel een link met bijvoorbeeld de Sociale Dienst, maar de rol van de gemeente is daarin steeds groter geworden. Er is nu steeds vaker sprake van een scheiding tussen enerzijds de verslavingszorg en GGz en anderzijds het maatschappelijk werk.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

10.4.3 Overwegingen psychologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine

Geleidelijke dosisreductie van benzodiazepines volgens een vast schema lijkt effectiever dan ongestructureerde afbouw of geen interventie. Medicamenteuze vervanging of suppletie als aanvulling op een dergelijke dosisreductie lijkt geen effect te hebben op de kans dat de patiënt erin slaagt het gebruik van benzodiazepines te stoppen. Dat wil echter niet zeggen dat een dergelijk aanvullende farmacologische behandeling niet om andere redenen zou kunnen worden ingezet. Wel moet daarbij worden opgemerkt dat in het geval van melatonine ten behoeve van verbetering van de slaap geen consistent effect werd gevonden. Terughoudendheid lijkt daarom in de meeste gevallen aangewezen. Op indicatie kunnen patiënt en hulpverlener samen natuurlijk beslissen wel vervangende of aanvullende medicatie in te zetten, bijvoorbeeld wanneer oude symptomen na het staken van de betreffende benzodiazepine terug (dreigen te) komen. Men dient zich in alle gevallen te realiseren dat het bij langdurig/chronisch benzodiazepinegebruik vaak blijkt te gaan om relatief lage doseringen van het benzodiazepine en heel vaak zal (er bij nader inzien) slechts sprake zijn van (enige) lichamelijke afhankelijkheid en niet van een stoornis in het gebruik van benzodiazepines. Zowel behandelaar als patiënt kunnen in die gevallen ook besluiten om geen verandering in de

bestaande medicatie na te streven.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

10.5 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine

10.5.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van farmacotherapie bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van een benzodiazepine?

Aanbevelingen

- Als er daadwerkelijk sprake is van een stoornis in het gebruik van een benzodiazepine kan de patiënt geadviseerd worden de dosering geleidelijk af te bouwen en het gebruik te staken.
- Het effect van geleidelijke dosisverlaging wordt niet beter door toevoeging van geleidelijke of abrupte vervanging van het betreffende benzodiazepine door een ander geneesmiddel en dit dient daarom in het algemeen achterwege gelaten te worden.
- In uitzonderlijke gevallen kunnen behandelaar en patiënt besluiten toch voor een aanvullende medicamenteuze ondersteuning te kiezen. Op dit moment kan echter geen specifiek vervangend geneesmiddel worden aanbevolen.
- Wanneer besloten wordt om aanvullende farmacotherapie aan te bieden voor de behandeling van een stoornis in het gebruik van een benzodiazepine, dient de arts de patiënt duidelijk te informeren dat het om een 'off-label' voorgeschreven medicijn gaat en dient de patiënt daar toestemming ('informed consent') voor te geven. Het verdient aanbeveling dit zorgvuldig te legitimeren en documenteren en de voortgang van de behandeling, waaronder bijwerkingen, regelmatig te monitoren.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

10.5.2 Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine

Wetenschappelijke kennis

Een systematische review en meta-analyse van Parr et al. (2008) met 17 gerandomiseerde studies naar het effect van verschillende farmacologische interventies (1177 deelnemers; gemiddeld percentage vrouwen 51-72%; gemiddelde leeftijd 39-69 jaar), een meta-analyse van Wright et al. (2015) met 6 gerandomiseerde studies naar het effect van melatonine (332 deelnemers; gemiddeld percentage vrouwen 43-80%; gemiddelde leeftijd 43-75 jaar) en 2 studies die niet waren opgenomen in de meta-analyse van Parr et al. (2008) en na 2008 zijn gepubliceerd

Bron: Hadley et al., 2012; Mariani et al., 2016.

vormen het uitgangspunt voor de beantwoording van de uitgangsvraag.

In de meta-analyse van Parr et al. (2008) is gekeken naar het effect van farmacologische interventies als ondersteuning van geleidelijke dosisreductie (GDR) van benzodiazepines bij patiënten in de huisartsenpraktijk en de ambulante GGZ/verslavingszorg (VZ) die wilden stoppen met het gebruik van BZPs. Bij GDR gaat het in vrijwel alle gevallen om een interventie waarbij de patiënt via een brief van de huisarts of een GGZ/VZ medewerker wordt geadviseerd de bestaande dosis BZP geleidelijk te minderen en ten slotte volledig te staken. De 17 geïncludeerde studies gaan voornamelijk over GDR met geleidelijke farmacologische substitutie (14 studies) en GDR met abrupte farmacologische substitutie (3 studies). In het overzicht van Parr et al. (2008) wordt ook 1 studie gepresenteerd waarbij GDR zonder aanvullende farmaco- of psychotherapie wordt vergeleken met een standaard behandeling (TAU).

Bron: Oude Voshaar et al., 2003.

GDR vs TAU

In de enige studie in het overzicht van Parr et al. (2008) waarin GDR direct wordt vergeleken met TAU was GDR effectiever dan TAU.

GDR plus geleidelijke farmacologische substitutie vergeleken met alleen GDR

De door Parr et al. (2008) uitgevoerde meta-analyse bevatte 14 RCTs waarin GDR wordt vergeleken met GDR plus geleidelijke farmacologische substitutie (N=927, gemiddelde leeftijd 39-69 jaar; gemiddeld percentage vrouwen 51-72%). In de helft van de studies werd de gemiddelde aanvangsdosis BZP gerapporteerd: 15,7 diazepam equivalenten per dag. Gemiddeld waren er 36 dagen (range: 14-70 dagen) nodig om de BZPs af te bouwen en te stoppen. In deze meta-analyse was GDR plus vervangende farmacotherapie in het algemeen niet effectiever dan alleen GDR. Wel werden er aanwijzingen voor een mogelijk positief aanvullend effect van melatonine, paroxetine, trazodon en valproaat op GDR gevonden.

GDR plus abrupte farmacologische substitutie vergeleken met alleen GDR

In de meta-analyse van 3 andere studies (234 deelnemers) vonden Parr et al. (2008) dat abrupte substitutie door vervangende farmacotherapie minder effectief was dan alleen GDR en niet effectiever was dan enkel abrupte verlaging van de dosis.

Studies gepubliceerd na de meta-analyse van Parr et al. (2008)

- Melatonine

In de recente meta-analyse van Wright et al. (2015), die specifiek keek naar het effect van melatonine bij het geleidelijk stoppen van BZP-medicatie op basis van zes geïncludeerde studies (N=332; gemiddelde leeftijd 43-75 jaar, gemiddeld percentage vrouwen 20-80%) had melatonine geen significant aanvullend effect op GDR bij het stoppen van BZP-medicatie, terwijl het effect van melatonine op de slaapkwaliteit inconsistent was.

- Pregabaline

In een recente RCT vonden Hadley et al. (2012) geen significant effect van pregabaline als aanvulling op GDR op het staken van de BZP-medicatie.

- Gabapentine

In een recente RCT vonden Mariani et al. (2016) geen significant effect van gabapentine als aanvulling op GDR op het staken van de BZP-medicatie.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat geleidelijke dosisreductie (GDR) effectiever is dan ongestructureerde afbouw als het gaat om het volledig stoppen met gebruik van benzodiazepines aan het eind van de behandeling.
- A2: Oude Voshaar et al. (2003)

Niveau 1:

- Het is waarschijnlijk dat geleidelijke farmacologische substitutie in aanvulling op geleidelijke dosisreductie (GDR) in het algemeen geen aanvullend effect heeft op het stoppen met het gebruik van benzodiazepines aan het eind van de behandeling of na follow-up. Dit geldt in het bijzonder voor: buspiron, carbamazepine, melatonine, aspartaat, alpidem, captodiamine, dothiepin, pregabaline en gabapentine.
- A1: Parr et al. (2008), Wright et al. (2015)
- A2: Hadley et al. (2012)
- B: Mariani et al. (2016)

Niveau 3:

- Het is waarschijnlijk dat abrupte farmacologische substitutie in aanvulling op geleidelijke of abrupte dosisreductie geen gunstig effect heeft op het stoppen met het gebruik van benzodiazepines.
- A1: Wright et al. (2015)

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- De professionals achten medicamenteuze behandeling van verslaving geïndiceerd als de patiënt geen of onvoldoende baat heeft bij de standaardbehandeling met cognitieve gedragstherapie plus motiverende gespreksvoering of psychosociale behandeling, dan wel als de patiënt erom vraagt, nadat deze hierover voorlichting heeft gekregen.
- Voor de behandeling van stoornissen in het gebruik van de drugs die onderwerp zijn van deze richtlijn zijn geen bewezen effectieve medicijnen beschikbaar en dus ook geen medicijnen geregistreerd. Het behoort niettemin tot de individuele vrijheid van de arts om een medicijn waarvoor wel enige wetenschappelijke evidentie is off label voor te schrijven. Goede voorlichting aan de patiënt en goede monitoring zijn daarbij van groot belang. Medicijnen die bewezen niet effectief zijn dienen niet voorgeschreven te worden.

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

- Naar de mening van de ervaringsdeskundigen moeten zoveel mogelijk medicijnen voor de behandeling van verslaving beschikbaar blijven, waarbij ook rekening gehouden moet worden met de bijwerkingen. Een medicijn zou alleen afgeschreven moeten worden als er overtuigend bewijs is dat het medicijn niet werkt. In alle gevallen zou daarbij aan verwachtingenmanagement gedaan moeten worden: er moet niet gesuggereerd worden dat het medicijn je 'geneest' van je verslaving.
- Volgens sommige ervaringsdeskundigen wordt aan cliënten in de verslavingszorg meestal weinig uitleg gegeven over de mogelijkheden, werkzaamheid en eventuele nadelen van medicatie. Anderen vinden de uitleg over medicatie in de verslavingszorg – in tegenstelling tot die in de GGz – wél goed.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

10.5.3 Overwegingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine

Geleidelijke dosisreductie van benzodiazepines volgens een vast schema lijkt effectiever dan ongestructureerde afbouw of geen interventie. Medicamenteuze vervanging of suppletie als aanvulling op een dergelijke dosisreductie lijkt geen effect te hebben op de kans dat de patiënt erin slaagt het gebruik van benzodiazepines te stoppen. Dat wil echter niet zeggen dat een dergelijk aanvullende farmacologische behandeling niet om andere redenen zou kunnen worden ingezet. Wel moet daarbij worden opgemerkt dat in het geval van melatonine ten behoeve van verbetering van de slaap geen consistent effect werd gevonden. Terughoudendheid lijkt daarom in de meeste gevallen aangewezen. Op indicatie kunnen patiënt en hulpverlener samen natuurlijk beslissen wel vervangende of aanvullende medicatie in te zetten, bijvoorbeeld wanneer oude symptomen na het

staken van de betreffende benzodiazepine terug (dreigen te) komen. Men dient zich in alle gevallen te realiseren dat het bij langdurig/chronisch benzodiazepinegebruik vaak blijkt te gaan om relatief lage doseringen van het benzodiazepine en heel vaak zal (er bij nader inzien) slechts sprake zijn van (enige) lichamelijke afhankelijkheid en niet van een stoornis in het gebruik van benzodiazepines. Zowel behandelaar als patiënt kunnen in die gevallen ook besluiten om geen verandering in de bestaande medicatie na te streven.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

10.6 Behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij jongeren

10.6.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij jongeren

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van psychologische en/of farmacologische behandeling van stoornissen in het gebruik van een benzodiazepine bij jongeren?

Aanbevelingen

Er worden geen aparte aanbevelingen voor jongeren met een stoornis in het gebruik van een benzodiazepine gegeven.

10.6.2 Onderbouwing behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij jongeren

Wetenschappelijke kennis

Deze vraag werd niet apart geadresseerd, omdat veruit het grootste deel van de patiënten met een stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bestaat uit ouderen (met name oudere vrouwen).

Om deze reden worden in deze paragraaf geen conclusies of aanvullende overwegingen ten aanzien van de behandeling van jongeren met een stoornis in het gebruik van een benzodiazepine gegeven.

10.7 Behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij ouderen

10.7.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij ouderen

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van psychologische en/of farmacologische behandeling van stoornissen in het gebruik van een benzodiazepine bij ouderen?

Aanbevelingen

- Bij ouderen (>50 jaar) dient naast geleidelijke dosisreductie altijd cognitieve gedragstherapie aangeboden te worden.

- De aanbevelingen ten aanzien van de psychologische en farmacologische behandeling van stoornissen in het gebruik van een benzodiazepine bij volwassenen zijn eveneens van toepassing bij ouderen (>50 jaar).

Deze aanbeveling is gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

10.7.2 Onderbouwing behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij ouderen

Wetenschappelijke kennis

In een meta-analyse van Gould et al.

Bron: Gould et al., 2014.

van vier studies bij specifiek ouderen (268 deelnemers; leeftijd >50 jaar) werd het effect van CGT plus geleidelijke dosisreductie vergeleken met alleen geleidelijke dosisreductie. Aanvullende CGT was zowel aan het eind van de behandeling als na 3 maanden follow-up effectief. Darker et al. (2015) includeerden twee van deze vier studies en bevestigden dit positieve aanvullende effect van CGT op geleidelijke dosisreductie bij ouderen.

Conclusie

Conclusie: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 1:

- Het is aangetoond dat cognitieve gedragstherapie in aanvulling op geleidelijke dosisreductie bij ouderen effectiever is in het stoppen met het gebruik van benzodiazepines dan alleen geleidelijke dosisreductie.
- A1: Gould et al. (2014)

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

10.7.3 Overwegingen behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij ouderen

In de eerder genoemde meta-analyse van Darker et al. (2015) naar de effectiviteit van psychologische behandelingen van stoornissen in het gebruik van benzodiazepines bij volwassenen bestond een groot deel van de onderzoeksdeelnemers uit personen van 50 jaar of ouder (zie [Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine: wetenschappelijke kennis](#)). In de meta-analyse van Parr et al. (2008) naar de effectiviteit van farmacologische behandelingen van stoornissen in het gebruik van benzodiazepines bij volwassenen (zie [Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine: wetenschappelijke kennis](#)) was de gemiddelde leeftijd van de onderzoeksdeelnemers 49 jaar, dus ook hier ging het voor een groot deel om ouderen. Bovendien rapporteerden Parr et al. (2008) dat de uitkomsten van hun meta-analyse niet samenhangen met de leeftijd van de onderzoeksdeelnemers. De conclusies en aanbevelingen ten aanzien van de [psychologische](#) en [farmacologische](#) behandeling van stoornissen in het gebruik van een benzodiazepine bij volwassenen acht de werkgroep daarom eveneens van toepassing bij ouderen (>50 jaar).

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

10.8 Psychologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij psychiatrische comorbiditeit

10.8.1 Uitgangsvraag psychologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij psychiatrische comorbiditeit

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van psychologische behandeling van stoornissen in het gebruik van een benzodiazepine bij personen met psychiatrische comorbiditeit?

Aanbevelingen

- Er zijn geen redenen om motiverende gespreksvoering aan te bieden bij benzodiazepinegebruikers met een comorbide bipolaire/psychotische stoornis om met het gebruik van benzodiazepines te stoppen.
- Bij patiënten met (chronisch) benzodiazepinegebruik en een comorbide drugsverslaving is cognitieve gedragstherapie zonder geleidelijke dosisreductie niet geïndiceerd om de kans op het stoppen met benzodiazepinegebruik te vergroten.
- Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van benzodiazepines en een comorbide psychiatrische stoornis verdient het aanbeveling zowel de stoornis in het gebruik van benzodiazepines als de comorbide psychiatrische stoornis te behandelen, en daarbij vooralsnog de adviezen in de richtlijnen voor de betreffende comorbide stoornis(sen) te volgen.
- Hoewel er onvoldoende evidentie bestaat voor geïntegreerde behandeling conform het IDDT model, wordt aanbevolen om bij patiënten met een stoornis in het gebruik van benzodiazepines en een comorbide psychiatrische stoornis de problematiek in samenhang te benaderen (zie: Addendum Stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen).
- Het verdient aanbeveling de volgorde van behandeling van een patiënt met een stoornis in het gebruik van benzodiazepines en een comorbide psychiatrische stoornis door middel van gedeelde

besluitvorming tussen patiënt en behandelaar tot stand te laten komen en daarbij aandacht te hebben voor biologische, psychologische en sociale aspecten.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#).

10.8.2 Onderbouwing psychologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij psychiatrische comorbiditeit

Wetenschappelijke kennis

In de meta-analyse van Darker et al. (2015) was één studie opgenomen waarin benzodiazepine-gebruikers met een bipolaire/psychotische stoornis waren geïnccludeerd (7 patiënten). In deze studie was MGV niet beter dan TAU. In dezelfde meta-analyse waren ook twee studies waarin CGT werd vergeleken met een informatiebrochure of TAU bij benzodiazepinegebruikers met een amfetamine- of een opioïdafhankelijkheid. In beide studies was CGT niet effectiever dan de controleconditie.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over het effect van motiverende gespreksvoering (MGV) ten opzichte van een standaardbehandeling (TAU) in het stoppen van het benzodiazepinegebruik bij benzodiazepinegebruikers met een bipolaire/psychotische stoornis.
- B: Van Bagøien et al. (2013)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat CGT niet effectiever is dan TAU of een informatiebrochure in het stoppen met benzodiazepinegebruik bij benzodiazepinegebruikers met een amfetamine- of opioïdverslaving.
- A2: Scherbaum et al. (2005)
- B: Baker et al. (2005)

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- Bij alle vormen van psychiatrische comorbiditeit verdient integrale behandeling van de verslaving en de comorbide stoornis volgens de professionals de voorkeur. Daarbij geldt voor een aantal comorbide stoornissen, indien er een sterk vermoeden is van middelengeïnduceerde comorbiditeit, dat de verslavingsbehandeling wordt gestart en de comorbiditeit gedurende enkele weken alleen wordt gemonitord totdat er al dan niet een autonome comorbide psychiatrische stoornis wordt gediagnosticeerd.
- De professionals wijzen er in dit kader op dat het behandelen van psychiatrische comorbiditeit niet automatisch leidt tot een gunstig resultaat wat betreft de verslaving.
- De meeste professionals zijn van mening dat in de richtlijn – naast psychiatrische comorbiditeit – ook aandacht moet zijn voor behandeldoelen die niet (noodzakelijk) op abstinentie zijn gericht, en voor herstel(-ondersteunende zorg) op andere domeinen, waaronder de Community Reinforcement Approach (CRA), Individuele Plaatsing en Steun (IPS), Housing First en bijvoorbeeld fysieke inspanning (physical exercise).

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

- De ervaringsdeskundigen geven aan dat de intake niet alleen betrekking moet hebben op de verslaving, maar ook op andere domeinen, waaronder psychische problemen. Vooral psychiatrische comorbiditeit kan in de intake onderbelicht blijven. Niet alle cliënten zijn zich ervan bewust dat zij psychische problemen of een trauma hebben, en intakers durven soms niet naar trauma's te vragen.
- De ervaringsdeskundigen vinden dat er in de verslavingszorg onvoldoende aandacht wordt besteed aan sociale aspecten, waaronder huisvesting en schulden. Ondersteuning bij het verkrijgen en behouden van huisvesting, schuldsanering en een zinvolle dagbesteding zijn wezenlijk onderdeel van herstelondersteunende zorg. Veel verslavingszorginstellingen hebben wel een link met bijvoorbeeld de Sociale Dienst, maar de rol van de gemeente is daarin steeds groter geworden. Er is nu steeds vaker sprake van een scheiding tussen enerzijds de verslavingszorg en GGZ en anderzijds het maatschappelijk werk.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

10.9 Farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij psychiatrische comorbiditeit

10.9.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij psychiatrische comorbiditeit

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van farmacotherapie bij de behandeling van benzodiazepine-afhankelijkheid en psychiatrische comorbiditeit?

Aanbevelingen

- Bij patiënten met langdurig benzodiazepinegebruik en een comorbide psychiatrische stoornis heeft het in het algemeen geen zin om medicatie toe te voegen aan een geleidelijke dosisreductie om de kans op abstinentie te vergroten.

- Een mogelijke uitzondering is wellicht het gebruik van imipramine bij de geleidelijke dosisreductie van benzodiazepines bij patiënten met een algemene angststoornis.
- Er zijn geen studies en geen andere vormen van bewijs voor de effectiviteit van aanvullende farmacotherapie voor het stoppen met het benzodiazepinegebruik bij de aanwezigheid van een comorbide depressieve stoornis en het aanvullend gebruik van antidepressiva wordt voorsnog niet aanbevolen.
- Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van benzodiazepines en een comorbide psychiatrische stoornis verdient het aanbeveling zowel de stoornis in het gebruik van benzodiazepines als de comorbide psychiatrische stoornis te behandelen, en daarbij voorsnog de adviezen in de richtlijnen voor de betreffende comorbide stoornis(sen) te volgen.
- Hoewel er onvoldoende evidentie bestaat voor geïntegreerde behandeling conform het IDDT model, wordt aanbevolen om bij patiënten met een stoornis in het gebruik van benzodiazepines en een comorbide psychiatrische stoornis de problematiek in samenhang te benaderen (zie: Addendum Stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen).
- Het verdient aanbeveling de volgorde van behandeling van een patiënt met een stoornis in het gebruik van benzodiazepines en een comorbide psychiatrische stoornis door middel van gedeelde besluitvorming tussen patiënt en behandelaar tot stand te laten komen en daarbij aandacht te hebben voor biologische, psychologische en sociale aspecten.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#).

10.9.2 Onderbouwing farmacologische behandeling stoornis in het gebruik van een benzodiazepine bij psychiatrische comorbiditeit

Wetenschappelijke kennis

In de meta-analyse van Parr et al. (2008) waren 6 studies met patiënten die ook een comorbide psychiatrische aandoening (persoonlijkheidsstoornis, angst, depressie) hadden. In geen van de studies was er een aanvullend effect van de medicatie op de geleidelijke dosisreductie op abstinentie van benzodiazepinegebruik.

In de wat oudere meta-analyse van Oude Voshaar et al. (2006, A2) van twee studies onder patiënten met langdurig benzodiazepinegebruik en een comorbide angststoornis werd een significant effect van imipramine (circa 190 mg/dag) op het stoppen met benzodiazepines gezien.

Er zijn geen studies gevonden over de medicamenteuze behandeling van stoornissen in gebruik van benzodiazepines bij patiënten met een comorbide depressieve stoornis.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 1:

- Het is waarschijnlijk dat farmacologische interventies in aanvulling op geleidelijke dosisreductie bij patiënten met een comorbide psychiatrische stoornis in het algemeen geen aanvullend effect hebben op het stoppen met het gebruik van benzodiazepines. Dit geldt in het bijzonder voor: buspiron, carbamazepine, captodiamine, paroxetine en cyamemazine.
- A1: Parr et al. (2008)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat imipramine bij patiënten met langdurig gebruik van een benzodiazepine en een comorbide (algemene) angststoornis een significant aanvullend effect heeft op geleidelijke dosisreductie (GDR) ten aanzien van het stoppen van de benzodiazepinemedicatie.
- A2: Rickels et al. (2000)

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- De professionals achten medicamenteuze behandeling van verslaving geïndiceerd als de patiënt geen of onvoldoende baat heeft bij de standaardbehandeling met cognitieve gedragstherapie plus motiverende gespreksvoering of psychosociale behandeling, dan wel als de patiënt erom vraagt, nadat deze hierover voorlichting heeft gekregen.
- Voor de behandeling van stoornissen in het gebruik van de drugs die onderwerp zijn van deze richtlijn zijn geen bewezen effectieve medicijnen beschikbaar en dus ook geen medicijnen geregistreerd. Het behoort niettemin tot de individuele vrijheid van de arts om een medicijn waarvoor wel enige wetenschappelijke evidentie is off label voor te schrijven. Goede voorlichting aan de patiënt en goede monitoring zijn daarbij van groot belang. Medicijnen die bewezen niet effectief zijn dienen niet voorgeschreven te worden.
- In het kader van verslaving en een comorbide psychotische stoornis wijzen de professionals op de geringe effectiviteit van clozapine voor wat betreft de verslavingproblematiek. Bij gebrek aan gunstige effecten op de verslaving van andere – zowel klassieke als atypische – neuroleptica, wordt de geringe evidentie voor een positief effect van clozapine op de verslaving door klinici nogal eens met beide handen aangegrepen als er sprake is van een comorbide psychotische stoornis.
- Volgens de professionals kan melatonine, mits goed gedoseerd en op de juiste wijze/tijd

ingenomen, effectief zijn in de behandeling van comorbide slaapstoornissen.

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

- Naar de mening van de ervaringsdeskundigen moeten zoveel mogelijk medicijnen voor de behandeling van verslaving beschikbaar blijven, waarbij ook rekening gehouden moet worden met de bijwerkingen. Een medicijn zou alleen afgeschreven moeten worden als er overtuigend bewijs is dat het medicijn niet werkt. In alle gevallen zou daarbij aan verwachtingenmanagement gedaan moeten worden: er moet niet gesuggereerd worden dat het medicijn je 'geneest' van je verslaving.
- Volgens sommige ervaringsdeskundigen wordt aan cliënten in de verslavingszorg meestal weinig uitleg gegeven over de mogelijkheden, werkzaamheid en eventuele nadelen van medicatie. Anderen vinden de uitleg over medicatie in de verslavingszorg – in tegenstelling tot die in de GGz – wél goed.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

11. Overige behandelingen gericht op reductie van drugsgebruik

Autorisatiedatum 26-02-2018 Beoordelingsdatum 26-02-2018

11.1 Overige behandelingen gericht op reductie van drugsgebruik

11.1.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen

Uitgangsvraag: Wat is er bekend over de effectiviteit van overige behandelingen die gericht zijn op reductie van het drugsgebruik?

Aanbevelingen

- Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van drugs kan een behandeling met Acceptance and Commitment Therapie (act) of op mindfulness gebaseerde terugvalpreventie (MBRP) overwogen worden.
- Het is aangetoond dat acupunctuur niet effectief is in de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen. Behandeling met acupunctuur wordt om deze reden ontraden.
- Gezien het ontbreken van bewijs van voldoende kwaliteit over de effectiviteit van Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), cognitieve trainingen (inclusief cognitieve bias modificatie) en neuromodulatie (EEG-neurofeedback, rTMS, tDCS, DSB) als behandeling van een stoornis in het gebruik van drugs, beveelt de werkgroep aan deze behandelingen alleen toe te passen in het kader van wetenschappelijk onderzoek.
- Het verdient aanbeveling om patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen tijdens hun behandeling te informeren over aanvullende zelfhulpmogelijkheden, waaronder zelfhulpgroepen waarin gebruik wordt gemaakt van de 12-stappen benadering.
- Gezien het ontbreken van bewijs van voldoende kwaliteit over de effectiviteit van ambulante 12-stappen behandeling in de professionele verslavingszorg, beveelt de werkgroep aan deze behandeling alleen te overwegen bij patiënten met een uitgesproken voorkeur voor deze behandeling.
- Gezien het ontbreken van bewijs van voldoende kwaliteit over de effectiviteit van klinische 12-stappen behandeling (Minnesota model), beveelt de werkgroep aan deze behandeling alleen te overwegen bij patiënten met een indicatie voor klinische behandeling en een uitgesproken voorkeur voor deze behandeling.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur.

11.1.2 Onderbouwing

De meest onderzochte psychologische behandelingen bij personen met een stoornis in het gebruik

van drugs zijn cognitieve gedragstherapie, motiverende gespreksvoering en op middelengebruik gerichte contingentie management. De evidentie voor deze interventies is in de voorgaande hoofdstukken over de behandeling van stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine en benzodiazepines uitgebreid aan de orde gekomen. Verschillende andere behandelingen die gericht zijn op reductie van het drugsgebruik zijn in de voorgaande hoofdstukken echter niet besproken, omdat die behandelingen niet of nauwelijks onderzocht zijn bij personen met een stoornis in het gebruik van de drugs die onderwerp zijn van deze MDR. De volgende 'overige' behandelingen worden in dit hoofdstuk besproken:

- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR);
- Acceptance and Commitment Therapy (act);
- Mindfulness;
- Cognitieve (werkgeheugen- of aandachts-) training;
- Acupunctuur;
- Neuromodulatie (neurofeedback; transcraniële magnetische stimulatie);
- Ambulante of Klinische (Minnesota Model) twaalfstappenbehandeling.

De in Overige behandelingen gericht op reductie van drugsgebruik gevonden en besproken studies hebben vrijwel allemaal primair betrekking op klinisch (symptomatisch) herstel en in de studies is niet systematisch onderzocht wat de effectiviteit van de interventies is op andere hersteldomeinen.

De onderbouwing is gebaseerd op bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur.

11.1.3 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

In onze literatuurstudie hebben wij gezocht naar studies die betrekking hadden op behandeling met EMDR die gericht was op het verminderen van craving of het voorkomen van terugval in het gebruik van middelen. Studies naar EMDR gericht op posttraumatische stressstoornis (al dan niet bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen) zijn dus buiten beschouwing gebleven.

In onze literatuurstudie vonden we 20 publicaties, waaronder één meta-analyse (niet relevant voor deze MDR), twee systematische reviews (niet relevant voor deze MDR), en drie studies die betrekking hadden op EMDR in de behandeling van stoornissen in het gebruik van middelen: alcohol, nicotine en opiaten+cocaïne. Vanwege het ontbreken van studies naar EMDR in de behandeling van stoornissen in het gebruik van de drugs die onderwerp zijn van deze MDR, worden de studies naar alcohol, nicotine en een kleine, niet-gecontroleerde studie naar opiaten+cocaïne hier voor de volledigheid besproken.

De drie laatstgenoemde studies, met in totaal 167 deelnemers, betroffen twee RCTs, waarvan één onder 109 volwassenen met een stoornis in het gebruik van alcohol in een behandelsetting,

Bron: Markus et al., 2015, 2016a.

en één bij 47 volwassenen met dagelijks tabaksgebruik in een laboratoriumsetting,

Bron: Markus et al., 2016b.

en een niet-gecontroleerde studie bij 11 opiaatafhankelijke patiënten met bijkomend cocaïnegebruik in een methadonbehandeling.

Bron: Cecero & Carroll, 2000.

Conclusie

Conclusie : Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende.

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van EMDR in de behandeling van stoornissen in het gebruik van drugs.
- A2: Markus et al. (2016a)
- B: Markus et al. (2016b)
- C: Cecero & Carroll (2000)

11.1.4 Acceptance and Commitment Therapy (act)

ACT is een behandelmethode waarin wordt gestreefd naar het verhogen van de psychologische flexibiliteit via een combinatie van acceptatie, mindfulness en op waarden gebaseerde therapeutische processen.

In onze literatuurstudie vonden we 79 artikelen, waaronder drie meta-analyses (één minder relevant, één in het Pools), vijf systematische reviews (twee niet relevant; één in het Frans), en zeven reviews (drie niet relevant; twee in andere taal dan Engels of Nederlands).

Voor het in kaart brengen van de effectiviteit van ACT werden de meest recente meta-analyse, van Lee et al. (2015), en een systematische review van De Groot et al. (2014) als uitgangspunt genomen.

In de meta-analyse van Lee et al. (2015) werd de effectiviteit van ACT vergeleken met verschillende

farmacologische en/of psychologische behandelingen op basis van 10 gerandomiseerde studies met 1.386 deelnemers (nicotine: 5 studies; opiaten: 2 studies; metamfetamine: 1 studie; polydruggebruik: 2 studies).

In de Nederlandstalige systematische review van De Groot en collega's (2014) werd eveneens de effectiviteit van ACT vergeleken met farmacologische of psychologische behandelingen bij verslaving. Van de 16 onderzochte studies, met in totaal 1.395 deelnemers, werd in 10 studies een gerandomiseerde opzet gebruikt. Eén RCT had betrekking op metamfetaminegebruikers en vijf 5 RCTs betroffen polydruggebruikers.

In de zes laatstgenoemde RCTs, onder in totaal 493 deelnemers, werd het effect van ACT vergeleken met cognitieve gedragstherapie (CGT),

Bron: Smout et al., 2010; González-Menéndez et al., 2014; Villagrà Lanza et al., 2014.

een wachtlijst,

Bron: Villagrà Lanza et al., 2013.

een methadonbehandeling en een behandeling met methadon plus 12-stappen behandeling,

Bron: Hayes et al., 2004.

en met treatment as usual (TAU).

Bron: Luoma et al., 2012.

Conclusie

Conclusie: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende.

Niveau 3:

- Er zijn aanwijzingen dat Acceptance and Commitment Therapy (act) effectief kan zijn in de behandeling van een stoornis in het gebruik van drugs.
- A1: Lee et al. (2015)
- A2: Luoma et al. (2012); Hayes et al. (2004)
- B: Smout et al. (2010); González-Menéndez et al. (2014); Villagrà Lanza en González-Menéndez (2013); Villagrà Lanza et al. (2014)

11.1.5 Mindfulness

Mindfulness is een aandachtsoefening en vorm van meditatie of training daarin waarbij men zich met nieuwsgierige aandacht en zonder automatische reacties bewust is van fysieke ervaringen, stemmingen, gevoelens en gedachten. Mindfulness kan als separate interventie worden toegepast of kan onderdeel uitmaken van een ACT of een DGT (dialectische gedragstherapie) behandeling.

In onze literatuurstudie vonden we 293 artikelen, waarvan zes meta-analyses (geen enkele relevant voor deze MDR), 24 systematische reviews (22 minder of niet relevant voor deze MDR) en 37 RCTs (32 niet relevant voor deze MDR; één studie betrof post hoc analyses van een RCT).

De meest recente systematische review, met twee daarin opgenomen RCTs bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen, werd als uitgangspunt genomen bij het beoordelen van de literatuur.

Chiesa en collega's (2014) voerden een systematische review uit naar de effectiviteit van mindfulness-based interventies (MBI) bij stoornissen in het gebruik van middelen. Er werden 24 artikelen in de systematische review geïnccludeerd. In 11 studies werden de effecten van de interventie op middelengebruik gerapporteerd die relevant zijn voor deze MDR (8 studies: polydrug+alcohol; 1 studie: cocaïne en opiaten; 1 studie: alcohol en/of cocaïne; 1 studie: metamfetamine), maar slechts twee hiervan waren gerandomiseerde studies.

Bron: Brewer et al., 2009; Bowen et al., 2009.

In de RCT van Brewer et al. (2009) bij 36 patiënten met een stoornis in het gebruik van drugs (voornamelijk alcohol- en/of cocaïneafhankelijkheid) werd mindfulness therapie vergeleken met CGT. In de studie van Bowen et al. (2009) onder 168 patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol, cocaïne en/of meerdere drugs werd mindfulness-based terugvalpreventie (MBRP) vergeleken met TAU.

Aanvullend aan deze studies vonden wij drie RCTs, die alle betrekking hadden op MBRP. In de studie van Bowen et al. (2014) onder 286 patiënten met voornamelijk polydrugsgebruik werd MBRP vergeleken met CGT-terugvalpreventie of TAU. Witkiewitz et al. (2014) onderzochten 105 vrouwelijke patiënten, met gebruik van voornamelijk metamfetamine, heroïne/opiaten, en cocaïne. In deze studie werd MBRP eveneens vergeleken met terugvalpreventie. In de RCT van Glasner et al. (2017) onder 63 patiënten met afhankelijkheid van cocaïne of metamfetamine werd MBRP vergeleken met gezondheidseducatie, beide in combinatie met contingentie management.

Conclusie

Conclusie: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende.

Niveau 3

- Er zijn aanwijzingen dat op mindfulness gebaseerde terugvalpreventie (MBRP) effectief is bij de behandeling van een stoornis in het gebruik van drugs.
- A2: Bowen et al. (2009); Bowen et al. (2014); Witkiewitz et al. (2014)
- B: Brewer et al. (2009); Glasner et al. (2017)

11.1.6 Cognitieve training

Cognitieve training (CT) is een methode om specifieke functies zoals geheugen, aandacht en dagelijks functioneren te trainen. Ook bij stoornissen in het gebruik van middelen worden cognitieve trainingen als interventie toegepast. In het onderstaande wordt ingegaan op het onderzoek naar cognitieve bias modificatie, response inhibitie training en werkgeheugentraining.

In onze literatuurstudie vonden we 79 artikelen, waarvan drie meta-analyses (één relevant voor deze MDR), één systematische review en 13 reviews (niet relevant voor deze MDR), en 21 RCTs (één relevant voor deze MDR). Eén meta-analyse en 1 RCT over cognitieve bias modificatie (CBM) en één RCT over werkgeheugentraining worden hier besproken.

In de meta-analyse van Cristea c.s. (2016) werden 25 RCTs geïncorporeerd waarin de effectiviteit van

CBM werd onderzocht bij personen met regelmatig middelengebruik of een stoornis in het gebruik van middelen: 18 trials richtten zich op alcoholgebruik en 7 trials op roken. Het totaal aantal deelnemers was 3175. In vijf studies betrof het een klinische onderzoekspopulatie en in 20 studies ging het om regelmatige gebruikers van alcohol of tabak buiten een behandelsetting. CBM werd aanvullend aan een (andere) actieve interventie aangeboden in 5 van de 25 RCTs, en de controleconditie bestond in 14 RCTs uit een actieve interventie.

Mayer et al. (2016) onderzochten in een RCT onder 37 patiënten met een stoornis in het gebruik van cocaïne het effect van aandachtsbias modificatie training, ten opzichte van een controletraining, op het cocaïnegebruik.

Rass en collega's (2015) voerden een gerandomiseerde studie uit naar het effect van werkgeheugentraining bij 73 patiënten met – naast opiaten – voornamelijk cocaïne-, cannabis- en/of benzodiazepinegebruik in een methadonbehandeling. In de studie werd werkgeheugentraining in oplopende moeilijkheidsgraad vergeleken met werkgeheugentraining van gelijkblijvende moeilijkheidsgraad.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende.

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van cognitieve bias modificatie (CBM) in de behandeling van een stoornis in het gebruik van middelen.
- A1 : Cristea et al. (2016)
- B: Mayer et al. (2016)

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van werkgeheugentraining in de behandeling van een stoornis in het gebruik van drugs.
- B: Rass et al. (2015)

11.1.7 Acupunctuur

Acupunctuur is een behandelmethode in de traditionele Chinese geneeskunde, waarbij naalden op zogenaamde acupunctuurpunten in het lichaam worden gestoken. Auriculaire acupunctuur gaat ervan uit dat bepaalde punten in het oor corresponderen met delen van het lichaam en bepaalde disharmonieën, zoals ongecontroleerd middelengebruik. In sham acupunctuur worden punten in het oor aangeprikt die niet geacht worden van invloed te zijn op middelengebruik.

In onze literatuurstudie vonden we 281 artikelen. Vanwege het grote aantal studies (waarvan vele niet relevant voor deze MDR) en de beschikbaarheid van een recente systematische review en meta-analyse naar de effectiviteit van acupunctuur bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van middelen, wordt de overige literatuur hier niet verder besproken.

Grant en collega's (2016) voerden een systematische review en meta-analyse uit naar de effectiviteit en veiligheid van acupunctuur bij stoornissen in het gebruik van middelen. Er werden 41 studies geïnccludeerd waarin traditionele acupunctuur met naalden als behandeling werd gegeven aan volwassenen met een afhankelijkheid van alcohol (11 studies), opiaten (13 studies), en cocaïne (8 studies); in 4 studies was er sprake van verschillende gebruikerspopulaties en bij 5 studies werd het type middel niet gerapporteerd. In totaal namen 5227 patiënten deel aan de studies. In de meeste RCTs werd auriculaire acupunctuur onderzocht; in de overige 9 studies ging het om 'Traditional Chinese Medicine' (TCM). De vergelijkingsbehandelingen bestonden uit TAU (7 RCTs), sham acupunctuur (19 RCTs), passieve interventies (7 RCTs) en actieve vergelijkingsbehandelingen (15 RCTs).

Conclusie

Conclusie: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende.

Niveau 1:

- Het is aangetoond dat acupunctuur niet effectief is in het verminderen van het gebruik van middelen bij personen met een stoornis in het gebruik van middelen.
- A1: Grant et al. (2016)

11.1.8 Neuromodulatie

Neuromodulatie is een methode om hersenactiviteit direct te beïnvloeden en zo (pathologisch) gedrag te veranderen. Er bestaan diverse methodes van neuromodulatie:

Transcraniële Direct Current Stimulation (tDCS) is een methode waarbij in de hersenen liggende celmembranen gestimuleerd worden door middel van een elektrische stroom. Bij Transcraniële Magnetische Stimulatie (TMS) wordt met een korte magneetpuls een stroom opgewekt in de hersenen, waarmee hersengebieden kunnen worden gestimuleerd. EEG biofeedback is een benadering waarbij de patiënt feedback krijgt over zijn/haar hersengolfactiviteit, die in de vorm van beelden, geluiden of trillingen voor de patiënt 'zichtbaar' wordt gemaakt, met als doel de hersenactiviteit te kunnen beïnvloeden. Bij fMRI-based neurofeedback wordt ook feedback gegeven over de activiteit in een bepaald hersengebied of netwerk met als doel controle over de

hersenenactiviteit te krijgen. Dit gebeurt via informatie over de hemodynamische responsen (het BOLD-signaal). Bij Deep Brain Stimulation (DBS) wordt een elektrode in een diep gelegen hersenstructuur geplaatst, waarna een of meerdere polen van de elektrode worden geactiveerd, zodat er continue elektrische signalen worden afgegeven in het gebied van de hersenen waar de elektrode is ingebracht.

In onze literatuurstudie vonden we 200 artikelen, waaronder 5 meta-analyses (geen enkele relevant voor deze MDR) en 77 (systematische) reviews (2 relevant voor deze MDR). Van deze twee reviews, van Spagnolo & Goldman (2016) naar neuromodulatie-interventies (met name tDCS, TMS en DBS) bij verslaving, en van Luigjes et al. (2013) zijn alleen de daarin opgenomen gerandomiseerde studies beoordeeld die relevant zijn voor deze MDR.

Terraneo en collega's (2016) onderzochten het effect van TMS op het gebruik van cocaïne bij 32 cocaïneafhankelijke patiënten, die werden gerandomiseerd naar een behandeling met herhaaldelijke TMS (rTMS) of een farmacologische behandeling. Scott et al. (2005) onderzochten de effectiviteit van EEG-biofeedback bij 121 polydruggebruikers (voornamelijk heroïne, crack-cocaïne en metamfetamine) in een verslavingsbehandeling. De patiënten werden gerandomiseerd naar een behandeling met 40-50 EEG-biofeedback sessies, in aanvulling op een klinische (Minnesota) 12-stappen behandeling of alleen de Minnesota behandeling.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende.

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat EEG-biofeedback als aanvulling op een klinische behandeling effectief kan zijn in het reduceren van het drugsgebruik bij patiënten met een stoornis in het gebruik van drugs.
- A2: Scott et al. (2005)

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van overige neuromodulatie-interventies in de behandeling van stoornissen in het gebruik van drugs.
- A1: Spagnolo & Goldman (2016); Luigjes et al. (2013)
- B: Terraneo et al. (2016)

11.1.9 Ambulante 12-stappen programma's

De 12-stappen benadering wordt zowel toegepast in instellingen in de verslavingszorg als in

zelfhulpgroepen, en bij zowel personen met alcoholgerelateerde als drugsgerelateerde problemen. In deze paragraaf wordt alleen ingegaan op de ambulante 12-stappen benadering bij drugsgerelateerde problemen.

In onze literatuurstudie vonden we 1584 artikelen, waaronder 27 meta-analyses (geen enkele relevant voor deze MDR) en 50 systematische reviews (1 review relevant voor deze MDR). Van deze review zijn alleen de vier daarin opgenomen gerandomiseerde studies beoordeeld die relevant zijn voor deze MDR.

Bogenschutz en collega's (2006) keken in hun review naar de 12-stappen benaderingen in de behandeling en het herstel van dubbele diagnose (DD) patiënten. De auteurs beschrijven veel studies waarin de uitkomsten onderzocht werden van 12-stappen programma's, maar constateerden dat de meeste studies teveel methodologische beperkingen hadden om conclusies te trekken over de effectiviteit van 12-stappen programma's.

In een gerandomiseerde studie onderzochten Triffleman et al. (2000) de effectiviteit van twee psychosociale behandelingen bij 19 patiënten met zowel een stoornis in het gebruik van middelen (naast opiaten vooral cocaïne) als een posttraumatische stress stoornis (PTSS) in een methadonprogramma. Zij werden gerandomiseerd naar een behandeling gericht op zowel het middelengebruik als de PTSS of naar een ambulante 12-stappen behandeling.

In de studie van McKay et al. (1997) werden 98 patiënten met cocaïne- en alcoholafhankelijkheid na afronding van een ambulante behandeling gerandomiseerd naar nazorg met standaard groeps counseling volgens de 12-stappen benadering of individuele terugvalpreventie.

Kingree & Thompson (2000) voerden een studie uit onder 114 patiënten met problematisch middelengebruik in een klinische behandeling. Zij werden gerandomiseerd naar een 12-stappen zelfhulpgroep of naar psycho-educatie.

In de eerder genoemde gerandomiseerde studie van Hayes et al. (2004) (zie [Acceptance and Commitment Therapy \(act\)](#)) werden de patiënten gerandomiseerd naar een behandeling met methadon plus 12-stappen behandeling of alleen methadon.

Conclusie

Conclusie: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende.

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van ambulante 12-stappen programma's in de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik

van drugs.

- A1 : Bogenschutz et al. (2006)
- A2: McKay et al. (1997); Hayes et al. (2004)
- B: Kingree & Thompson (2000)
- C: Triffleman et al. (2000)

11.1.10 Klinische 12-stappen behandeling

In deze paragraaf wordt alleen ingegaan op de klinische 12-stappen benadering (Minnesota model) bij drugsgerelateerde problemen.

In onze literatuurstudie vonden we 2576 artikelen, waaronder 13 meta-analyses en 43 systematische reviews, maar geen enkele relevant voor deze MDR.

In de review van Bogenschutz et al. (2006) die in de vorige paragraaf beschreven is, waren enkele RCTs opgenomen die betrekking hadden op klinische behandelingen met (onder andere) een 12-stappen programma. Twee RCTs uit deze review zijn relevant voor deze MDR (Burnam et al., 1995; Nuttbrock et al., 1998).

Burnam en collega's (1995) onderzochten bij 276 dakloze dubbele diagnose patiënten het effect van een residentiële behandeling, een dagbehandeling en een conditie zonder actief interventieaanbod. De twee actieve behandelingen bevatten onder andere een 12-stappen programma en deelname aan AA- of NA-zelfhulpgroepen. De meeste deelnemers gebruikten cocaïne, cannabis en/of kalmeringsmiddelen. In de studie van Nuttbrock et al. (1998) werd een behandeling in een therapeutische gemeenschap met geïntegreerd 12-stappen programma vergeleken met behandeling in een 'community residence'. Deelnemers waren patiënten met een dubbele diagnose die voornamelijk cocaïne en alcohol gebruikten. In de studie werden 694 patiënten gerandomiseerd, maar meer dan de helft van de patiënten begon niet met de behandeling.

Conclusie

Conclusie: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende.

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van klinische 12-stappen programma's in de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van drugs.
- B: Burnam et al. (1995)
- C: Nuttbrock et al. (1998)

12. Herstelondersteunende interventies

Autorisatiedatum 26-02-2018 Beoordelingsdatum 26-02-2018

12.1 Herstelondersteunende interventies

12.1.1 Uitgangsvraag en aanbevelingen

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van diverse herstelondersteunende interventies in de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen?

Aanbevelingen

- Het verdient aanbeveling om in de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen die dakloos zijn zorg te dragen voor snelle en stabiele huisvesting. Hierbij kan een werkwijze volgens het model van Housing First overwogen worden.
- In de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen die werkloos zijn en die de wens hebben om te participeren op de arbeidsmarkt dient 'Individuele Plaatsing en Steun' (IPS) als (aanvullende) interventie overwogen te worden.
- In de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen die andere participatiedoelen hebben kan de 'Individuele Rehabilitatie Benadering' (IRB) als (aanvullende) interventie overwogen worden.
- Het dient overwogen te worden om in de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen, naast of in aanvulling op de reguliere zorg, door ervaringsdeskundigen geleide herstelondersteunende interventies aan te bieden om zodoende het persoonlijk herstel van patiënten te bevorderen (vergroten van hoop, zelf-effectiviteit en empowerment) en mogelijk hun zorgbehoefte en middelengebruik te reduceren. Hierbij kunnen interventies als 'Herstellen Doe Je Zelf' of 'Wellness Recovery Action Plan' (WRAP) ingezet worden. Om deze interventies aan te kunnen bieden dienen ervaringsdeskundigen te worden aangesteld en opgeleid, en dienen zij ondersteund te worden bij de uitvoering van hun werkzaamheden.
- Bij volwassenen die (nog) geen professionele hulp zoeken voor problematisch middelengebruik kan overwogen worden om middels Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) de toeleiding naar de zorg van deze personen te bevorderen.
- Er is geen evidentie voor de effectiviteit van het werken met een crisiskaart en deze kan voor de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen daarom niet worden aanbevolen.
- Assertive Community Treatment (ACT) kan overwogen worden als behandeling bij het in zorg krijgen en in zorg houden van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen en ernstige psychiatrische comorbiditeit.
- Er is onvoldoende evidentie voor de effectiviteit van Assertive Community Treatment (ACT) en Flexibele Assertive Community Treatment (F-ACT) – ten aanzien van het reduceren van crisiscontacten of (niet) gedwongen opnames, noch ten aanzien van het verbeteren van symptomatologie of andere aspecten van herstel – om ACT of F-ACT aan te bevelen in de

behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen, al dan niet in combinatie met ernstige psychiatrische comorbiditeit.

- Bij de detoxificatie en behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen dient fysieke inspanning als aanvullende interventie overwogen te worden.
- Naar de mening van de werkgroep kunnen hiertoe ook andere vaktherapeutische interventies (muziektherapie, beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, psychomotore therapie) overwogen worden, ondanks het ontbreken van afdoende wetenschappelijke evidentie hiervoor.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande conclusies (=onderbouwing) en overige overwegingen.

12.1.2 Onderbouwing

De in de voorgaande hoofdstukken besproken interventies in de behandeling van stoornissen in middelengebruik waren bijna zonder uitzondering gericht op klinisch (symptomatisch) herstel en werden niet systematisch onderzocht op hun effectiviteit in de andere onderscheiden domeinen van herstel. In dit hoofdstuk bespreken we interventies die vooral gericht zijn op die andere hersteldomeinen, met name op het verbeteren van activiteiten en participatie (functioneel herstel) en op persoonlijk herstel.

Bij de keuze van de herstelondersteunende interventies die in dit hoofdstuk worden besproken, zijn wij uitgegaan van het overzicht van de Erkeningscommissie Interventies in de langdurige GGZ. We beperken ons tot de volgende interventies die relevant zijn voor de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen:

- Individuele Plaatsing en Steun (IPS)
- Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB)
- Crisiskaart
- Assertive Community Treatment (ACT) en Flexibele Assertive Community Treatment (F-ACT)
- Herstellen Doe Je Zelf
- Wellness Recovery Action Plan (WRAP)

Aanvullend worden drie herstelondersteunende interventies besproken die (nog) niet beoordeeld zijn door de Erkeningscommissie Interventies in de langdurige GGZ:

- Housing First
- Inzet van ervaringsdeskundigen (anders dan 'Herstellen Doe Je Zelf' en 'Wellness Recovery Action Plan')
- Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)
- Vaktherapeutische interventies.

Ten aanzien van deze interventies dient vooraf de kanttekening te worden geplaatst dat zij veelal zijn onderzocht in patiëntgroepen met een ernstige psychiatrische aandoening, waarbij overigens regelmatig sprake is van comorbide stoornissen in het gebruik van alcohol en/of drugs. De interventies zijn, met uitzondering van de Community Reinforcement Approach (CRA), niet systematisch onderzocht in patiëntpopulaties met een stoornis in het gebruik van middelen.

De Erkeningscommissie Interventies in de langdurige GGZ onderscheidt bij de beoordeling van

interventies vier niveaus van erkenning: Sterke aanwijzingen voor effectiviteit, goede aanwijzingen voor effectiviteit of eerste aanwijzingen voor effectiviteit, en goed onderbouwd.

De Erkenningscommissie Interventies in de langdurige GGZ onderscheidt bij de beoordeling van interventies vier niveaus van erkenning: Sterke aanwijzingen voor effectiviteit, goede aanwijzingen voor effectiviteit of eerste aanwijzingen voor effectiviteit, en goed onderbouwd.: Zie link voor het volledige overzicht en de onderbouwing.

[Meer informatie](#)

De gevolgde werkwijze bij de totstandkoming van die erkenningsniveau's wijkt af van de in deze MDR gevolgde werkwijze bij het beoordelen van de methodologische kwaliteit en bewijskracht van het onderzoek (zie [Beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek](#)) en bij het formuleren van onze conclusies met bijbehorende bewijskracht (zie [Formulering en bewijskracht van de conclusies](#)). De werkgroep heeft derhalve besloten om de studies die aan het oordeel van de Erkenningscommissie ten grondslag hebben gelegen, aangevuld met – voor zover beschikbaar – (later verschenen) relevante studies, te beoordelen volgens de procedure zoals gevolgd in deze MDR.

Onderbouwing bestaat uit de volgende onderdelen: wetenschappelijke kennis, professionele kennis en ervaringskennis.

12.1.3 Individuele Plaatsing en Steun (IPS)

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun (IPS) bij de (re-)integratie van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen op de reguliere arbeidsmarkt?

Individuele Plaatsing en Steun wordt door de Erkenningscommissie Interventies in de langdurige GGZ beoordeeld als een interventie met "sterke aanwijzingen voor effectiviteit".

Wij hebben gebruikgemaakt van de literatuur die ten grondslag lag aan de beoordeling van Individuele Plaatsing en Steun door de Erkenningscommissie Interventies in de langdurige GGZ, aangevuld met (later verschenen) relevante studies. Het betrof:

- 1 systematische Cochrane review en meta-analyse (Kinoshita et al., 2013)
- 1 narratieve review (Marshall et al., 2014)
- 8 RCTs, uitgevoerd in 6 landen, waaronder Nederland: Bond et al. (2015); Davis et al. (2012); Hoffmann et al. (2012, 2014); Michon et al. (2014); Twamley et al. (2012); Waghorn et al. (2014); Bejerholm et al. (2015); Oshima et al. (2014)
- 4 secundaire analyses van RCTs waarin de effectiviteit van IPS werd geanalyseerd onder patiënten met een comorbide stoornis in het gebruik van middelen: Rosenheck & Maris (2007); Razzano et al. (2005); Campbell et al. (2010); Mueser et al. (2011)

Conclusie

Conclusie: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 1:

- Het is aangetoond dat Individuele Plaatsing en Steun effectief is in het (re-)integreren op de reguliere arbeidsmarkt van personen met een ernstige psychiatrische aandoening. Er is echter geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in het (re-)integreren op de reguliere arbeidsmarkt van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen.
- A1: Kinoshita et al. (2013)
- A2: Marshall et al. (2014); Bond et al. (2015); Davis et al. (2012); Hoffmann et al. (2012, 2014); Michon et al. (2014); Twamley et al. (2012); Waghorn et al. (2014)
- B: Bejerholm et al. (2015); Oshima et al. (2014); Rosenheck & Maris (2007); Razzano et al. (2005); Campbell et al. (2010); Mueser et al. (2011)

12.1.4 Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB)

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van de Individuele Rehabilitatie Benadering in het ondersteunen van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen bij het formuleren en realiseren van participatie-doelen?

De Individuele Rehabilitatie Benadering wordt door de Erkeningscommissie Interventies in de langdurige GGZ beoordeeld als een interventie met "sterke aanwijzingen voor effectiviteit".

Wij hebben gebruikgemaakt van de literatuur die ten grondslag lag aan de beoordeling van Individuele Rehabilitatie Benadering door de Erkeningscommissie Interventies in de langdurige GGZ, aangevuld met (later verschenen) relevante studies. Het betrof:

- 4 RCTs, uitgevoerd in 3 landen, waaronder Nederland: Rogers et al. (2006); Swildens et al. (2011); Shern et al. (2000); Gigantesco et al. (2006)

Conclusie

Conclusie: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat de Individuele Rehabilitatie Benadering effectief is het ondersteunen van personen met een ernstige, langdurige beperking bij het formuleren en realiseren van participatiedoelen. Er is echter geen bewijs over de effectiviteit van de Individuele Rehabilitatie Benadering bij het ondersteunen van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen bij het formuleren en realiseren van participatiedoelen.
- A2: Rogers et al. (2006); Swildens et al. (2011)
- B: Shern et al. (2000); Gigantesco et al. (2006)

12.1.5 De Crisiskaart

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van het werken met een crisiskaart bij de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen?

De Crisiskaart wordt door de Erkenningscommissie Interventies in de langdurige GGZ beoordeeld als een interventie met "goede aanwijzingen voor effectiviteit".

Wij hebben gebruikgemaakt van de literatuur die ten grondslag lag aan de beoordeling van de Crisiskaart door de Erkenningscommissie Interventies in de langdurige GGZ, aangevuld met (later verschenen) relevante studies. Het betrof:

- 1 systematische Cochrane review en meta-analyse (Farrelly et al., 2013)
- 3 RCTs, uitgevoerd in 2 landen, waaronder Nederland: Borschmann et al. (2013); Thornicroft et al. (2013); Ruchlewska et al. (2014)

Conclusie

Conclusie: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 2:

- Het is waarschijnlijk dat het werken met een crisiskaart geen effect heeft op het reduceren van crisiscontacten of (niet) gedwongen opnames bij de behandeling van personen met een ernstige psychiatrische aandoening. Er is geen bewijs over de effectiviteit van het werken met een crisiskaart in de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen.
- A1: Farrelly et al. (2013)
- A2: Borschmann et al. (2013); Thornicroft et al. (2013); Ruchlewska et al. (2014)

12.1.6 Assertive Community Treatment (ACT)

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van Assertive Community Treatment (ACT) bij de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen?

Assertive Community Treatment wordt door de Erkeningscommissie Interventies in de langdurige GGZ beoordeeld als een interventie met "eerste aanwijzingen voor effectiviteit".

Wij hebben gebruikgemaakt van de literatuur die ten grondslag lag aan de beoordeling van de Assertive Community Treatment (ACT) door de Erkeningscommissie Interventies in de langdurige GGZ, aangevuld met (later verschenen) relevante studies. Het betrof:

- 1 systematische Cochrane review en meta-analyse (Dieterich et al., 2010)
- 4 RCTs, uitgevoerd in Nederland: Dekker et al. (2002); Sytema et al. (2007, 2014); Stobbe et al. (2014)
- de NICE Richtlijn voor de behandeling van patiënten met een dubbele diagnose (2016)
- 1 narratieve review naar ACT onder patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen: Fries & Rosen (2011)

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 3:

- Er zijn – op basis van in Nederland uitgevoerd onderzoek – enige aanwijzingen dat Assertive Community Treatment (ACT) effectiever is dan een standaardbehandeling wat betreft het in zorg krijgen en in zorg houden van patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening. Er zijn – eveneens op basis van in Nederland uitgevoerd onderzoek – enige aanwijzingen dat Assertive Community Treatment (ACT) niet effectiever is dan een standaardbehandeling in het reduceren van (niet) gedwongen opnames en opnameduur, of in het bevorderen van verschillende aspecten van het herstelproces van deze patiënten.
- A2: Sytema et al. (2007, 2014); Stobbe et al. (2014)
- B: Dekker et al. (2002)

Niveau 2:

- Er zijn aanwijzingen dat Assertive Community Treatment (ACT), in vergelijking met standaard case management, niet effectiever is in het reduceren van middelengebruik bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen en een comorbide psychiatrische stoornis.
- A1: NICE (2016)

- B: Fries & Rosen (2011)

12.1.7 Flexibele Assertive Community Treatment (F-ACT)

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van Flexibele Assertive Community Treatment (F-ACT) bij de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen?

Flexibele Assertive Community Treatment wordt door de Erkeningscommissie Interventies in de langdurige GGZ beoordeeld als een interventie met "eerste aanwijzingen voor effectiviteit".

Wij hebben gebruikgemaakt van de literatuur die ten grondslag lag aan de beoordeling van de Flexibele Assertive Community Treatment (F-ACT) door de Erkeningscommissie Interventies in de langdurige GGZ, aangevuld met (later verschenen) relevante studies. Het betrof:

- 6 observationele studies, op één na allemaal uitgevoerd in Nederland: Bak et al. (2008); Drukker et al. (2008, 2011, 2013); Firn et al. (2013); Nugter et al. (2015)
- 1 narratieve review en bespreking van bovengenoemde studies: Nordén & Norlander (2014); plus een reactie van Van Veldhuizen et al. (2015) en respons van Norlander & Nordén, (2015)

Conclusie

Conclusie: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van Flexibele Assertive Community Treatment (F-ACT) in de behandeling van personen met een ernstige psychiatrische aandoening in hun herstelproces. Er is geen bewijs over de effectiviteit van Flexibele Assertive Community Treatment (F-ACT) in het herstelproces van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen.
- A2: Nordén & Norlander (2014)
- B: Bak et al. (2008); Drukker et al. (2008, 2011, 2013); Firn et al. (2013); Nugter et al. (2015)

12.1.8 Inzet ervaringsdeskundigen – Peer Support

In onze literatuursearch vonden wij:

- 1 systematische review en meta-analyse die betrekking had op de inzet van ervaringsdeskundigen in de behandeling van patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening.
- 3 systematische reviews die betrekking hadden op de inzet van ervaringsdeskundigen in de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen.

Tevens bespreken wij twee specifieke interventies waarbij sprake is van de inzet van opgeleide ervaringsdeskundigen als trainers/facilitators: 'Herstellen doe je zelf' en 'Wellness Recovery Action Plan'.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 3:

- Gezien de diversiteit in de wijze waarop ervaringsdeskundigen worden betrokken bij de behandeling van personen met een ernstige psychiatrische aandoening en de methodologische beperkingen van de studies, kan geen uitspraak worden gedaan over de effectiviteit van de inzet van ervaringsdeskundigen.
- A1: Lloyd-Evans et al. (2014)

Niveau 3:

Gezien de diversiteit in de wijze waarop ervaringsdeskundigen worden betrokken bij de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen, kan geen algemene uitspraak worden gedaan over de effectiviteit van het inzetten van ervaringsdeskundigen.

Niveau 3:

- Op basis van de drie besproken reviews kan – ondanks methodologische beperkingen van de geïnccludeerde studies – wel worden geconcludeerd dat er aanwijzingen zijn dat de inzet van ervaringsdeskundigen in herstelondersteunende interventies, naast of in aanvulling op de reguliere zorg, een positief effect kan hebben op de behandelretentie en de behandelrelatie, alsmede op middelengebruik, terugval en tevredenheid.
- A2: Bassuk et al. (2016); Reif et al. (2014); Tracy & Wallace (2016)

12.1.9 Inzet ervaringsdeskundigen – Herstellen doe je zelf

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van de door ervaringsdeskundigen geleide training 'Herstellen doe je zelf' bij de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen?

'Herstellen doe je zelf' wordt door de Erkeningscommissie Interventies in de langdurige GGZ beoordeeld als een interventie met "eerste aanwijzingen voor effectiviteit".

Wij hebben gebruikgemaakt van de literatuur die ten grondslag lag aan de beoordeling van

'Herstellen doe je zelf' door de Erkeningscommissie Interventies in de langdurige GGZ en hebben geen andere (later verschenen) relevante studies gevonden. Het betrof:

- 1 RCT, uitgevoerd in Nederland: Van Gestel-Timmermans et al. (2012)

Conclusie

Conclusie: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat de door ervaringsdeskundigen geleide training 'Herstellen doe je zelf' effectief is bij de behandeling van personen met een ernstige psychiatrische aandoening in het vergroten van de empowerment, hoop en zelf-effectiviteit. Er is echter geen bewijs voor de effectiviteit van de training 'Herstellen doe je zelf' in het herstelproces van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen.
- A2: Van Gestel-Timmermans et al. (2012)

12.1.10 Inzet ervaringsdeskundigen – Wellness Recovery Action Plan (WRAP)

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van de door ervaringsdeskundigen geleide Wellness Recovery Action Plan bij de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen?

Wellness Recovery Action Plan wordt door de Erkeningscommissie Interventies in de langdurige GGZ beoordeeld als een "goed onderbouwde" interventie.

Wij hebben gebruikgemaakt van de literatuur die ten grondslag lag aan de beoordeling van Wellness Recovery Action Plan (WRAP) door de Erkeningscommissie Interventies in de langdurige GGZ en hebben geen andere (later verschenen) relevante studies gevonden. Het betrof:

- 2 RCTs, beiden uitgevoerd door dezelfde onderzoeksgroep buiten Nederland: Cook et al. (2012, 2013)

Conclusie

Conclusie: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 3:

- Er zijn enige aanwijzingen dat het door ervaringsdeskundigen geleide Wellness Recovery Action Plan (WRAP) effectief is bij de behandeling van personen met een ernstige psychiatrische aandoening in termen van zowel symptomatisch en persoonlijk herstel en kwaliteit van leven, als in afname van zorgbehoefte en zorgconsumptie. Er is echter geen bewijs over de effectiviteit van de Wellness Recovery Action Plan (WRAP) in het bevorderen van het herstelproces van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen.
- A2: Cook et al. (2012, 2013)

12.1.11 Housing First

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van Housing First bij de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen, die niet beschikken over stabiele huisvesting?

In onze literatuursearch vonden wij:

- meerdere narratieve reviews, waarvan 2 recente: Groton (2013); Rog et al. (2014)
- 4 RCTs, uitgevoerd in de Verenigde Staten (Tsemberis et al., 2014; Stefancic & Tsemberis, 2007) en Canada (Stergiopoulis et al., 2015; Aubry et al., 2015a, 2016)
- 3 secundaire analyses van RCTs waarin de effectiviteit van Housing First werd geanalyseerd onder patiënten met een comorbide stoornis in het gebruik van middelen: Palepu et al. (2013); Kirst et al. (2015); Somers et al. (2015)

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 2:

- Het is waarschijnlijk dat Housing First effectief is in het verbeteren van de woonsituatie van

patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening die dakloos zijn.

- A2: Stergiopoulos et al. (2015); Aubry et al. (2015a, 2016); Tsemberis et al. (2004)
- B: Stefancic & Tsemberis (2007)

Niveau 3:

- Er zijn aanwijzingen dat Housing First ook effectief is in het verbeteren van de woonsituatie van patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening die dakloos zijn en bij wie tevens sprake is van een comorbide stoornis in het gebruik van alcohol of andere middelen.
- B: Palepu et al. (2013)

Niveau 2:

- Er zijn aanwijzingen dat Housing First niet effectiever is dan de gebruikelijke voorzieningen voor daklozen in het reduceren van het gebruik van alcohol en/of andere middelen bij personen die voorheen dakloos waren.
- A2: Stergiopoulos et al. (2015); Tsemberis et al. (2004)
- B: Kirst et al. (2015); Somers et al. (2015)

12.1.12 Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van de Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) bij het toeleiden naar de zorg van personen met problematisch middelengebruik?

De Community Reinforcement Approach voor volwassenen (CRA) en adolescenten (A-CRA) is in de hoofdstukken over cannabis en cocaïne reeds aan de orde gekomen. In deze paragraaf wordt ingegaan op één van de varianten van CRA: de Community Reinforcement and Family Training (CRAFT). CRAFT is ontwikkeld om de toeleiding naar de zorg te bevorderen van personen met problematisch middelengebruik die (nog) niet gemotiveerd zijn om daarvoor hulp te zoeken. CRAFT richt zich daarbij primair op de partners en andere belangrijke betrokkenen van de patiënt.

In onze literatuursearch vonden wij 2 systematische reviews en meta-analyses van CRAFT.

Bron: Roozen et al., 2010; Meis et al., 2013.

Conclusie

Conclusie: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 2:

- Er zijn aanwijzingen dat de Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) de toeleiding naar de zorg bevordert van personen met problematisch middelengebruik, die (nog) niet gemotiveerd zijn om daarvoor hulp te zoeken.
- A1: Roozen et al. (2010); Meis et al. (2013)

12.1.13 Vaktherapeutische behandeling

Uitgangsvraag: Wat is de toegevoegde waarde van vaktherapeutische interventies (beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie, fysieke inspanning en psychomotorische therapie) aan het behandelresultaat bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen?

In onze literatuursearch vonden wij 2 systematische reviews en meta-analyses en 2 systematische reviews.

Bron: Smit et al., 2015; Mays et al., 2008.

Wij vonden geen studies van voldoende kwaliteit die niet waren opgenomen in deze reviews of meta-analyses of die later zijn verschenen.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Op basis van de beschikbare literatuur concluderen wij het volgende:

Niveau 3:

- Er zijn enige aanwijzingen dat fysieke inspanning (physical exercise) als aanvulling op een onderliggende behandeling effectief is in het verminderen van onthoudingsverschijnselen en in het bewerkstelligen van abstinentie aan het eind van de behandeling bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen.
- A1: Wang et al. (2014); Smit et al. (2015)

Niveau 3:

- Er zijn enige aanwijzingen dat muziektherapie als aanvulling op een onderliggende behandeling effectief is in het reduceren van psychiatrische symptomen en het functioneren bij patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis. Er is echter geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te

doen over de effectiviteit van muziektherapie als aanvulling op een onderliggende behandeling bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen.

- A1: Gold et al. (2009); Smit et al. (2015)
- B: Mays et al. (2008)

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van overige vaktherapeutische interventies (beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, psychomotore therapie) bij de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen.
- A1: Smit et al. (2015)

12.1.14 Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

- ‘Nieuwe’ psychosociale behandelingen als mindfulness, Acceptance and Commitment Therapie (act), Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Assertive Community Treatment (ACT) en ook behandeling volgens het al lang bestaande Minnesota model hebben in de context van een verslavingsbehandeling volgens de professionals een onvoldoende duidelijke theoretische of klinisch aangetoonde onderbouwing en zouden pas ingezet moeten worden als de patiënt geen of onvoldoende baat heeft bij de standaardbehandeling met CGT, dan wel als aanvulling op de standaardbehandeling.
- In de behandeling dient volgens de professionals expliciete aandacht te zijn voor a-specifieke factoren, waaronder de therapeutische relatie en de keuze en wensen van de patiënt. Aandacht voor deze factoren heeft een positief effect op de behandeluitkomst.
- De professionals zijn van mening dat een klinische opname voor detoxificatie of vervolgbehandeling, wanneer noodzakelijk, zo kort mogelijk dient te zijn. De patiënt dient zoveel mogelijk in zijn/haar eigen leefomgeving behandeld te worden, om te kunnen leren omgaan met zucht en andere risicosituaties die kunnen leiden tot terugval. Daarvoor is wél een zodanige mate van controle over het middelengebruik vereist dat de patiënt cognitief in staat is om voldoende van een behandeling te leren. Als dat niet het geval is, zal de patiënt zo goed mogelijk in een abstinente omgeving moeten worden getraind in terugvalpreventietechnieken. Buiten het omgaan met risico's is het van belang dat in de leefomgeving van de patiënt alternatieve activiteiten en bekrachtigers ontwikkeld worden, bijvoorbeeld met behulp van de Community Reinforcement Approach (CRA).
- De meeste professionals zijn van mening dat in de richtlijn – naast psychiatrische comorbiditeit – ook aandacht moet zijn voor behandeldoelen die niet (noodzakelijk) op abstinentie zijn gericht, en voor herstel(-ondersteunende zorg) op andere domeinen, waaronder de Community Reinforcement Approach (CRA), Individuele Plaatsing en Steun (IPS), Housing First en bijvoorbeeld fysieke inspanning (physical exercise).

12.1.15 Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

- De ervaringsdeskundigen zijn unaniem van mening dat behandeling in de verslavingszorg (of algemene GGz) slechts een klein onderdeel uitmaakt van het herstelproces. Dit geldt zowel voor de rol van eerdere behandelingen die de cliënt ontvangen heeft, als voor de rol van behandeling in de periode dat de cliënt actueel in zorg is. Therapie kan de cliënt ondersteunen, maar de belangrijkste factor in het herstelproces is de cliënt zélf. Een verslaving is bovendien onderdeel van een veel bredere geschiedenis van de persoon. Het belang van het 'zorgstukje' in het leven en herstelproces van de cliënt zou om deze redenen gerelativeerd moeten worden.
- Tijdens de detoxificatie moet de cliënt, wanneer nodig, gestimuleerd worden om de regie over zijn herstelproces te (her)nemen. De motivatie die de cliënt voorafgaand aan en tijdens de detoxificatie heeft om af te kicken, moet gebruikt worden om zijn/haar motivatie voor de vervolgbehandeling die aansluitend aan de detoxificatie plaatsvindt, te voeden, bestendigen en versterken. Dit geldt voor zowel ambulante als klinische detoxificatie.
- Wanneer een cliënt voor detoxificatie opgenomen wordt, is het van belang dat hij/zij voldoende activiteiten krijgt aangeboden, niet alleen om verveling te voorkomen, maar ook om gezamenlijk met andere opgenomen cliënten activiteiten te ondernemen die zinvol zijn (bijvoorbeeld meer bewegen) en waarmee zij zich onderling verbonden kunnen voelen.
- De ervaringsdeskundigen merken op dat een attitude waarin de behandelaar de cliënt louter benadert als verslaafde en niet als mens met een verslavingsprobleem cliënten niet stimuleert om naar zichzelf te kijken en vertrouwen te krijgen in de behandelaar: 'Als je wordt behandeld als verslaafde en niet als mens, ga je je ook gedragen als verslaafde'. Een behandelaar moet juist de menselijke kant van de cliënt aanspreken.
- Er kan in de verslavingszorg volgens de ervaringsdeskundigen veel meer een brug worden geslagen tussen enerzijds de behandeling en anderzijds peer support en zelfhulpgroepen. Lotgenoten, ervaringsdeskundigen en zelfhulpgroepen zijn in de behandeling misschien wel minstens zo belangrijk of zelfs belangrijker dan behandelaren.
- Ervaringsdeskundigen kunnen ook als co-therapeut fungeren en houden de behandelaren scherp. Zij moeten echter zelf ook scherp blijven, om te voorkomen dat zij zelf als behandelaar gaan optreden. De ervaringsdeskundigen pleiten ervoor dat de inzet van ervaringsdeskundigen/peer support in de behandeling vergoed moet worden, zoals aangegeven in het document "Dbc-beroepentabel voor het dbc-pakket 2017 ggz" van de Nederlandse Zorgautoriteit.
- De ervaringsdeskundigen merken op dat er onder behandelaren nogal eens angst bestaat om de controle over de behandeling te verliezen wanneer een cliënt – naast zijn behandeling bij de instelling – naar een zelfhulpgroep gaat: 'Wat wordt daar gedaan en afgesproken?'. Onder de ervaringsdeskundigen in de focusgroep wordt wisselend gedacht over de mate waarin behandelaren, ervaringsdeskundigen en anderen (bijvoorbeeld zelfhulpgroepen) die bij de behandeling betrokken zijn onderling informatie zouden moeten uitwisselen over de behandeling van de cliënt. Volgens sommigen is het, onder andere omwille van de zorgvuldigheid, belangrijk dat zo veel mogelijk informatie wordt uitgewisseld; volgens anderen is dat niet noodzakelijk.
- In het algemeen zou er volgens de ervaringsdeskundigen meer diversiteit moeten zijn in het behandel aanbod in de verslavingszorg. Zij noemen in dit verband onder andere het opstellen van een crisissignaleringsplan, het gelijktijdig stoppen met roken als onderdeel van de behandeling, het grote belang van hoop, zingeving en existentiële vragen in de behandeling en het herstelproces, en het inzetten van WRAP-teams in de behandeling (Wellness Recovery Action Plan) om cliënten te helpen invulling te geven aan hun herstelplan.
- Klinische behandeling zonder goede ambulante vervolgbehandeling is volgens de

ervaringsdeskundigen geen (goede) behandeling. Goede behandeling veronderstelt dat er ook goede en doorlopende nazorg/monitoring wordt geboden. Verpleegkundigen of ervaringsdeskundigen of hulpverleners in de generalistische basis-GGz zouden daarbij een belangrijke rol kunnen spelen.

- De ervaringsdeskundigen vinden dat er in de verslavingszorg onvoldoende aandacht wordt besteed aan sociale aspecten, waaronder huisvesting en schulden. Ondersteuning bij het verkrijgen en behouden van huisvesting, schuldsanering en een zinvolle dagbesteding zijn wezenlijk onderdeel van herstelondersteunende zorg. Veel verslavingszorginstellingen hebben wel een link met bijvoorbeeld de Sociale Dienst, maar de rol van de gemeente is daarin steeds groter geworden. Er is nu steeds vaker sprake van een scheiding tussen enerzijds de verslavingszorg en GGz en anderzijds het maatschappelijk werk.

12.1.16 Overwegingen

- De werkgroep wil benadrukken dat de besproken herstelondersteunende interventies veelal niet primair gericht waren op klinisch of symptomatisch herstel, en dat de focus van deze interventies veel meer gericht was op het herstel van 'activiteiten en participatie' of op het bevorderen van (deelaspecten van) persoonlijk herstel. Tevens dient bedacht te worden dat de herstelondersteunende interventies veelal zijn onderzocht in vergelijking tot een actieve comparator of in aanvulling op of naast een reeds (gedeeltelijk) effectieve behandeling van stoornissen in het gebruik van middelen.
- De werkgroep heeft bij de beoordeling van de herstelondersteunende interventies dezelfde procedures gevolgd als bij de beoordeling van de farmacologische en psychologische interventies in de middelenspecifieke hoofdstukken. Tegelijkertijd is de werkgroep zich ervan bewust dat het onderzoek naar de effectiviteit van herstelondersteunende interventies relatief nieuw en in ontwikkeling is.
- Gezien de voorgaande overwegingen is de werkgroep van mening dat bij het komen tot aanbevelingen ten aanzien van herstelondersteunende interventies, naast de wetenschappelijke evidentie en 'practice based' evidentie, tevens in overweging genomen dient te worden dat herstel van 'activiteiten en participatie' en het bevorderen van persoonlijk herstel belangrijke pijlers zijn in het herstelproces van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen.
- Momenteel wordt in Nederland een gerandomiseerde studie uitgevoerd naar de effectiviteit en kosten-effectiviteit van de Individuele Rehabilitatie Benadering, waarvan de resultaten nog niet beschikbaar zijn.
- De werkgroep is van mening dat er sprake is van een vaktherapeutische interventie wanneer deze wordt uitgevoerd door professionals die methodisch gebruikmaken van een ervaringsgerichte werkwijze.
- De werkgroep is van mening dat er in de praktijk van de zorg enige aanwijzingen zijn dat vaktherapeutische interventies een positief effect kunnen hebben op de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen. Patiënten (in met name klinische settings) geven aan baat te hebben bij vaktherapieën, in termen van hun persoonlijk herstel. Bovendien ondersteunen de vaktherapieën patiënten bij het omgaan met en het non-verbaal uiten van hun emoties.

13. Addendum stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen

Autorisatiedatum 26-02-2018 Beoordelingsdatum 26-02-2018

13.1 Inleiding

Het addendum “Stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen” is een integraal onderdeel van de multidisciplinaire richtlijn (MDR) “Stoornissen in het gebruik van Drugs: Cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines” (kortweg MDR Drugs). Dit addendum richt zich op de generieke aspecten van de zorg aan patiënten met (een) stoornis(sen) in middelengebruik (met name cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines) in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen. Daarbij wordt aandacht besteed aan de volgende thema’s: prevalentie, diagnostiek, behandeling en herstel.

Binnen de MDR Alcohol, de MDR Opiaten en de MDR Drugs wordt reeds enige aandacht besteed aan de frequent aanwezige psychiatrische comorbiditeit. De beschrijving daarvan is echter niet systematisch en enigszins gefragmenteerd, omdat de MDRen primair focussen op de stoornissen in het gebruik van een bepaald middel. Dit addendum wil tegemoet komen aan de sterke behoefte vanuit de praktijk om handvatten voor de behandeling van patiënten met de combinatie van een stoornis in gebruik van een middel en andere psychiatrische stoornissen.

Als vervolg op het advies van ZiN over de Nederlandse verslavingszorg heeft het Netwerk KwaliteitsOntwikkeling (NKO) de opdracht gekregen zorgstandaarden voor verslavingszorg te ontwikkelen. Voor de middelen alcohol en opiaten is reeds een MDR beschikbaar. Deze reeds beschikbare MDRen zijn in opdracht van het NKO doorontwikkeld tot zorgstandaarden. Ook de MDR Drugs, inclusief dit addendum, kan doorontwikkeld worden tot een zorgstandaard.

De opdracht vanuit het NKO ten aanzien van het addendum psychiatrische comorbiditeit betreft een algemene beschrijving van behandelaspecten van een stoornis in middelengebruik met psychiatrische comorbiditeit. Hierbij is nadrukkelijk de wens uitgesproken om niet te komen tot een richtlijn per specifieke combinatie van middelengebruik en bepaalde psychiatrische co-morbide stoornissen. Waar echter rond specifieke combinaties van deze stoornissen reeds duidelijke conclusies en aanbevelingen in erkende richtlijnen te vinden zijn, wordt daarnaar gerefereerd en worden de belangrijkste conclusies en aanbevelingen aangehaald. Binnen dit addendum zal niet specifiek aandacht worden besteed aan preventie van psychiatrische comorbiditeit bij stoornissen in het gebruik van een middel.

Hoofdstukindeling van het addendum “Stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen”

[Epidemiologie van de combinatie van stoornissen in het gebruik van middelen en andere](#)

[psychiatrische stoornissen](#) gaat in op de aard en het voorkomen van psychiatrische comorbiditeit bij stoornissen in gebruik van middelen. Hierbij wordt eerst ingegaan op de aard van de samenhang tussen de verschillende psychiatrische stoornissen in termen van causaliteit. Bij de beschrijving van de prevalentie wordt vooral gebruikgemaakt van Europese epidemiologische gegevens, waar mogelijk aangevuld met gegevens uit Nederlands onderzoek.

[Screening en diagnostiek bij patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel en een comorbide andere psychiatrische stoornis](#) betreft algemene uitgangspunten bij de diagnostiek van psychiatrische comorbiditeit bij stoornissen in het gebruik van middelen. In deze hoofdstukken wordt geen gebruik gemaakt van de Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling (EBRO) methodiek, vanwege het meer beschrijvende karakter van deze hoofdstukken. Er is geen aanvullend systematisch literatuuronderzoek verricht gericht op epidemiologie en diagnostiek.

In [Algemene aspecten bij de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel en een comorbide andere psychiatrische stoornis](#) en [Specifieke psychiatrische stoornissen en stoornissen in middelengebruik](#) staat de behandeling van de combinatie van een stoornis in het gebruik van middelen met psychiatrische comorbiditeit centraal. In [Algemene aspecten bij de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel en een comorbide andere psychiatrische stoornis](#) worden algemene aspecten bij de behandeling beschreven op basis van een systematische evaluatie van de beschikbare literatuur (EBRO-methodiek). In [Specifieke psychiatrische stoornissen en stoornissen in middelengebruik](#) wordt ingegaan op specifieke combinaties van stoornissen in het gebruik van middelen en psychiatrische comorbiditeit en wordt steeds verwezen naar conclusies en aanbevelingen uit bestaande richtlijnen. Vanwege de beperkte scope van dit addendum is hier geen aanvullende systematische evaluatie van de literatuur verricht.

13.2 Epidemiologie van de combinatie van stoornissen in het gebruik van middelen en andere psychiatrische stoornissen

13.2.1 Theoretische achtergrond van psychiatrisch comorbiditeit bij stoornissen in middelengebruik

Met psychiatrische comorbiditeit bij stoornissen in het gebruik van middelen wordt bedoeld dat binnen een individu tegelijkertijd sprake is van een stoornis in het gebruik van middelen en van een andere psychiatrische stoornis. In het Nederlands taalgebied wordt hiervoor ook vaak de term dubbele diagnose gebruikt. Voor dit addendum houden we de definitie van de WHO (2010) aan, zoals hierboven beschreven. De termen “psychiatrische comorbiditeit bij een stoornis in het gebruik van middelen” en “stoornis in het gebruik van middelen met comorbide andere psychiatrische stoornis” worden daarbij door elkaar gebruikt.

Wanneer een stoornis in gebruik van middelen gelijktijdig voorkomt met een andere psychiatrische stoornis is een relevante vraag hoe beide stoornissen causaal samenhangen en wat de impact is van deze combinatie van stoornissen (o.a. voor de zorg voor deze patiënten). In dit hoofdstuk zullen we eerst ingaan op de eerste vraag. De consequenties voor de zorg worden in de latere hoofdstukken besproken.

De samenhang tussen een stoornis in gebruik van middelen en een andere psychiatrische stoornis

kan op drie manieren verklaard worden:

1. Toeval: hierbij komen beide stoornissen toevalligerwijze bij eenzelfde individu op hetzelfde moment voor.
2. Selectie bias: hierbij lijken beide stoornissen vaker tegelijkertijd bij individuen voor te komen komen doordat mensen met beide stoornissen bijvoorbeeld vaker in zorg komen of anderszins vaker in beeld komen. De combinatie lijkt dan vaker voor te komen dan wanneer in een aselechte representatieve steekproef naar de combinatie van beide stoornissen gekeken zou worden.
3. Causaliteit: hierbij is er een oorzakelijk verband tussen het voorkomen van beide stoornissen bij een individu. Er bestaan verschillende mogelijkheden voor causaliteit:
4. Directe causaliteit: de aanwezigheid van de ene aandoening is de directe oorzaak voor de andere aandoening. In het geval van stoornissen in het gebruik van middelen en psychiatrische comorbiditeit kan de causaliteit twee richtingen op gaan.
5. Gedeelde risicofactoren: risicofactoren voor de ene aandoening hangen samen of overlappen met risicofactoren voor de andere aandoening, waardoor beide aandoeningen vaak samen voorkomen.
6. Ketenrisicofactoren: de aandoening die voortvloeit uit bepaalde risicofactoren veroorzaakt op zichzelf weer risicofactoren voor de andere aandoening, waardoor beide aandoeningen uiteindelijk vaker samen voorkomen.
7. Derde aandoening: het gelijktijdig voorkomen van beide aandoeningen is het gevolg van de aanwezigheid van een derde aandoening die beide veroorzaakt.
8. Verergering of psychoplastie: de ene aandoening veroorzaakt een ernstiger verloop van de andere aandoening, waardoor ze langduriger samen bestaan.

Binnen de huidige systematiek van classificeren in Nederland middels de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) wordt niet gekeken naar de samenhang tussen twee of meer vastgestelde stoornissen en wordt de aanwezigheid van de ene stoornis niet gebruikt om de aanwezigheid van een andere stoornis uit te sluiten. Hierdoor kunnen verschillende stoornissen naast elkaar worden vastgesteld, zonder dat duidelijk is hoe deze stoornissen met elkaar samenhangen, of er daadwerkelijk sprake is van verschillende ziekte-entiteiten en wat de focus van de behandeling zou moeten zijn.

Specifiek voor de combinatie van een stoornis in gebruik van middelen met een andere psychiatrische stoornis is dat acute en chronische effecten van middelengebruik sterk kunnen lijken op symptomen van een andere psychiatrische stoornis. De overlap tussen symptomen van intoxicatie en onthouding (acuut en chronisch) compliceren dan ook de classificatie van psychiatrische comorbiditeit bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen. Er kan immers sprake zijn van een middelen-geïnduceerd psychiatrisch beeld of van een primaire psychiatrische comorbide stoornis.

Binnen de DSM-systematiek kan een comorbide stoornis als primaire psychiatrische stoornis worden overwogen indien:

Bron: American Psychiatric Association, 2013.

1. De comorbide psychiatrische symptomen ernstiger zijn dan op basis van het type middelengebruik verwacht kan worden.
2. In de voorgeschiedenis de comorbide psychiatrische symptomen aanwezig waren buiten periodes van middelengebruik.
3. De comorbide psychiatrische symptomen begonnen voorafgaand aan het middelengebruik.
4. De comorbide psychiatrische symptomen persisteren na staken van middelengebruik (doorgaans langer dan 1 maand).

Wanneer comorbide psychiatrische symptomen voldoen aan de criteria van een psychiatrische stoornis, maar niet wordt voldaan aan bovengenoemde voorwaarden, kan sprake zijn van middelengeïnduceerde psychiatrische comorbiditeit indien de psychiatrische symptomen zich uitsluitend voordoen tijdens een periode van gebruik (tot vier weken daarna), de comorbide psychiatrische symptomen passen bij de effecten van het middel en deze symptomen ernstiger zijn dan de te verwachten fysiologische effecten van het middel (of de onthouding daarvan).

Wanneer sprake is van een primaire comorbide psychiatrische stoornis, kunnen nog altijd verschillende vormen van causaliteit een rol spelen. Zo is het mogelijk dat de primaire psychiatrische stoornis het risico op middelengebruik verhoogt. In deze context wordt vaak gesproken over de zogenaamde “zelfmedicatie hypothese”. Hierbij gebruikt een patiënt de medicatie om om te kunnen gaan met (de gevolgen van) de primaire psychiatrische stoornis. Het middelengebruik kan zich vervolgens ontwikkelen tot een stoornis in het gebruik van een middel die onafhankelijk van de primaire psychiatrische stoornis kan persisteren. Een voorbeeld is de ontwikkeling van een stoornis in het gebruik van alcohol bij een patiënt met een sociale fobie. Omgekeerd kan het middelengebruik een comorbide andere psychiatrische stoornis uitlokken met vervolgens een eigen beloop onafhankelijk van het middelengebruik. Het bekendste voorbeeld hiervan is waarschijnlijk de relatie tussen cannabisgebruik en psychotische stoornissen.

Ten slotte is de overlap in risicofactoren en pathofysiologische mechanismen van psychiatrische comorbiditeit en stoornissen in middelengebruik van belang. Vanuit neurobiologisch onderzoek zijn er aanwijzingen dat bepaalde genetische risicofactoren en neurobiologische eigenschappen niet verschillen tussen stoornissen in het gebruik van middelen en bepaalde andere psychiatrische stoornissen. Hetzelfde kan gezegd worden van bijdragende psychologische en sociaal-maatschappelijke risicofactoren. Een uitgebreide beschrijving van mogelijk overeenkomende etiologie van stoornissen in middelengebruik en andere psychiatrische stoornissen valt buiten het bestek van dit addendum. Voor dit thema is echter binnen het huidige wetenschappelijk onderzoek in toenemende mate belangstelling.

De klinische relevantie van psychiatrische comorbiditeit bij stoornissen in middelengebruik is enorm. Patiënten met deze vorm van comorbiditeit hebben een minder goede prognose voor beide stoornissen. Zij hebben doorgaans ernstiger klachten, worden vaker opgenomen en overlijden vaker door suicide. Daarnaast hebben patiënten met deze comorbiditeit vaker somatische complicaties, zoals bijvoorbeeld bepaalde infectieziekten (bijvoorbeeld HIV, en hepatitis B en C), en sociaal maatschappelijke complicaties, zoals bijvoorbeeld werkloosheid of dakloosheid en criminaliteit.

Bron: Collaborators, 2015; Torrens, Mestre-Pinto, & Domingo-Salvany, 2015; Whiteford et al., 2013; Wittchen et al., 2011.

Het is dan ook van groot belang dat binnen de diagnostiek en de behandeling voldoende aandacht wordt besteed aan de combinatie van stoornissen in het gebruik van middelen met andere psychiatrische stoornissen.

13.2.2 Uitgangsvraag en aanbevelingen prevalentie van psychiatrische comorbiditeit bij verslavingsstoornissen en vice versa

Uitgangsvraag: Wat is de prevalentie van psychiatrische comorbiditeit bij stoornissen in het gebruik van middelen en vice versa?

Aanbevelingen

- Vanwege de hoge prevalentie (>30%) verdient het aanbeveling om systematisch te screenen op psychiatrische comorbiditeit bij patiënten met een stoornis in middelengebruik. Dit geldt in het bijzonder voor angststoornissen, stemmingsstoornissen, posttraumatische stressstoornis, psychotische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en ADHD.
- Vanwege de hoge prevalentie (>20%) verdient het aanbeveling om systematisch te screenen op een stoornis in het gebruik van middelen bij patiënten met een andere psychiatrische stoornis.
- Vanwege verschillen in de frequentie van psychiatrische comorbiditeit tussen mannen en vrouwen met een stoornis in het gebruik van een middel is het van belang bij vrouwen in het bijzonder aandacht te hebben voor stemmingsstoornissen, angststoornissen en borderline persoonlijkheidsstoornis en bij mannen voor antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies\(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

13.2.3 Onderbouwing prevalentie van psychiatrische comorbiditeit bij verslavingsstoornissen en vice versa

Wetenschappelijke kennis

Op basis van een samenvatting van de thans beschikbare Europese epidemiologische studies, zoals vermeld in het rapport Comorbidity of Substance use and Mental Disorders in Europe (Torrens et al., 2015), zijn de volgende conclusies getrokken. Hierbij wordt geen gebruik gemaakt van de EBRO graderingsmethodiek. Het rapport Comorbidity of Substance use and Mental Disorders in Europe is een overzichtsrapport waarin zowel theoretische aspecten van de comorbiditeit tussen psychiatrische stoornissen en stoornissen in het gebruik van middelen worden besproken als aandachtspunten voor de klinische praktijk (waaronder diagnostiek, behandeling en organisatie van zorg). Een hoofdstuk betreft de epidemiologie van deze psychiatrische comorbiditeit in Europa. Ten behoeve van dit rapport werd een systematisch literatuuronderzoek verricht. Hierin werd in Medline gezocht naar relevante publicaties (tot 2014), met als zoektermen 'comorbidity', 'dual diagnosis', 'treatment',

'epidemiology', 'health services' and 'diagnosis'. Middels de sneeuwbal methode werd tevens gezocht naar relevante artikelen uit de referentielijsten van deze artikelen. Dit resulteert in 3024 publicaties. Ten slotte werden nationale richtlijnen van Europese landen geraadpleegd op aanvullende informatie.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

- Het is waarschijnlijk dat in de algemene bevolking de prevalentie van een gecombineerde stoornis in het gebruik van middelen met een andere psychiatrische stoornis ligt tussen de 10 en 20%.
• Torrens et al., 2015
- Het is waarschijnlijk dat binnen de verslavingszorg de prevalentie van een gecombineerde stoornis in gebruik van middelen met een andere psychiatrische stoornis ligt tussen de 30 en 60%.
• Torrens et al., 2015)
- Het is waarschijnlijk dat binnen een klinische populatie in de verslavingszorg de prevalentie van een gecombineerde stoornis in het gebruik van middelen met een andere psychiatrische stoornis hoger ligt dan binnen een ambulante populatie in de verslavingszorg.
• (Torrens et al., 2015)
- Het is waarschijnlijk dat binnen de verslavingszorg de prevalentie van een gecombineerde stoornis in het gebruik van middelen met een psychotische stoornis ligt tussen de 10 en 25%.
• (Torrens et al., 2015)
- Het is waarschijnlijk dat binnen de verslavingszorg de prevalentie van een gecombineerde stoornis in het gebruik van middelen met een angststoornis ligt tussen de 20 en 40%.
• (Torrens et al., 2015)
- Het is waarschijnlijk dat binnen de verslavingszorg de prevalentie van een gecombineerde stoornis in het gebruik van middelen met een stemmingsstoornis ligt tussen de 30 en 50%.
• Torrens et al., 2015)
- Het is waarschijnlijk dat binnen de verslavingszorg de prevalentie van een gecombineerde stoornis in het gebruik van middelen met een persoonlijkheidsstoornis ligt tussen de 15 en 40%.
• Torrens et al., 2015)
- Het is waarschijnlijk dat binnen de verslavingszorg de prevalentie van een gecombineerde stoornis in het gebruik van middelen met ADHD ligt tussen de 10 en 30%.
• Torrens et al., 2015)
- Het is waarschijnlijk dat binnen de algemene geestelijke gezondheidszorg de prevalentie van een gecombineerde psychiatrische stoornis met een stoornis in het gebruik van middelen ligt tussen de 20 en 30%.
• (Torrens et al., 2015)
- Het is waarschijnlijk dat bij patiënten met een psychotische stoornis binnen de algemene geestelijke gezondheidszorg de prevalentie van een stoornis in het gebruik van middelen ligt tussen de 20 en 50%.

- (Torrens et al., 2015)
- Het is waarschijnlijk dat bij patiënten met een angststoornis binnen de algemene geestelijke gezondheidszorg de prevalentie van een stoornis in het gebruik van middelen ligt tussen de 20 en 30%.
- Torrens et al., 2015)
- Het is waarschijnlijk dat bij patiënten met een stemmingsstoornis binnen de algemene geestelijke gezondheidszorg de prevalentie van een stoornis in het gebruik van middelen ligt tussen de 10 en 30%.
- (Torrens et al., 2015)
- Het is aannemelijk dat bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis binnen de algemene geestelijke gezondheidszorg de prevalentie van een stoornis in het gebruik van middelen ligt rond tenminste 5%.
- -(Torrens et al., 2015)
- Het is waarschijnlijk dat bij patiënten met ADHD binnen de algemene geestelijke gezondheidszorg de prevalentie van een stoornis in het gebruik van middelen ligt tussen de 20 en 50%.
- Torrens et al., 2015)
- Het is waarschijnlijk dat er sekseverschillen bestaan in het voorkomen van psychiatrische comorbiditeit bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen. Bij vrouwelijke patiënten zijn er aanwijzingen dat er vaker sprake is van een comorbide stemmingsstoornis, angststoornis en borderline persoonlijkheidsstoornis, terwijl er bij mannen vaker sprake is van antisociale persoonlijkheidsstoornis.
- Torrens et al., 2015
- Tuchman, 2010
- Chen et al., 2011

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

Professionals zijn unaniem van mening dat diagnostiek – op meerdere terreinen, inclusief psychiatrische comorbiditeit – een doorlopend, dynamisch proces dient te zijn, dat niet alleen gedurende de intake moet plaatsvinden. Dat geldt ook voor het proces van indicatiestelling. Tijdens de intake is het vaak nog niet mogelijk een betrouwbaar beeld te krijgen van de aanwezigheid van comorbide psychiatrische stoornissen, omdat er ook sprake kan zijn van middelengeïnduceerde en onthoudingsklachten, zoals angst en stemmingsklachten. Volgens de professionals moet er gedurende de gehele behandeling aandacht blijven voor comorbide stoornissen en problemen die het resultaat van de behandeling van de verslaving negatief kunnen beïnvloeden. Met name na ontgiftig, maar ook in de maanden daarna, kan comorbide problematiek manifest worden.

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

Ervaringsdeskundigen geven aan dat de intake niet alleen betrekking moet hebben op de verslaving, maar ook op andere domeinen, waaronder co-morbide psychische problemen. Vooral psychiatrische

comorbiditeit kan in de intake onderbelicht blijven. Niet alle patiënten zijn zich ervan bewust dat zij psychische problemen of een trauma hebben, en intakers durven soms niet naar trauma's te vragen.

In dit verband geven de ervaringsdeskundigen ook aan dat verslavingsproblemen in de algemene GGZ vaak onderbelicht blijven, omdat patiënten hun verslaving vanwege het stigma dat hiermee gepaard gaat vaak niet ter sprake brengen.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

13.2.4 Overwegingen prevalentie van psychiatrische comorbiditeit bij verslavingsstoornissen en vice versa

Doordat studies de prevalentie van psychiatrische comorbiditeit bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen hebben bepaald in uiteenlopende populaties, met uiteenlopende instrumenten, kan geen eenduidige inschatting gemaakt worden van de prevalentie van psychiatrische comorbiditeit, zeker niet per middel. Om die reden worden hier algemene aanbevelingen gedaan ten aanzien van screening op psychiatrische comorbiditeit, zowel binnen de verslavingszorg als de binnen algemene GGZ. Er zijn bovendien nauwelijks studies die specifiek ingaan op het belang van screening op psychiatrische comorbiditeit binnen een verslaafde populatie en andersom.

Gezien de hoge prevalentie van de comorbiditeit tussen een stoornis in het gebruik van een middel en andere psychiatrische stoornissen en de wederzijdse beïnvloeding van beloop en prognose acht de werkgroep het aangewezen om bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen altijd te screenen op de belangrijkste psychiatrisch comorbide stoornissen en om bij patiënten met een psychiatrische stoornis altijd te screenen op een stoornis in het gebruik van middelen.

In de hierop volgende hoofdstukken wordt nader ingegaan op de timing van screening en diagnostiek en welke instrumenten hiervoor beschikbaar zijn.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

13.3 Screening en diagnostiek bij patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel en een comorbide andere psychiatrische stoornis

13.3.1 Inleiding

Omdat stoornissen in het gebruik van middelen vaak voorkomen in combinatie met andere psychiatrische stoornissen (zie [Epidemiologie van de combinatie van stoornissen in het gebruik van middelen en andere psychiatrische stoornissen](#)), is het van belang om zorgvuldig diagnostisch onderzoek in te zetten. Bij het inzetten van instrumenten voor screening en diagnostiek spelen de volgende aspecten een rol:

- De tijd die beschikbaar is voor screening en diagnostiek;
- De mate waarin de patiënt nadere diagnostiek (naar andere stoornissen dan hetgeen waarvoor hij/zij zich meldt) wenst;

- Op welk moment in het proces nadere diagnostiek plaatsvindt;
- De methodiek en instrumenten die hierbij kunnen worden ingezet.

In Screening en diagnostiek bij patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel en een comorbide andere psychiatrische stoornis wordt ingegaan op enerzijds de timing van screening en diagnostiek en anderzijds de instrumenten die hiervoor beschikbaar zijn. Daarbij wordt gebruikgemaakt van de aanbevelingen in hoofdstuk twee uit deze MDR met betrekking tot screening en classificatie van psychiatrische stoornissen en stoornissen in het gebruik van drugs. Overige instrumenten die kunnen worden gebruikt ten behoeve van indicatiestelling en monitoring in de context van stoornissen in het gebruik middelen worden in Screening, classificatie, diagnostiek, indicatiestelling, monitoring en evaluatie van deze MDR besproken en hier niet opnieuw toegelicht.

Waar nodig worden de aanbevelingen uit [Screening, classificatie, diagnostiek, indicatiestelling, monitoring en evaluatie](#) aangevuld met aanbevelingen uit de MDR Alcohol, de zorgstandaarden [Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving](#) en [Opiaatverslaving](#) en de generieke module [Ernstige Psychische Aandoeningen\(EPA\)](#). Deze aanvullingen worden beschreven onder Overige overwegingen. Voor Screening en diagnostiek bij patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel en een comorbide andere psychiatrische stoornis is geen specifiek literatuuronderzoek uitgevoerd, vanwege de grote overlap met de literatuurstudie die is uitgevoerd ten behoeve van Screening, classificatie, diagnostiek, indicatiestelling, monitoring en evaluatie van deze MDR.

13.3.2 Uitgangsvraag en aanbevelingen screening en diagnostiek van psychiatrisch comorbide stoornissen bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen

Uitgangsvraag: Welke instrumenten zijn geschikt voor het screenen op en classificeren van psychiatrische comorbiditeit bij personen met een stoornis in het gebruik van middelen?

Aanbevelingen

- Het verdient aanbeveling om voor vroegsignalering, screening en diagnostiek van psychiatrische comorbiditeit bij patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel de aanwijzingen in de richtlijnen en kwaliteitsstandaarden voor de betreffende psychiatrische stoornissen te volgen, inclusief de aldaar aanbevolen instrumenten.
- De inzet van gestandaardiseerde instrumenten dient overwogen te worden, waarbij duidelijke uitleg van het instrument en terugkoppeling van de resultaten van belang zijn.
- Voor het verkrijgen van een indicatie over de aanwezigheid van psychiatrische comorbiditeit bij volwassenen in de intake van de verslavingszorg beveelt de werkgroep aan gebruik te maken van module 2 ('Indicaties Psychiatrisch en Medisch Consult') en module Q2 – de DASS – van de MATE, en bij jongeren hiervoor gebruik te maken van module 2 ('Indicatie Psychiatrische Stoornissen Jongeren'; IPSJ) van de MATE-Y. De DASS lijkt bij personen met een stoornis in het gebruik van middelen ook bruikbaar voor het identificeren van een comorbide posttraumatische stressstoornis.
- Voor het vaststellen van comorbide DSM-IV/5 psychiatrische stoornissen bij personen met een stoornis in het gebruik van middelen beveelt de werkgroep gestructureerde diagnostiek aan met instrumenten als de CIDI, de SCID of de MINI(-Plus) voor volwassenen en de DISC-IV voor jongeren.
- Voor het vaststellen van DSM-IV/5 persoonlijkheidsstoornissen beveelt de werkgroep aan gebruik

te maken van de SCID-II, de SIDP of de IPDE.

- Het dient overwogen te worden bij een patiënt met een stoornis in gebruik van middelen met een comorbide andere psychiatrische stoornis de complete problematiek op alle levensgebieden vanuit de persoonlijke context en fase van herstel in kaart te brengen, met inachtneming van veranderingen en samenhang over de tijd met betrekking tot middelengebruik en de symptomen van de comorbide andere psychiatrische stoornis.
- Het dient overwogen te worden bij een patiënt met een stoornis in gebruik van middelen met een comorbide andere psychiatrische stoornis het diagnostisch traject middels gedeelde besluitvorming in te richten. Hierbij is psychoeducatie over de noodzaak van geïntegreerde diagnostiek, de wijze van diagnostiek en de relatie tussen de hulpvraag en diagnostiek van belang, evenals een terugkoppeling van de bevindingen uit diagnostisch onderzoek.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies\(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

13.3.3 Onderbouwing screening en diagnostiek van psychiatrisch comorbide stoornissen bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen

Wetenschappelijke kennis

De aanwezigheid van comorbide psychiatrische stoornissen is meer regel dan uitzondering bij patiënten met een stoornis in het gebruik van drugs. Omdat psychiatrische comorbiditeit invloed heeft op zowel het korte als lange termijn behandelbeleid, verdient het aanbeveling bijkomende psychiatrische stoornissen vanaf het begin van de behandeling goed in kaart te brengen en het behandelbeleid overeenkomstig aan te passen. De werkgroep beveelt daarbij getrapte diagnostiek aan.

Screening op psychiatrische comorbiditeit

Voor het breed screenen op psychiatrische comorbiditeit is een beperkt aantal instrumenten ontwikkeld die rechtstreeks afgeleid zijn van gestructureerde diagnostische interviews. Het gaat hierbij om een screeningsversie van de CIDI, voor toepassing bij volwassenen: de CIDI Screening Scales,

Bron: Kessler et al., 2013.

en om een screeningsversie van de DISC, voor toepassing bij jongeren: de DISC Predictive Scales.

Bron: Lucas et al., 2001; Chen et al., 2005.

Het onderzoek naar de bruikbaarheid van deze screeners is beperkt.

Bron: Chen et al., 2005; Kessler et al., 2012.

De in de MATE voor volwassenen opgenomen module 2 ('Indicaties Psychiatrisch en Medisch Consult') en module Q2 – de DASS – geven een indicatie of nader psychiatrisch onderzoek vereist is op grond van de al dan niet aanwezigheid van een reeks ernstige symptomen. De voorspellende waarde van deze modules is echter nog nauwelijks onderzocht. In recent onderzoek onder personen met een stoornis in het gebruik van middelen bleek de DASS, een algemene screener voor depressie, angst en stress, ook in voldoende mate sensitief en specifiek te zijn voor het identificeren van een comorbide posttraumatische stressstoornis.

Bron: Kok et al., 2015.

De MATE-Y

Bron: Schippers & Broekman, 2013a.

bevat voor screening op psychiatrische comorbiditeit de module 'Indicatie Psychiatrische Stoornissen Jongeren' ([IP SJ](#)). De IPSJ is afgeleid van de DISC-IV

Bron: Shaffer et al., 2000.

en geeft op basis van in Amerikaans onderzoek gehanteerde drempelwaarden

Bron: Chen et al., 2005.

een indicatie van de aanwezigheid van 10 psychiatrische stoornissen die bij jongeren met middelenproblematiek vaak voorkomen.

Bron: Schippers & Broekman, 2013b.

Classificatie en diagnostiek van psychiatrische comorbiditeit

Voor classificatie van (bijkomende) psychiatrische stoornissen wordt naast de CIDI en SCID in onderzoek veel gebruikgemaakt van het Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).

Bron: Lecrubier et al., 1997; Sheehan et al., 1997.

De MINI is een gestructureerd diagnostisch interview dat veel overeenkomst vertoont met de CIDI, maar in kortere tijd kan worden afgenomen. Van de MINI is tevens een uitgebreidere versie beschikbaar, de MINI-Plus, waarin in de sectie stoornissen in het gebruik van middelen ook geïnformeerd wordt naar 'lifetime' stoornissen.

Wanneer aangewezen, kan voor de diagnostiek van comorbide DSM-IV/5 As I psychiatrische stoornissen eveneens gebruikgemaakt worden van de CIDI, SCID of de MINI(-Plus). Voor de diagnostiek van As II stoornissen kan gebruikgemaakt worden van het Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II),

Bron: First et al., 1997.

het Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV)

Bron: Pfohl et al., 1997.

of de International Personality Disorder Examination (IDPE).

Bron: Loranger et al., 1994.

Bij jongeren kan voor nadere diagnostiek gebruik worden gemaakt van de DISC-IV.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Niveau 1:

- Het is aangetoond dat de SCID, de CIDI, de MINI(-Plus) (voor volwassenen) en de DISC-IV (voor jongeren) valide instrumenten zijn voor het vaststellen van psychiatrische comorbiditeit.
- A2: World Health Organization (1990, 1997); First et al. (1994, 1997); Loranger et al. (1994); Lecrubier et al. (1997); Sheenan et al. (1997); Pfohl et al. (1997); Shaffer et al. (2000)

Niveau 3:

- Er zijn aanwijzingen dat de Indicatie Psychiatrische Stoornissen Jongeren (IPSJ) een valide instrument is voor het screenen op psychiatrische stoornissen bij jongeren.
- A2: Shaffer et al. (2000); Lucas et al. (2001); Chen et al. (2005)
- B: Schippers & Broekman (2013b)

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

De professionals zijn unaniem van mening dat zowel diagnostiek als indicatiestelling – op meerdere terreinen, inclusief psychiatrische comorbiditeit – doorlopende, dynamische processen dienen te zijn, die niet alleen gedurende de intake moeten plaatsvinden. Tijdens de intake is het vaak nog niet mogelijk een betrouwbaar beeld te krijgen van de aanwezigheid van comorbide psychiatrische stoornissen, omdat er ook sprake kan zijn van middelengeïnduceerde en onthoudingsklachten, zoals angst en stemmingsklachten. In de loop van de behandeling kunnen er hypothesen gevormd worden, op basis waarvan verdere diagnostiek geïndiceerd kan zijn.

Behandelaren moeten gedurende de gehele behandeling aandacht blijven houden voor comorbide stoornissen en problemen die het resultaat van de behandeling van de verslaving negatief kunnen beïnvloeden. Met name na ontgifting, maar ook in de maanden daarna, kan comorbide problematiek manifest worden.

Behandelaren met brede expertise en kennis van het behandelaanbod dienen aan de voordeur ingezet te worden. Zij houden een open gesprek, gericht op de vragen, hersteldoelen en wensen van de patiënt. De meeste professionals in de focusgroep zijn van mening dat het gebruik van gestandaardiseerde instrumenten bij de diagnostiek en triage toegevoegde waarde heeft. Uiteindelijk bepaalt de patiënt de keuze voor het type behandeling. Gestandaardiseerde instrumenten kunnen ook door een verpleegkundig specialist of anderszins gekwalificeerde behandelaar worden afgenomen. Op die wijze kan screening en eerste indicatiestelling plaatsvinden. Psychologische en psychiatrische diagnostiek vinden plaats door een psycholoog of psychiater. Volgens de meest professionals is shared decision-making zeker relevant, maar is het wel aan de professional/deskundige om advies te geven over de verschillende behandelopties en daarbij aandacht te besteden aan de verwachte effectiviteit, mogelijke nadelen en risico's, vereiste inspanningen en mogelijke voorkeuren.

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

De ervaringsdeskundigen zijn van mening dat zowel diagnostiek als indicatiestelling een doorlopend, dynamisch proces moeten zijn. Herstel begint bij de intake en daarmee is de intake al een onderdeel van herstel en van het herstelplan.

De ervaringsdeskundigen geven aan dat de intake niet alleen betrekking moet hebben op de verslaving, maar ook op andere domeinen, waaronder psychische problemen. Vooral psychiatrische comorbiditeit kan in de intake onderbelicht blijven. Niet alle patiënten zijn zich ervan bewust dat zij psychische problemen of een trauma hebben, en intakers durven soms niet naar trauma's te vragen.

Volgens de ervaringsdeskundigen vindt de intake vaak gestandaardiseerd plaats en is de intake vaak niet toegesneden op de individuele patiënt.

In de intake wordt vaak gebruikgemaakt van standaard vragenlijsten. De meeste ervaringsdeskundigen in de focusgroep ervaren dit niet als een probleem, maar vinden wel dat de intaker beter moet uitleggen voor welk doel de vragenlijsten worden afgenomen. Ook moet de intaker de informatie uit de vragenlijsten beter terugkoppelen naar de patiënt.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen screening en diagnostiek van psychiatrisch comorbide stoornissen bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen](#).

13.3.4 Overwegingen screening en diagnostiek van psychiatrisch comorbide stoornissen bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen

Wat betreft de classificatie of diagnostiek van (bijkomende) psychiatrische stoornissen geeft de beschikbare literatuur geen aanleiding voor het aanbevelen van een instrument (CIDI, SCID, MINI/MINI-Plus) boven een ander instrument. Mogelijk is een argument dat de MINI(-Plus) eenvoudig in het gebruik is en relatief weinig tijd kost. Van elk van deze instrumenten is een Nederlandse vertaling beschikbaar en de instrumenten zijn voor een belangrijk deel ook in de Nederlandse GGZ en verslavingszorg gevalideerd.

In de generieke module Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA) wordt expliciet aandacht besteed aan de diagnostiek bij een combinatie van psychiatrische stoornissen. Hier vatten we enkele aanbevelingen uit de Generieke Module EPA samen, waar relevant voor de combinatie van een stoornis in het gebruik van een middel met een andere psychiatrische stoornis. Deze onderdelen richten zich met name op het proces van diagnostiek:

- Houd in de diagnostiek rekening met iemands persoonlijke omstandigheden en de fase in het proces (bijvoorbeeld: eerste contact met hulpverlening, versus chronische patiënt)
- Betrek de patiënt zoveel mogelijk in besluitvorming over het diagnostisch proces. Hierin is van cruciaal belang dat de patiënt de juiste informatie krijgt over de noodzaak van diagnostiek als zodanig, over de wijze van diagnostiek, en over de relatie tussen de hulpvraag en diagnostiek.
- Voor vroegsignalering, screening en diagnostiek wordt geadviseerd om gestandaardiseerde en zoveel als mogelijk gevalideerde instrumenten in te zetten. De MATE is in Nederland een standaard (verplicht) monitoringsinstrument in de verslavingszorg, die ook voor een eerste globale inventarisatie van psychiatrische comorbiditeit kan worden gebruikt. Hierin is echter geen screening op ontwikkelingsstoornissen of psychotische stoornissen opgenomen en slechts een globale screening op huidige angst en stemmingsproblematiek. Voor uitgebreidere psychiatrische diagnostiek kan

gebruik worden gemaakt van een gestructureerd diagnostisch interview, zoals de MINI, CIDI of de SCID-I en SCID-II.

De richtlijn dubbele diagnose beveelt voor zowel screening als assessment van psychopathologie bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen het Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) aan.

Bron: Parnassia & TrimbosInstituut, 2003.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen screening en diagnostiek van psychiatrisch comorbide stoornissen bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen](#).

13.3.5 Uitgangsvraag en aanbevelingen op welk moment is screening en diagnostiek op psychiatrische comorbiditeit bij patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel aangewezen en welke instrumenten zijn hiervoor beschikbaar?

Uitgangsvraag: Op welk moment is screening en diagnostiek op psychiatrische comorbiditeit bij patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel aangewezen en welke instrumenten zijn hiervoor beschikbaar?

Aanbevelingen

- Het dient overwogen te worden bij een patiënt met een stoornis in gebruik van middelen met een comorbide andere psychiatrische stoornis het diagnostisch traject als doorlopend proces in te richten, van eerste intake, na detoxificatie tot gedurende de behandeling, zodat relevante comorbide psychiatrische problematiek niet gemist wordt.
- Het dient overwogen te worden voor diagnostiek naar psychiatrische comorbiditeit indien mogelijk een abstinente periode van ten minste twee tot drie weken in te lassen.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies\(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

13.3.6 Onderbouwing op welk moment is screening en diagnostiek op psychiatrische comorbiditeit bij patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel aangewezen en welke instrumenten zijn hiervoor beschikbaar?

Wetenschappelijke kennis

Voor de hierboven genoemde uitgangsvraag is geen specifiek literatuuronderzoek verricht. De werkgroep baseert zich hier op de stoornis specifieke richtlijnen en kwaliteitsstandaarden, die worden samengevat onder overige overwegingen.

Professionele kennis

Geen aanvullingen.

Ervaringskennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers als volgt samen:

De ervaringsdeskundigen zijn van mening dat diagnostiek en indicatiestelling een doorlopend, dynamisch proces moet zijn. Herstel begint bij de intake en daarmee is de intake al een onderdeel van herstel en van het herstelplan.

De ervaringsdeskundigen geven aan dat de intake niet alleen betrekking moet hebben op de verslaving, maar ook op andere domeinen, waaronder psychische problemen. Vooral psychiatrische comorbiditeit kan in de intake onderbelicht blijven. Niet alle patiënten zijn zich ervan bewust dat zij psychische problemen of een trauma hebben, en intakekers durven soms niet naar trauma's te vragen.

Volgens de ervaringsdeskundigen vindt de intake vaak gestandaardiseerd plaats en is de intake vaak niet toegesneden op de individuele patiënt.

Teurg naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

13.3.7 Overwegingen op welk moment is screening en diagnostiek op psychiatrische comorbiditeit bij patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel aangewezen en welke instrumenten zijn hiervoor beschikbaar?

Ten aanzien van de timing van het vaststellen van comorbide psychiatrische stoornissen zijn in de literatuur geen eenduidige richtlijnen te herleiden. De meeste (Nederlandse) richtlijnen onderschrijven het belang van het onderscheid tussen primaire en middel gerelateerde/geïnduceerde psychiatrische aandoeningen. Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel kunnen de verschijnselen van psychopathologie gebonden zijn aan intoxicatie of onthouding. Daarom wordt aangeraden om indien mogelijk een abstinente observatieperiode af te wachten, voordat een diagnose van een comorbide stoornis vastgesteld en vervolgens behandeld wordt. Dit is in de praktijk echter vaak lastig te realiseren. Bij een geselecteerde groep patiënten kan daarom eventueel eerder gestart worden met diagnostiek en behandeling. Diagnostiek en behandeling in een stabiele fase van middelengebruik heeft echter de voorkeur. Er kan dan gekeken worden naar de age of onset van de aandoening, chronologie, het eerder aanwezig zijn van een stoornis tijdens abstinente episodes en een belaste familiegeschiedenis om te bepalen of er inderdaad een grote kans is op een bepaalde comorbide stoornis.

In geval van comorbide angstklachten wordt in de richtlijn middelenmisbruik of -afhankelijkheid en angststoornissen

Bron: Snoek, Wits, & Meulders, 2012.

en de MDR Alcohol

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2008.

een abstinente periode van twee tot drie weken aanbevolen. Uitzondering hierop vormen: 1) de sociale angststoornis (zou gesteld kunnen worden onafhankelijk van middelengebruik, omdat sociale angst context afhankelijk is) en 2) PTSS (hiervoor moet zo spoedig mogelijk aandacht zijn, in verband de grote invloed op de prognose van het middelengebruik).

Bron: Snoek et al., 2012.

In geval van comorbide stemmingsklachten wordt in de MDR Alcohol

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2008.

en de richtlijn middelenafhankelijkheid en depressie

Bron: Guiot, Smeerdijk, Franklin, & Kuiper, 2009.

respectievelijk een abstinente periode van twee tot drie en vier tot zes weken aanbevolen.

Binnen de richtlijn middelenmisbruik of -afhankelijkheid en angststoornissen

Bron: Snoek et al., 2012.

wordt voorts voorgesteld de lengte van een abstinente observatieperiode nog af te wegen op basis van de volgende variabelen:

- de mate van diagnostische zekerheid van de angststoornis: de symptomen van sommige angststoornissen overlappen in mindere mate met de symptomen geïnduceerd door middelengebruik, bijvoorbeeld bij een obsessief-compulsieve stoornis. Soms blijkt uit defamiliegeschiedenis en ziektegeschiedenis van de patiënt dat er waarschijnlijk sprake is van een primaire angststoornis;
- het middel waarvan de patiënt afhankelijk is: middelen met een lange half-waarde tijd, zoals sommige benzodiazepines of methadon, vereisen meerdere weken van abstinentie voordat een accurate diagnose gesteld kan worden. Bij middelen met een kortere werking, zoals benzodiazepines

met een korte halfwaardetijd, alcohol en cocaïne, kan de diagnose worden gesteld na een kortere periode van abstinentie;

- de mate van urgentie van behandelen, gebaseerd op de conditie van de patiënt;
- de verwachte baten en risico's van de voorgestelde behandeling.

Verder wordt binnen de richtlijn middelenmisbruik of -afhankelijkheid en angststoornissen

Bron: Snoek et al., 2012.

stilstaan bij diagnostiek als continu proces, waarbij steeds weer nieuwe diagnostische informatie kan worden toegevoegd, die vervolgens weer kan leiden tot aanpassing van het behandelplan. Daarbij worden ten minste drie evaluatiemomenten onderscheiden:

1. voor detoxificatie: oriënterend of screenend van aard. Tijdens de screening of triage wordt aandacht besteed aan de problematiek in brede zin: somatische klachten, bijkomende problematiek op andere levensgebieden en comorbiditeit.
2. na detoxificatie of een periode van stabilisatie: dan kan nader worden ingegaan op de blijvende klachten die een patiënt heeft.
3. na behandeling: tijdens en aan het einde van de behandeling worden klachten gemonitord en wordt eventueel een diagnose herzien.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen](#).

13.3.8 Uitgangsvraag en aanbevelingen welke instrumenten zijn geschikt voor het screenen op een stoornis in het gebruik van drugs?

Uitgangsvraag: Welke instrumenten zijn geschikt voor het screenen op een stoornis in het gebruik van drugs?

Aanbevelingen

- Voor het screenen op problematisch middelengebruik of een stoornis in het gebruik van middelen hebben instrumenten die breed informeren naar meerdere middelen – zowel alcohol als drugs – in veel situaties de voorkeur boven instrumenten die naar één middel informeren.
- Afhankelijk van de beschikbare tijd en het gewenste niveau van detail van de informatie beveelt de werkgroep voor het screenen op problematisch middelengebruik of een stoornis in het gebruik van middelen (alcohol en drugs) bij volwassenen de ASSIST(-Lite) aan, en voor adolescenten de CRAFFT of CAGE-AID (geen informatie over specifieke middelen; korte afnameduur), of de ASSIST(-Lite) (wél middelspecifieke informatie; volledige ASSIST langere afnameduur).
- Voor het uitgebreider in kaart brengen van de aard en ernst van het middelengebruik beveelt de werkgroep aan gebruik te maken van de MATE/MATE-Y (de middelenmatrix en de sectie voor de classificatie van een stoornis in het gebruik van middelen), of de ASSIST.
- Voor het in kaart brengen van het middelengebruik en de gevolgen daarvan bij mensen met een lichte verstandelijke beperking kan de SumID-Q overwogen worden.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies\(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

13.3.9 Onderbouwing welke instrumenten zijn geschikt voor het screenen op een stoornis in het gebruik van drugs?

Wetenschappelijke kennis

Voor de beantwoording van deze deelvraag wordt gebruikgemaakt van de conclusies zoals geformuleerd in hoofdstuk twee van deze MDR. Er zijn geen redenen om aan te nemen dat de conclusies en aanbevelingen ten aanzien van instrumenten die geschikt zijn voor screening op en classificatie van stoornissen in het gebruik van een middel niet onverkort ook gelden voor patiënten met een comorbide psychiatrische stoornis.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Niveau 2:

- Het is waarschijnlijk dat de DUDIT en de ASSIST(-Lite) valide screeners zijn voor het in brede zin detecteren van problematisch drugsgebruik of een stoornis in het gebruik van drugs bij volwassenen. De bruikbaarheid van de CAGE-AID is bij volwassenen onvoldoende onderzocht, en het onderzoek naar de SDS betreft in vrijwel alle gevallen screening op één middel.
- A1: Hildebrand (2015)
- A2: Brown & Rounds (1995); Dyson et al. (1998); Newcombe et al. (2005); Humeniuk & Ali (2006); Humeniuk et al. (2008); Ali et al. (2013)

Niveau 2:

- De CRAFFT, CAGE-AID en ASSIST zijn waarschijnlijk valide tests voor het gelijktijdig screenen op alcohol- en drugsgerelateerde stoornissen of problematiek bij adolescenten.
- A1: Dhalla et al. (2011)
- A2: Knight et al. (2002, 2003, 2007); Couwenbergh et al. (2009); Rumpf et al. (2013); Gryczynski et al. (2015)

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de bruikbaarheid van de SumID-Q voor het identificeren van een stoornis in het gebruik van middelen bij mensen met een lichte verstandelijke beperking.
- C: VanDerNagel et al. (2016)

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen screening en diagnostiek van stoornissen in het gebruik van middelen bij patiënten met een comorbide andere psychiatrische stoornis.](#)

13.3.10 Overwegingen welke instrumenten zijn geschikt voor het screenen op een stoornis in het gebruik van drugs?

Voor het in kaart brengen van de aard en omvang van het middelengebruik wordt in de Nederlandse verslavingszorg het meest gebruikgemaakt van de MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) voor volwassenen

Bron: Schippers & Broekman, 2007; Schippers et al., 2010, 2011.

of de MATE-Y voor jongeren).

Bron: Schippers & Broekman, 2013a, 2013b.

In de middelenmatrix van de MATE en de MATE-Y wordt naar zowel het 'lifetime' als recent gebruik van specifieke middelen gevraagd. Deze instrumenten bevatten bovendien een module voor de (DSM-) classificatie van een stoornis in het gebruik van middelen.

De DUDIT en ASSIST/ASSIST-Lite bij volwassenen en de CRAFFT, CAGE-AID en ASSIST bij adolescenten zijn qua sensitiviteit en specificiteit onderling grotendeels vergelijkbaar, dus de keuze voor het te gebruiken instrument is vooral afhankelijk van praktische overwegingen. De DUDIT, ASSIST-LITE, CRAFFT en CAGE-AID kunnen in 2-5 minuten afgenomen worden. Bij de volledige ASSIST varieert de afnameduur van 5 tot 15 minuten, afhankelijk van het aantal gebruikte middelen (doorvraagstructuur).

De CRAFFT, CAGE-AID en DUDIT bevatten geen of beperkte informatie over welke specifieke middelen de betrokkene heeft gebruikt. In de ASSIST en de middelenmatrix van de MATE(-Y) wordt wél naar het gebruik van specifieke middelen geïnformeerd.

Van de besproken buitenlandstalige screeners is alleen van de DUDIT een geautoriseerde Nederlandse vertaling beschikbaar.

Bron: Kraanen, 2008.

Van de CAGE-AID, CRAFFT, SDS, ASSIST en CUDIT zijn Nederlandse versies beschikbaar, maar deze zijn – voor zover ons bekend – niet geautoriseerd. Met uitzondering van de SumID-Q zijn aan het gebruik van de screeners geen kosten verbonden.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen screening en diagnostiek van stoornissen in het gebruik van middelen bij patiënten met een comorbide andere psychiatrische stoornis](#).

13.3.11 Uitgangsvraag en aanbeveling welke instrumenten zijn geschikt voor de classificatie van stoornissen in het gebruik van middelen?

Uitgangsvraag: Welke instrumenten zijn geschikt voor de classificatie van stoornissen in het gebruik van middelen?

Aanbeveling

- De werkgroep beveelt aan een gestructureerd instrument te gebruiken voor de classificatie van stoornissen in het gebruik van middelen. De MATE bevat hiervoor een module overeenkomstig de DSM-IV en DSM-5 die gebaseerd is op de CIDI.

Deze aanbeveling is gebaseerd op onderstaande Conclusies (=onderbouwing).

13.3.12 Onderbouwing welke instrumenten zijn geschikt voor de classificatie van stoornissen in het gebruik van middelen?

Wetenschappelijke kennis

Het Composite International Diagnostic Interview (CIDI),

Bron: World Health Organization, 1990; 1997.

Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)

Bron: First et al., 1994.

en het Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Bron: Lecrubier et al., 1997; Sheehan et al., 1997.

bevatten alle een sectie over stoornissen in het gebruik van middelen en worden in onderzoek veel gebruikt.

Bron: Haro et al., 2006.

Voor de classificatie 'stoornissen in het gebruik van middelen' wordt in de Nederlandse verslavingszorg het meest gebruikgemaakt van de module 4 van de MATE,

Bron: Schippers et al., 2011.

die gebaseerd is op vragen van de sectie van de CIDI 2.1.

Bron: World Health Organization, 1997.

Voor het vaststellen van stoornissen in het gebruik van middelen bij adolescenten wordt – naast de CIDI en SCID – gebruikgemaakt van het Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV)

Bron: Shaffer et al., 2000.

en het Adolescent Diagnostic Interview (ADI).

Bron: Winters, 2000; Winters & Henly, 1993.

Van zowel de DISC-IV als ADI is een geautoriseerde Nederlandse vertaling beschikbaar.

Bron: Ferdinand & Van der Ende, 2002; Brusse & Hendriks, 2005.

Over de betrouwbaarheid van de sectie stoornissen in het gebruik van middelen van de CIDI, SCID en ADI zijn enige gegevens beschikbaar,

Bron: Martin et al., 2000; Winters et al., 1993.

maar deze ontbreken ten aanzien van de DISC-IV. Met betrekking tot de convergente validiteit van de middelensectie in de instrumenten bij adolescenten zijn enkele gegevens beschikbaar over de CIDI en ADI.

Bron: Kessler et al., 2009; Winters et al., 1993.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Niveau 2:

- Het gebruik van een gestructureerd diagnostisch interview stimuleert het systematisch uitvragen van de diagnostische criteria voor stoornissen in het gebruik van middelen en beperkt de 'interviewer bias', hetgeen veelal leidt tot een hogere betrouwbaarheid van de diagnose, in vergelijking met een niet-gestructureerde klinische evaluatie.
- B: Winters et al. (1993); Martin et al. (2000); Ramirez Basco et al. (2000); Miller (2001); Scholte et al. (2001); Brondbo et al. (2012)

Niveau 2:

- Op grond van de huidige literatuur kan niet vastgesteld worden of de betrouwbaarheid van gestructureerde diagnostische interviews voor stoornissen in het gebruik van middelen onderling verschilt.
- B: Winters et al. (1993); Martin et al. (2000); Ramirez Basco et al. (2000); Miller (2001); Scholte et al. (2001); Brondbo et al. (2012)

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbeveling](#).

13.4 Algemene aspecten bij de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel en een comorbide andere psychiatrische stoornis

13.4.1 Algemene inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op algemene aandachtspunten bij de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen en een comorbide andere psychiatrische stoornis. Hierbij staan de volgende uitgangsvragen centraal:

1. Wanneer behandel je eerst één van de stoornissen en pas daarna de andere? Wanneer behandel je verschillende stoornissen tegelijk en in samenhang?
2. Wat is de effectiviteit van geïntegreerde behandelinterventies bij patiënten met zowel een stoornis in het gebruik van middelen als een comorbide andere psychiatrische stoornis?

Voor de beantwoording van de uitgangsvragen in dit hoofdstuk is gebruikgemaakt van de search naar wetenschappelijke literatuur, zoals die in het kader van de ontwikkeling van de MDR Drugs is uitgevoerd. Alle 197 artikelen die de basis vormden voor het wetenschappelijk bewijs van deze MDR werden door twee leden van het projectteam voor de MDR (PB en VH) beoordeeld op relevantie voor de behandeling van psychiatrische comorbiditeit. Dit leverde een selectie op van 39 abstracts. Deze abstracts werden door de twee leden van het projectteam voor het addendum (AS en GvdG) beoordeeld op relevantie voor het addendum, gericht op algemene uitgangspunten in de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel en een comorbide andere psychiatrische stoornis, ongeacht de combinatie van specifieke stoornissen (zoals depressie, PTSS of ADHD) met een stoornis in het gebruik van middelen. Dit resulteerde in 8 publicaties over de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel in combinatie met een andere psychiatrische stoornis. Het betrof één meta-analyse

Bron: Chow, Wieman, & Cichocki, 2013.

en zeven systematische reviews.

Bron: Bender, 2006; Cleary, Hunt, Matheson, & Walter, 2009; Drake, O'Neal, & Wallach, 2008; Hunt, Siegfried, Morley, Sitharthan, & Cleary, 2013; Kaner, 2011; Perry et al., 2015; Schulte, Meier, & Stirling, 2011.

Deze 8 artikelen zijn beoordeeld op inhoud en kwaliteit. De weerslag daarvan vindt u in de voor dit hoofdstuk opgestelde evidentietabel.

Voor de uitgangsvragen die betrekking hebben op behandeling is in de werkgroep afgesproken om voor het aanboren van professionele kennis, naast de focusgroepen professionals ook gebruik te maken van de expertise van het Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose (LEDD). Waar relevant heeft het LEDD input geleverd. Deze input zal onder de professionele kennis worden samengevat.

Aanvullingen vanuit andere richtlijnen waar relevant worden steeds beschreven onder overige overwegingen.

13.4.2 Uitgangsvraag en aanbevelingen geïntegreerd of sequentieel behandelen?

Geïntegreerd behandelen houdt in dat psychiatrische stoornissen en stoornissen in het gebruik van middelen tegelijkertijd en gecoördineerd worden behandeld (Handboek Dubbele Diagnose, Dom et

al., 2013). Deze benadering is nader beschreven in bijvoorbeeld het behandelmodel Integrated Dual Disorder Treatment (IDTT). IDTT is geen interventie maar een model, waar allerlei interventies onder kunnen vallen. Daarbij staat centraal dat er aandacht is voor beide stoornissen en de manier waarop die elkaar beïnvloeden. IDTT gaat uit van vijf principes: 1) integratie (1 team, werkt vanuit 1 locatie gelijktijdig aan beide stoornissen); 2) de behandeling sluit aan bij de wensen van de patiënt; 3) behandeling is multidisciplinair en combineert farmacologische, psychologische, educatieve en sociale interventies; 4) behandeling richt zich op patiënt en omgeving (inclusief werk, huisvesting, herstel, en dergelijke); 5) gerichtheid op meerdere interventies binnen een geïntegreerd zorgsysteem en behandelkader.

Bij een sequentiële behandeling vinden de behandeling van de stoornis in het gebruik van middelen en de comorbide andere psychiatrische stoornis achter elkaar plaats, eventueel vanuit verschillende teams of behandelsettings.

Uitgangsvraag: Wanneer behandel je patiënten met een stoornis in gebruik van middelen met een comorbide andere psychiatrische stoornis geïntegreerd of sequentieel?

Aanbevelingen

- Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel en een comorbide andere psychiatrische stoornis verdient het aanbeveling zowel de stoornis in het gebruik van middelen als de comorbide andere psychiatrische stoornis te behandelen, en daarbij voornamelijk de adviezen in de richtlijnen voor de betreffende comorbide stoornis(sen) te volgen.
- Hoewel er onvoldoende evidentie bestaat voor geïntegreerde behandeling conform het IDTT model, wordt aanbevolen om bij de combinatie van een stoornis in gebruik van een middel met een comorbide andere psychiatrische stoornis de problematiek in samenhang te benaderen.
- Het verdient aanbeveling de volgorde van behandeling van een patiënt met een stoornis in het gebruik van een middel en een comorbide andere psychiatrische stoornis middels gedeelde besluitvorming tussen patiënt en behandelaar tot stand te laten komen en daarbij aandacht te hebben voor biologische, psychologische en sociale aspecten.

Deze aanbeveling is gebaseerd op onderstaande [Conclusies\(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

13.4.3 Onderbouwing geïntegreerd of sequentieel behandelen?

Wetenschappelijke kennis

De literatuurstudie gehanteerd voor deze MDR leverde geen artikelen op met evidentie voor geïntegreerd versus sequentieel behandelen. Vergelijkende studies van voldoende kwaliteit lijken niet voorhanden. In de gevonden studies (zie voor een beschrijving van het literatuuronderzoek de inleiding in dit hoofdstuk) worden criteria voor geïntegreerd behandelen niet eenduidig gehanteerd, zoals 'gelijktijdig/naast elkaar' en 'geleverd onder één dak/ door het zelfde team'. Chow et al., (2013) concludeert in een systematische review van 13 studies met in totaal 3665 patiënten (waarvan 8 RCTs) dat er wel een effect is van geïntegreerde behandeling op alcoholgebruik maar niet op drugsgebruik. Ook zijn er kleine verbeteringen in psychiatrische symptomen/algemeen functioneren.

Schulte et al., (2011) deed onderzoek naar patiënttevredenheid bij (vormen van) geïntegreerde

behandeling (integrated Dual Diagnosis treatment) in vergelijking met 'treatment as usual'. Schulte et al., (2011) vat in dit beschrijvende review 7 studies samen die hiernaar onderzoek gedaan hebben en 5 daarvan rapporteren positieve effecten op patiënttevredenheid bij geïntegreerde behandeling.

Uitgangspunten voor geïntegreerde behandeling versus sequentiële behandeling worden in de gevonden studies niet beschreven.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Niveau 3:

- Voor geïntegreerde behandeling gelden twee kenmerken: -de behandeling voor de stoornis(sen) in het middelengebruik vindt gelijktijdig/naast de behandeling voor de andere psychiatrische stoornis(sen) plaats; -de behandelingen onder 1) worden 'onder het zelfde dak' aangeboden.
- A2: Chow (2013); Schulte (2013)

Niveau 3:

- Er is enig bewijs dat geïntegreerde behandeling bij patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel met een andere psychiatrische stoornis mogelijk enig gunstig effect heeft op alcoholgebruik en de comorbide psychiatrische stoornis, maar niet op drugsgebruik.
- A2: Chow (2013)

Niveau 3:

- Er is enig bewijs dat geïntegreerde behandeling bij patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel met een andere psychiatrische stoornis mogelijk enig gunstig effect heeft op patiënttevredenheid.
- A2: Schulte (2011)

Professionele kennis

In de focusgroepbijeenkomsten met de professionals is niet gesproken over de volgorde van behandeling van verschillende psychiatrische stoornissen (waaronder stoornissen in het gebruik van middelen). Leden van de focusgroep geven wel aan dat waar de patiënt binnenkomt (verslavingszorg of algemene GGz) hij/zij (initieel) een integrale benadering dient te ontvangen en dus niet moet worden doorverwezen.

Bij psychiatrische comorbiditeit verdient integrale benadering van de verslaving en de comorbide andere psychiatrische stoornis volgens de professionals de voorkeur. De professionals wijzen er in dit kader op dat het behandelen van psychiatrische comorbiditeit niet automatisch leidt tot een

gunstig resultaat wat betreft de verslaving.

Ervaringskennis

In de focusgroep van ervaringsdeskundigen en patiëntenvertegenwoordigers werden twee onderwerpen naar voren gebracht:

- enerzijds is de wens van de patiënt leidend; als hij voor alleen een behandeling voor verslavingsproblemen komt, hoeft niet per definitie een “arsenaal aan andere diagnostiek en behandeling” te worden ingezet; anderzijds wordt gevraagd om deskundigheid in zowel stoornissen in middelengebruik als in andere psychiatrische stoornissen;
- aandacht voor persoonlijk en maatschappelijk herstel en voor capaciteiten en ambities van patiënten; niet alleen voor stoornissen.

De ervaringsdeskundigen zijn verder van mening dat het behandeldoel van de patiënt en de manier(en) om dat behandeldoel te bereiken in een proces van shared decision-making door beide partijen verhelderd dient te worden. Shared decision-making vereist niet alleen dat er informatie is, maar vooral dat die informatie gedeeld wordt met de patiënt. De patiënt moet waar mogelijk de regie hebben over zijn/haar eigen herstelproces, of zo snel mogelijk de regie terugkrijgen.

Daarbij is de houding van de hulpverlener erg belangrijk: de hulpverlener moet hoop uitstralen, ook als de patiënt al meerdere keren is teruggevallen in zijn/haar verslaving. Als de hulpverlener de patiënt als ‘mens’ blijft aanspreken en niet alleen maar als ‘verslaafde’, dan kan dat al hoop geven.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen geïntegreerd of sequentieel behandelen?](#)

13.4.4 Overwegingen geïntegreerd of sequentieel behandelen?

Aanvulling vanuit de Richtlijn Dubbele Diagnose

In de Richtlijn Dubbele Diagnose (2003) wordt ingegaan op de vraag wanneer er geïntegreerde behandeling aangeboden moet worden, en wanneer sequentieel. In die richtlijn wordt over een beperkt aantal stoornissen uitspraken gedaan, en wordt de volgende aanbeveling gedaan: “Hoewel er onvoldoende evidentie bestaat voor volledige integratie, wordt aanbevolen om de verschillende interventies bij dubbele diagnose in samenhang aan te bieden.” Er is sinds het verschijnen van deze richtlijn in 2003 geen wetenschappelijk bewijs geleverd noch zijn er ervaringen in de praktijk opgedaan die deze aanbeveling onderbouwen of tot een andere aanbeveling zouden moeten leiden.

Aanvulling vanuit NICE guidelines Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services

In de recent verschenen NICE guidelines

Bron: NICEguideline, 2016.

over de comorbiditeit tussen stoornissen in het gebruik van middelen en andere psychiatrische

stoornissen wordt aanbevolen niet te streven naar een specifiek dubbel-diagnose aanbod, maar binnen de bestaande instellingen voor gezondheidszorg een meer geïntegreerde benadering na te streven. Daarbij worden de volgende aanbevelingen gedaan: laat een comorbide stoornis geen drempel zijn voor toegang tot zorg, inclusief huisvesting of andere voorzieningen; heb oog voor de comorbide stoornis, werk samen met andere disciplines en andere instellingen (inclusief eerste en tweede lijn, verslavingszorg en algemene GGz) teneinde zorgaanbod te integreren en af te stemmen en stigma te reduceren, zorg voor een integrale aanpak inclusief biomedische, psychologische en sociale aspecten, betrek de patiënt en naasten bij de totstandkoming en uitvoering van het behandelplan.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen geïntegreerd of sequentieel behandelen?](#)

13.4.5 Uitgangsvraag en aanbeveling geïntegreerde interventies

Uitgangsvraag: Wat is de effectiviteit van geïntegreerde behandelinterventies bij patiënten met zowel een stoornis in het gebruik van middelen als een comorbide andere psychiatrische stoornis?

Aanbeveling

- Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel en een comorbide andere psychiatrische stoornis kunnen diverse psychosociale interventies overwogen worden, waaronder cognitieve gedragstherapie, motiverende gespreksvoering, contingency management, multisysteem therapie, groepstherapie, gezinstherapie, cognitieve gedragstherapie, oplossingsgerichte therapie en seeking safety

Deze aanbeveling is gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#).

13.4.6 Onderbouwing geïntegreerde interventies

Wetenschappelijke kennis

Het bewijs voor psychosociale interventies bij patiënten met stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen levert een gedifferentieerd beeld op. Hunt et al., (2013) geven in hun Cochrane review van psychosociale interventies bij patiënten met zowel een ernstige psychiatrische aandoening als middelenmisbruik (32 studies met in totaal 3165 deelnemers) aan dat er geen bewijs is voor grotere effectiviteit van de ene interventie boven de andere. Zij concluderen zowel bij geïntegreerde behandeling (op basis van vier RCTs) als bij niet-geïntegreerde behandeling in de vorm van intensieve case management (ook vier RCTs) dat er geen verschil in effect is op de uitkomstmaten middelengebruik of psychische klachten ten opzichte van treatment as usual. Ook in deelaanlyses met betrekking tot cognitieve gedragstherapie met of zonder motiverende gespreksvoering, alleen motiverende gespreksvoering, contingentie management en vaardigheidstraining (alle versus treatment as usual) zagen zij geen verschillen in effectiviteit. De meeste studies in deze meta-analyse worden door de auteurs echter beoordeeld als van lage kwaliteit.

Bender et al. (2006) concluderen in een review naar interventies onder adolescenten dat behandeling gemiddeld grote effecten heeft op externaliserende en internaliserende problemen en op middelen-gebruik. Er werd geen verschil gevonden tussen de zes verschillende interventies

(multisysteem therapie, groepstherapie, gezinstherapie, oplossingsgerichte therapie, cognitieve gedragstherapie en seeking safety). Zij wijzen er wel op dat de effecten kleiner worden naarmate de tijd verstrijkt.

Drake et al. (2008) concluderen op basis van 45 gecontroleerde studies (waarvan 22 experimenteel en 23 quasi-experimenteel) dat groepstherapie (groupcounseling), contingency management en geïntegreerde klinische behandeling een positief effect hebben op middelengebruik. Andere onderzochte interventies (bijvoorbeeld case management) zouden leiden tot meer participatie in de maatschappij.

Kaner et al. (2011) ten slotte bestudeerde korte interventies in deze doelgroep. Zij vonden geen verschillen in effectiviteit tussen korte interventies en treatment as usual op middelengebruik en psychiatrische symptomen.

Conclusie

Conclusie: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit voor een verschil in effectiviteit tussen verschillende psychosociale interventies bij patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel en een comorbide andere psychiatrische stoornis op zowel het verminderen van psychiatrische symptomen als het gebruik van middelen.
- A2: Hunt et al., 2013; Bender et al., 2006
- A2 : Drake et al., 2008; Kaner et al., 2011

Professionele kennis

- Conclusies focusgroepen professionals: de professionals zijn van mening dat contingentie management – het systematisch belonen van gewenst gedrag – eigenlijk de meest effectieve behandeling van verslaving is, met bovendien een goede theoretische onderbouwing. Op middelengebruik gerichte contingentie management wordt als behandeling echter niet of nauwelijks in de Nederlandse verslavingszorg toegepast. Zij wijzen er bovendien op dat de positieve bekrachtiging die in contingentie management gehanteerd wordt, goed aansluit bij de uitgangspunten van herstelondersteunende zorg en ook past bij geïntegreerd behandelen.
- Conclusies focusgroep LEDD: In de focusgroep met het Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose (LEDD) wordt verwezen naar de Toolkit Dubbele Diagnose. Deze Toolkit bevat een beschrijving van diverse interventies die bij patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel en een comorbide andere psychiatrische stoornis kunnen worden ingezet.

Ervaringskennis

Deze uitgangsvraag is niet in de focusgroep ervaringsdeskundigen besproken.

13.5 Specifieke psychiatrische stoornissen en stoornissen in middelengebruik

13.5.1 Algemene inleiding

Naast algemene aanbevelingen ten aanzien van de zorg voor patiënten met de combinatie van een stoornis in middelengebruik en een of meer andere psychiatrische stoornissen is er de laatste decennia in toenemende mate aandacht voor specifieke combinaties van deze stoornissen. Het onderzoek op dit gebied neemt weliswaar geleidelijk aan toe, maar de wetenschappelijke evidentie voor specifieke diagnostiek en behandeling is nog beperkt.

De ontwikkeling van het addendum bevatte geen uitgebreide aanvullende evaluatie van de wetenschappelijke stoornisspecifieke literatuur. De werkgroep beperkt zich hier dan ook tot een korte bespreking van de belangrijkste conclusies uit de literatuur die voor de totstandkoming van de MDR Drugs op systematische wijze is verkregen. Daarmee is dit hoofdstuk consistent met de conclusies en aanbevelingen zoals elders in deze MDR vermeld.

Omdat ook informatie beschikbaar is voor enkele veel voorkomende combinaties van een stoornis in het gebruik van een middel en bepaalde andere psychiatrische stoornissen in diverse Nederlandse richtlijnen en het recent verschenen Europese rapport over psychiatrische comorbiditeit bij stoornissen in middelengebruik (Marta Torrens, 2015) zijn de relevante aanvullende conclusies daaruit onder overige overwegingen opgenomen in dit addendum. Vanuit de andere kennisbronnen: professionals en ervaringsdeskundigen zijn er in beperkte mate specifieke aanvullingen per combinatie van stoornissen beschikbaar. Deze kennisbronnen worden alleen apart vermeld indien specifieke overwegingen zijn besproken.

We beperken ons hier tot de meest voorkomende psychiatrische co-morbiditeit van stoornissen in het gebruik van middelen, zoals beschreven in hoofdstuk 1.2, te weten: psychotische stoornissen (inclusief schizofrenie), angststoornissen, posttraumatische stressstoornis (PTSS), stemmingsstoornissen (inclusief de bipolaire stoornis), persoonlijkheidsstoornissen (inclusief de antisociale en borderline persoonlijkheidsstoornis) en de ontwikkelingsstoornissen (inclusief ADHD en autisme spectrum stoornissen; ASS).

13.5.2 Uitgangsvraag en aanbevelingen stoornissen in het gebruik van middelen en psychotische stoornissen

Uitgangsvraag: Wat zijn specifieke overwegingen bij de behandeling van patiënten met een stoornis in middelengebruik en een comorbide psychotische stoornis?

Aanbevelingen

- Het verdient aanbeveling om bij patiënten met een naast elkaar bestaande middelengebruikstoornis en psychotische stoornis beide stoornissen (al dan niet gelijktijdig) te behandelen (zie Algemene aspecten bij de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel en een comorbide andere psychiatrische stoornis van dit addendum), en daarbij vooralsnog de adviezen in

de richtlijnen voor de betreffende comorbide stoornis te volgen.

- Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen en een comorbide psychotische stoornis dient waar mogelijk onderscheid te worden gemaakt tussen een middelen-geïnduceerde psychose en een primaire psychotische stoornis, gebaseerd op het beloop na staken van het gebruik van het middel.
- Wat betreft een middelen-geïnduceerde psychose: Bij patiënten met een opwindingsstoestand van psychotische aard na gebruik van stimulerende middelen wordt olanzapine of de combinatie van haloperidol met promethazine aanbevolen. Bij de keuze voor deze of andere medicatie, waaronder benzodiazepines en atypische antipsychotica, dient rekening gehouden te worden met de snelheid waarmee het beoogde effect bereikt wordt, de noodzaak van herhalingsmedicatie en het risico op bijwerkingen, zoals extrapiramidale symptomen en hartritmestoornissen.
- Wat betreft een niet-middelen-geïnduceerde psychose: Er is geen evidentie voor een farmacologische behandeling van een stoornis in het gebruik van de in deze richtlijn besproken drugs bij patiënten met een comorbide psychotische stoornis en er kan daarom geen farmacologische behandeling voor de middelenstoornis aanbevolen worden. Bij farmacotherapie voor de psychotische stoornis bij patiënten met een middelenstoornis en comorbide psychotische stoornis verdienen atypische antipsychotica waarschijnlijk de voorkeur boven klassieke antipsychotica, vanwege het gunstiger bijwerkingen profiel.
- Bij farmacotherapie voor de psychotische stoornis bij patiënten met een middelenstoornis en comorbide psychotische stoornis verdienen atypische antipsychotica waarschijnlijk de voorkeur boven klassieke antipsychotica, vanwege het gunstiger bijwerkingen profiel.
- Bij farmacotherapie bij patiënten met een middelenstoornis en comorbide psychotische stoornis moet expliciet aandacht worden besteed aan eventuele farmacokinetische interacties tussen drugs en medicatie. Bij het gebruik van antipsychotica moet, zoals gezegd, in het bijzonder aandacht worden besteed aan het risico op bijwerkingen zoals extrapiramidale symptomen en verlenging van de QT tijd op het electrocardiogram.
- Bij psychotherapie bij patiënten met een middelenstoornis en comorbide psychotische stoornis kan conform de richtlijn psychotische stoornissen CGT of MGV overwogen worden.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

13.5.3 Onderbouwing stoornissen in het gebruik van middelen en psychotische stoornissen

Wetenschappelijke kennis

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de conclusies uit de literatuur die voor de totstandkoming van de MDR Drugs op systematische wijze is verkregen, aangevuld met conclusies en aanbevelingen uit de MDR Psychotische stoornissen en het recent verschenen Europese EMCDDA rapport over psychiatrische co-morbiditeit bij stoornissen in middelengebruik.

Bron: Torrens et al., 2015.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van antipsychotica als groep, noch over het verschil in effectiviteit tussen risperidon, olanzapine, aripiprazole en haloperidol of andere eerste generatie antipsychotica in de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide schizofrenie (inclusief schizofreniforme of schizoaffectieve stoornis). Er is eveneens geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van mazindol in de behandeling van deze patiënten.
- C: Akerele et al. (2007); Brown et al. (2003); Sayers et al. (2005); Smelson et al. (2006); Perry et al. (2004)
- D: Beresford et al. (2005); McRae-Clark et al. (2009); Smelson et al. (2002)

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over het verschil in effectiviteit van risperidon, olanzapine, clozapine, haloperidol of andere – eerste of tweede generatie – antipsychotica in het reduceren van cannabisgebruik of het verminderen van psychotische symptomen. Clozapine lijkt wel gepaard te gaan met meer bijwerkingen dan andere antipsychotica.
- A2: Wilson & Bhattacharyya (2016)
- B: Brunette et al. (2011); Schnell et al. (2014)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat bij personen met zowel een stoornis in het gebruik van cannabis als een psychotische stoornis cognitieve gedragstherapie plus motiverende gespreksvoering of alleen motiverende gespreksvoering, in aanvulling op de standaardbehandeling, niet effectiever is in het verminderen van het cannabisgebruik dan alleen standaard-behandeling (TAU). De standaardbehandeling bestond in vrijwel alle studies echter uit een intensief en tussen individuele patiënten onderling sterk variërend aanbod.
- A1: McLoughlin et al. (2014); Cooper et al. (2015)
- A2: Bonsack et al. (2006); Hjorthøy et al. (2013); Barrowclough et al. (2014); Hjorthøy et al. (2014)
- B: Baker et al. (2006); Madigan et al. (2013)
- C: Edwards et al. (2006)

Niveau 4 :

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over het effect van motiverende gespreksvoering (MGV) ten opzichte van een standaardbehandeling (TAU) in het stoppen van het

benzodiazepinegebruik bij benzodiazepinegebruikers met een psychotische stoornis.

- B: van Bagøien et al., 2013

Niveau 1:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van motiverende gespreksvoering in combinatie met sociale vaardigheidstraining bij de ouders van jonge/jongvolwassen patiënten met een psychotische stoornis, in termen van het verminderen van het cannabisgebruik of het verbeteren van de kwaliteit van leven van de patiënten.
- C: Smeerdijk et al. (2012, 2015)

Professionele kennis

De werkgroep vat hetgeen besproken is in de focusgroepbijeenkomsten met de professionals als volgt samen:

In het kader van verslaving en een comorbide psychotische stoornis wijzen de professionals op de geringe effectiviteit van clozapine voor wat betreft de verslavingproblematiek. Bij gebrek aan gunstige effecten op de verslaving van andere – zowel klassieke als atypische – neuroleptica, wordt de geringe evidentie voor een positief effect van clozapine op de verslaving door klinici nogal eens met beide handen aangegrepen als er sprake is van een comorbide psychotische stoornis.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen stoornissen in het gebruik van middelen en psychotische stoornissen](#).

13.5.4 Overwegingen stoornissen in het gebruik van middelen en psychotische stoornissen

Aanvullingen vanuit MDR Schizofrenie en EMCDDA rapport

De meest gebruikte middelen onder patiënten met een psychotische stoornis zijn nicotine, alcohol, cannabis en cocaïne. Het is bekend dat patiënten met deze combinatie van stoornissen een slechtere prognose hebben ten aanzien van beide stoornissen, minder therapietrouw zijn en een langere duur van onbehandelde psychose hebben (hetgeen samenhangt met een slechte prognose). Een vermindering in middelengebruik heeft een gunstig effect op het beloop van de psychose.

Bron: Alphen, Ketelaars, Wel, & Zo, 2012.

In de behandeling van psychotische stoornissen bij patiënten met een comorbide stoornis in het gebruik van middelen neemt de behandeling met antipsychotica een belangrijke plaats in. Er zijn aanwijzingen dat bij patiënten met schizofrenie en een stoornis in middelengebruik clozapine tot een vermindering van consumptie van alcohol en drugs kan leiden,

Bron: M. Machielsen et al., 2012; M. W. Machielsen & de Haan, 2009; M. W. Machielsen, Veltman, van den Brink, & de Haan, 2014; Torrens et al., 2015).

terwijl klassieke neuroleptica het drugsgebruik lijken te versterken.

Bron: Draker et al. 2000; Green et al. 2003.

Clozapine lijkt wel gepaard te gaan met meer bijwerkingen dan andere antipsychotica. Er is daarnaast enige evidentie dat tweede-generatieantipsychotica craving meer verminderen dan eerste-generatieantipsychotica. Er is enig bewijs dat antidepressiva als additie bij een antipsychoticum de craving naar cocaïne verminderen.

Bij het voorschrijven van antipsychotica bij patiënten met een comorbide stoornis in het gebruik van middelen moet expliciet aandacht worden besteed aan farmacokinetische interacties. Bij het gebruik van antipsychotica bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen (in het bijzonder met comorbide opioïd gebruik) moet aandacht worden besteed aan het grotere risico op bijwerkingen van de antipsychotica, waaronder extrapiramidale bijwerkingen en verlenging van de QT tijd op het electrocardiogram.

Bron: Torrens et al., 2015.

Over de psychotherapeutische behandeling van patiënten met zowel een stoornis in middelengebruik als een psychotische stoornis zijn geen goede meta-analyses of reviews voor handen. Ook hebben individuele studies hiernaar de nodige methodologische tekortkomingen. Onze aanbevelingen ten aanzien van de psychotherapeutische behandeling van patiënten met genoemde co-morbiditeit zijn gebaseerd op de resultaten van de bevindingen uit individuele studies en meningen van de werkgroep.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen stoornissen in het gebruik van middelen en psychotische stoornissen](#).

13.5.5 Uitgangsvraag en aanbevelingen stoornissen in het gebruik van middelen en angststoornissen

Uitgangsvraag: Wat zijn specifieke overwegingen bij de behandeling van patiënten met een stoornis in middelengebruik en een comorbide angststoornis?

Aanbevelingen

- Het verdient aanbeveling om beide stoornissen (al dan niet gelijktijdig) te behandelen, omdat beide eigenstandig behandeling behoeven, en daarbij vooralsnog de adviezen in de richtlijnen voor de betreffende comorbide stoornis(sen) te volgen.
- Het verdient aanbeveling de diagnose angststoornis bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen pas te stellen na 2-3 weken abstinentie, waarna volgens de gangbare richtlijnen kan worden behandeld. Indien abstinentie niet haalbaar is dient te worden gestreefd naar een periode van stabilisatie van gebruik. Het stellen van de diagnose sociale angststoornis vormt hierop mogelijk een uitzondering, aangezien de angst voor interactie in sociale situaties, het hoofdkenmerk van sociale angst, niet een specifiek symptoom is behorend bij middelengebruik of ontwenningverschijnselen.
- Bij ontwenning van middelen moet er rekening mee worden gehouden dat de ontwenning angstklachten kan oproepen, verergeren of doen herleven.
- Het verdient aanbeveling om patiënten met een naast elkaar bestaande stoornis in het gebruik van middelen en een angststoornis integraal te benaderen en om daarbij eerst het middelengebruik te behandelen via detoxificatie of stabilisatie, om daarmee de angstklachten die samenhangen met het middelengebruik te reduceren. De mogelijkheid en wenselijkheid om stoornissen in deze volgorde te behandelen hangt echter af van de specifieke angststoornis en de wensen van de patiënt.
- Er kan (behoudens voor stoornissen in het gebruik van benzodiazepines) bij patiënten met een angststoornis en een stoornis in het gebruik van middelen geen farmacologische behandeling voor de stoornis in het gebruik van middelen worden aanbevolen.
- Bij patiënten met een stoornis in benzodiazepine gebruik en een comorbide angststoornis kan imipramine overwogen worden, omdat dit mogelijk een gunstig effect heeft op het stoppen van de benzodiazepines.
- Bij ernstige angstklachten die na twee weken abstinentie nog steeds aanhouden kan een behandeling met SSRIs overwogen worden.
- Bij comorbide PTSS naast een stoornis in het gebruik van middelen dient direct aandacht voor de PTSS te zijn, zowel tijdens als direct aansluitend op de detoxificatie.
- Individuele behandeling van de middelenproblematiek in plaats van groepsbehandeling zou effectiever kunnen zijn bij patiënten met een sociale angststoornis, omdat het deelnemen aan een groepsactiviteit voor deze doelgroep vaak een te hoge drempel is.
- Exposure en huiswerkopdrachten in het kader van CGT voor de behandeling van de comorbide angststoornis kunnen beter pas worden ingezet wanneer het middelengebruik onder controle is.
- Benzodiazepines zijn – behalve voor detoxificatiedoeleinden (onder strenge monitoring) – niet geïndiceerd bij de behandeling van mensen met een stoornis in het gebruik van middelen en een comorbide angststoornis.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en [Overige overwegingen](#).

13.5.6 Onderbouwing stoornissen in het gebruik van middelen en angststoornissen

Wetenschappelijke kennis

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de conclusies uit de literatuur die voor de totstandkoming van de MDR Drugs op systematische wijze is verkregen, aangevuld met conclusies en aanbevelingen uit

de richtlijn: middelenmisbruik of -afhankelijkheid en angststoornissen (Snoek et al., 2012) en het recent verschenen Europese EMCDDA rapport over psychiatrische comorbiditeit bij stoornissen in middelengebruik (Torrens et al., 2015). Over de aandachtspunten bij de comorbiditeit van een stoornis in middelengebruik en een angststoornis wordt in de huidige MDR Angststoornissen weinig gezegd. Vanuit de andere kennisbronnen waren er geen specifieke aanvullingen voor het onderdeel angststoornissen.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat imipramine bij patiënten met een stoornis in benzodiazepine gebruik en een comorbide (algemene) angststoornis een significant aanvullend effect heeft op geleidelijke dosisreductie ten aanzien van het stoppen van de benzodiazepinen.
- A2: Rickels et al. (2000)

Niveau 1:

- Vanwege het ontbreken van gerandomiseerd onderzoek van voldoende kwaliteit kan geen conclusie worden getrokken over de effectiviteit van psychologische interventies bij patiënten met een stoornis in cannabis gebruik en een comorbide angststoornis.
- B: Kay-Lambkin et al. (2009)
- C: Kay-Lambkin et al. (2011)

Professionele kennis

Volgens de professionals kan melatonine, mits goed gedoseerd en op de juiste wijze/tijd ingenomen, effectief zijn in de behandeling van comorbide slaapstoornissen.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen stoornissen in het gebruik van middelen en angststoornissen](#).

13.5.7 Overwegingen stoornissen in het gebruik van middelen en angststoornissen

Aanvullingen vanuit Resultaten Scoren richtlijn middelenmisbruik of -afhankelijkheid en angststoornissen en EMCDDA rapport

Angststoornissen en stoornissen in het gebruik van middelen komen erg vaak samen voor. De diagnostiek kan bijzonder lastig zijn, omdat intoxicatie en onthoudingssymptomen erg kunnen lijken op symptomen van een angststoornis.

Bron: Snoek et al., 2012.

Het gebruik van benzodiazepinen als behandeling voor de angststoornis dient zoveel mogelijk te worden vermeden. Benzodiazepines zijn, behalve voor detoxificatie doeleinden, niet geïndiceerd bij de behandeling van een stoornis in middelengebruik en een comorbide angststoornis. Indien benzodiazepines worden voorgeschreven (voornamelijk tijdens detoxificatie of tijdens begin van de behandeling van angststoornissen) dient nauwgezet gemonitord te worden op misbruik.

Bron: Snoek et al., 2012.

Ten aanzien van andere farmacologische interventies dienen steeds de risico's van mogelijk farmacologische interactie met het gebruik van middelen zorgvuldig afgewogen te worden.

Bron: Snoek et al., 2012; Torrens et al., 2015.

Er zijn enige aanwijzingen dat provocatieve therapieën (zoals exposure) en huiswerkopdrachten (zoals bij cognitieve gedragstherapie) een negatief effect kunnen hebben op het middelengebruik. Geadviseerd wordt deze interventies pas in te zetten wanneer middelengebruik onder controle is.

Bron: Torrens et al., 2015.

PTSS-symptomen spelen mogelijk/waarschijnlijk een rol bij terugval in middelengebruik. Er zijn enige aanwijzingen dat behandeling van PTSS een positief effect heeft op zowel trauma symptomen als craving.

Bron: Schumacher e.a., 2006, Coffey e.a., 2006.

Volgens de Cochrane review kan het behandelen van PTSS, middels traumagerichte behandeling (bijvoorbeeld EMDR), daarom belangrijk zijn voor het verbeteren van behandeluitkomsten op beide aandoeeningen.

Bron: Roberts, 2016.

Ondanks het gegeven dat er geen bewijs voor is, is de werkgroep van mening dat, bij ernstige angstklachten die na twee weken abstinentie nog steeds aanhouden, een behandeling met SSRIs overwogen dient te worden. Ook de SIGN (2003) en richtlijn van de British Association for Psychopharmacology (2004) bevelen SSRIs als eerste keuze aan bij de behandeling van comorbide angst en middelenproblematiek.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen stoornissen in het gebruik van middelen en angststoornissen](#).

13.5.8 Uitgangsvraag en aanbevelingen stoornissen in het gebruik van middelen en stemmingsstoornissen

Uitgangsvraag: Wat zijn specifieke overwegingen bij de behandeling van patiënten met een stoornis in middelengebruik en een comorbide stemmingsstoornis?

Aanbevelingen

- Het verdient aanbeveling om beide stoornissen (al dan niet gelijktijdig) te behandelen, omdat beide eigenstandig behandeling behoeven, en daarbij vooralsnog de adviezen in de richtlijnen voor de betreffende comorbide stoornis(sen) te volgen.
- Bij ontwenning van middelen moet er rekening mee worden gehouden dat de ontwenning stemmingsklachten kan luxeren of verergeren. Bij verergering van de psychische klachten tijdens ontgiftiging of indien eerst een behandeling met een antidepressivum wordt ingesteld, kan een langere afbouwperiode (bijv van benzodiazepinen) worden overwogen.
- Het verdient aanbeveling de diagnose depressieve stoornis bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen pas te stellen na 2-3 weken abstinentie, waarna volgens de gangbare richtlijnen kan worden behandeld. Indien abstinentie niet haalbaar is dient te worden gestreefd naar een periode van stabilisatie van gebruik.
- Het verdient aanbeveling om patiënten met een naast elkaar bestaande stoornis in het gebruik van middelen en een stemmingsstoornis beide stoornissen integraal te benaderen, maar eerst het middelengebruik te ondervangen met een detoxificatie of stabilisatie, om de stemmingsklachten die samenhangen met het middelengebruik te reduceren. De mogelijkheid en wenselijkheid om stoornissen in deze volgorde te behandelen hangt echter af van de specifieke stemming stoornis en de wensen van de patiënt.
- Er kunnen vanwege gebrek aan bewijs geen farmacologische behandeling aanbevolen worden.
- Indien depressieve klachten na detoxificatie in ernstige vorm blijven voortbestaan, wordt aangeraden om antidepressieve behandeling te starten. De American Psychiatric Association raadt aan om tot vier weken abstinentie te wachten met het voorschrijven van antidepressiva. Hiervan kan worden afgeweken in de volgende gevallen:
- Wanneer uit de psychiatrische voorgeschiedenis blijkt dat depressieve klachten bleven bestaan in een recente abstinente periode van minimaal één maand, kan tijdens of na detoxificatie worden gestart met een antidepressivum.

- Wanneer na twee weken abstinentie blijkt dat er geen sprake is van een significante verbetering van de depressieve klachten, wordt aanbevolen het antidepressivum eerder dan na vier weken abstinentie voor te schrijven.
- Bij ernstige depressies, crises of suïcidaliteit kan ook worden overwogen eerder te starten met een antidepressivum, eventueel in combinatie met (tijdelijke voorschrijven van) benzodiazepines.
- Tijdens de instelfase van een antidepressivum kan tijdelijk een lage dosering benzodiazepines worden gegeven, aangezien deze patiëntengroep relatief meer bijwerkingen ervaart als slapeloosheid, agitatie en angstklachten. Men dient dit af te wegen tegen de potentieel verslavende werking van benzodiazepines.
- Bij patiënten met een ernstige depressieve stoornis en een stoornis in middelengebruik valt het om reden van veiligheid (suïcidegevaar) te overwegen een selectieve serotonine heropnameremmer (SSRI) of serotonine-noradrenaline heropnameremmer (SNRI) als middel van eerste keus voor te schrijven in plaats van tricyclische antidepressiva.
- Bij patiënten met een ernstige depressieve stoornis en een stoornis in middelengebruik valt het om reden van veiligheid (suïcidegevaar) te overwegen een SSRI of NSRI als middel van eerste keus voor te schrijven in plaats van TCAs.
- Bij patiënten met een bipolaire stoornis en een stoornis in het gebruik van middelen valt het om reden van veiligheid te overwegen valproaat als middel van eerste keus voor te schrijven in plaats van lithium.
- Bij patiënten met zowel een stoornis in amfetaminegebruik als een depressieve stoornis kan cognitieve gedragstherapie, al dan niet in combinatie met een andere behandeling zoals motiverende gespreksvoering of contingentie management, overwogen worden, vanwege mogelijk gunstig effect op zowel het amfetaminegebruik als de comorbide depressie.
- Er zijn geen redenen om MGV aan te bieden bij benzodiazepinegebruikers met een comorbide bipolaire stoornis om met het gebruik van benzodiazepines te stoppen.
- Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen met een comorbide stemmingsstoornis kunnen gedragstherapeutische interventies overwogen worden die zich zowel richten op depressieve klachten als middelenproblematiek (probleemoplossende vaardigheden, sociale vaardigheid- en assertiviteitstraining, vrijetijdsbesteding, recidief preventieplan).

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

13.5.9 Onderbouwing stoornissen in het gebruik van middelen en stemmingsstoornissen

Wetenschappelijke kennis

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de conclusies uit de literatuur die voor de totstandkoming van de MDR 'overige drugs' op systematische wijze is verkregen, aangevuld met conclusies en aanbevelingen uit de richtlijn: middelenafhankelijkheid en depressie

Bron: Guiot et al., 2009.

en het recent verschenen Europese EMCDDA rapport over psychiatrische co-morbiditeit bij stoornissen in middelengebruik.

Bron: Torrens et al., 2015.

Over de aandachtspunten bij de co-morbiditeit van een stoornis in het gebruik van middelen en een depressie wordt in de huidige MDR depressie weinig gezegd, behoudens dat bij het diagnosticeren van depressies altijd aan een (mede)oorzakelijke samenhang met het gebruik van middelen (zowel geneesmiddelen als drugs en genotmiddelen) moet worden gedacht. Vanuit de andere kennisbronnen waren er geen specifieke aanvullingen voor het onderdeel stemmingsstoornissen.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Niveau 2:

- Er zijn aanwijzingen dat de antidepressiva fluoxetine en venlafaxine in de behandeling van stoornissen in het gebruik van cannabis en comorbide depressie niet effectief zijn in het reduceren van cannabisgebruik en evenmin in het verminderen van depressieve klachten.
- A2: Cornelius et al. (2010); Levin et al. (2013)
- B: Findling et al. (2009)

Niveau 3:

- Er is bij patiënten met problematisch cannabisgebruik en een comorbide depressieve stoornis geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over de effectiviteit van motiverende gespreksvoering plus cognitieve gedragstherapie.
- B: Kay-Lambkin et al. (2009)
- C: Kay-Lambkin et al. (2011)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat sertraline, mirtazapine en venlafaxine niet effectief zijn in het verminderen van cocaïnegebruik, noch in het reduceren van depressieve klachten, bij de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne en een comorbide stemmingsstoornis.
- A2: Raby et al. (2014)
- B: Oliveto et al. (2012) ; Mancino et al. (2014); Afshar et al. (2012); Raby et al. (2015)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat cognitieve gedragstherapie, al dan niet in combinatie met een andere behandeling zoals motiverende gespreksvoering of contingentie management, op korte termijn een gunstig effect heeft op zowel de depressieve symptomen als het methamfetaminegebruik, maar de effecten op lange termijn zijn onduidelijk.
- B: Kay-Lambkin et al., 2011; Peck et al., 2005

Niveau 3:

- Er is geen bewijs van voldoende kwaliteit om een uitspraak te doen over het effect van motiverende gespreksvoering ten opzichte van een standaardbehandeling in het stoppen van het benzodiazepinegebruik bij benzodiazepinegebruikers met een bipolaire stoornis.
- B: van Bagøien et al., 2013

Professionele kennis

Volgens de professionals kan melatonine, mits goed gedoseerd en op de juiste wijze/tijd ingenomen, effectief zijn in de behandeling van comorbide slaapproblemen.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen stoornissen in het gebruik van middelen en stemmingsstoornissen](#).

13.5.10 Overwegingen stoornissen in het gebruik van middelen en stemmingsstoornissen

Resultaten Scores richtlijn Middelenafhankelijkheid en depressie

Bij de detoxificatie van middelen dient de behandelaar rekening te houden met het feit dat patiënten om psychische klachten het hoofd te kunnen bieden, middelen kunnen gebruiken als 'zelfmedicatie'. Detoxificatie kan bij deze patiënten een verergering van het psychiatrische beeld veroorzaken. Bij verergering van de psychische klachten tijdens ontgiftiging of indien eerst een antidepressivum wordt ingesteld, kan een langere afbouwperiode (bijv van benzodiazepinen) worden overwogen.

Bron: Guiot et al., 2009.

Bij ernstige slaapproblemen worden bij voorkeur geen (extra) benzodiazepines voorgeschreven, maar kan Mirtazapine voor de nacht worden overwogen, aangezien sedatie als bijwerking een normaal slaappatroon zou kunnen bevorderen.

Bron: Guiot et al., 2009.

Uit onderzoek blijkt dat depressieve klachten bij patiënten met middelenafhankelijkheid vaak een ernstiger en langduriger beloop hebben, dan bij patiënten met een depressie zonder afhankelijkheid van middelen.

Bron: Pettinati, 2004.

Bij een terugval in middelengebruik blijkt dat er meestal ook weer een depressieve episode ontstaat. Dit betekent dat deze patiëntengroep kwetsbaar is en dat voorzichtigheid moet worden betracht met het afbouwen van antidepressieve medicatie na herstel van de stemmingsstoornis.

Bron: Guiot et al., 2009.

Indien depressieve klachten na detoxificatie in ernstige vorm blijven voortbestaan, wordt aangeraden om antidepressieve behandeling te starten. Er wordt aangeraden om indien mogelijk tot vier weken abstinentie te wachten met het voorschrijven van antidepressiva.

Bron: Guiot et al., 2009; Nunes & Levin, 2004.

Hiervan kan worden afgeweken in de volgende gevallen:

- Wanneer uit de psychiatrische voorgeschiedenis blijkt dat depressieve klachten bleven bestaan in een recente abstinente periode van minimaal één maand, kan tijdens of na detoxificatie worden gestart met een antidepressivum.
- Wanneer na twee weken abstinentie blijkt dat er geen sprake is van een significante verbetering van de depressieve klachten, wordt aanbevolen het antidepressivum eerder dan na vier weken abstinentie voor te schrijven.
- Bij ernstige depressies, crises of suïcidaliteit kan ook worden overwogen eerder te starten met een antidepressivum, eventueel in combinatie met (een tijdelijke voorschrijving van) extra benzodiazepines.

Bij het instellen van een antidepressivum kan tijdelijk een lage dosering benzodiazepines worden gegeven, aangezien deze patiëntengroep relatief meer bijwerkingen ervaart als slapeloosheid, agitatie en angstklachten. Men dient hiermee echter terughoudend te zijn in verband met de potentieel verslavende werking van benzodiazepines.

Bron: Guiot et al., 2009.

Bij gelijktijdige behandeling met disulfiram en TCAs dient men rekening te houden met de mogelijkheid dat er hogere bloedspiegels van disulfiram en TCAs ontstaan.

Bron: Ciraulo, Barnhill, & Boxenbaum, 1985, Ciraulo et al., 1985.

Disulfiram heeft een inhiberende werking op het cytochroom systeem, waardoor het de spiegels van verschillende antidepressiva, antipsychotica en middelen kan beïnvloeden.

Bron: Frye & Branch, 2002.

Chronisch middelengebruik kan door inductie van het cytochroom P450 de metabolisering van antidepressiva versnellen, waardoor lagere bloedspiegels ontstaan. De werking van dempende/sederende middelen wordt door benzodiazepines en antidepressiva versterkt.

Bron: Fraser, 1997.

In vergelijking met TCAs zijn SSRIs veiliger. Vanwege de geringe effecten van antidepressieve behandelingen op middelengebruik dienen er tevens specifieke psychosociale en farmacologische interventies gericht op de stoornis in het gebruik van middelen te worden aangeboden.

Bij patiënten met een bipolaire stoornis kan een comorbide verslaving leiden tot een meer gevarieerd en complexer klinisch beeld, versnelde relapse, verergering van de depressieve symptomen, slechtere reactie op lithium, verslechterde functionaliteit (functional disability) en een verhoogd suïciderisico.

Bron: Goldberg, 2001; Frye, 2006.

Psychotherapeutische behandeling (bijv CGT) van depressie kan zowel een negatieve als een positieve invloed hebben op de middelenafhankelijkheid.

Bron: Guiot et al., 2009.

Eenzijds kan de behandeling belastend zijn voor de patiënt waardoor de kans op een terugval wordt verhoogd. Anderzijds kan het aanslaan van de depressiebehandeling de kans op terugval in middelengebruik verkleinen. Een aantal gedragstherapeutische interventies kan voor zowel depressieve klachten als middelenproblematiek worden ingezet (probleemoplossende vaardigheden, sociale vaardigheid- en assertiviteitstraining, vrijetijdsbesteding, ecidief preventieplan).

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen stoornissen in het gebruik van middelen en stemmingsstoornissen](#).

13.5.11 Uitgangsvraag en aanbevelingen stoornissen in het gebruik van middelen en persoonlijkheidsstoornissen (antisociale persoonlijkheidsstoornis & borderline persoonlijkheidsstoornis)

Uitgangsvraag: Wat zijn specifieke overwegingen bij de behandeling van patiënten met een stoornis in middelengebruik en een comorbide persoonlijkheidsstoornis?

Aanbevelingen

- Bij een combinatie van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en verslaving is het aan te bevelen suïcidaliteit zorgvuldig te monitoren.
- Het verdient aanbeveling om bij patiënten met een naast elkaar bestaande stoornis in het gebruik van middelen en een persoonlijkheidsstoornis beide stoornissen integraal te behandelen, en daarbij vooralsnog de adviezen in de richtlijnen voor de betreffende comorbide stoornis(sen) te volgen.
- Patiënten met naast een stoornis in het gebruik van cannabis een persoonlijkheidsstoornis kunnen waarschijnlijk dezelfde verslavingsbehandelingen aangeboden worden als patiënten zonder een bijkomende persoonlijkheidsstoornis. Dit geldt mogelijk ook voor patiënten met stoornissen in het gebruik van andere middelen, alhoewel hiernaar geen gedegen onderzoek is verricht.
- Het is aan te bevelen om bij patiënten met een (antisociale) persoonlijkheidsstoornis en comorbide verslaving bedacht te zijn op het bestaan van een HIV- (en hepatitis B/C-)infectie en in de behandeling aandacht te besteden aan risicovolle gedragingen als gedeeld gebruik van injectienaalden en risicovolle seks.
- Bij patiënten met cluster B persoonlijkheidsproblematiek in combinatie met een stoornis in het gebruik van middelen dient een geïntegreerde psychologische behandeling, zoals dialectische gedragstherapie, overwogen te worden.
- Bij de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en comorbide verslavingsproblematiek kan contingentmanagement worden overwogen.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

13.5.12 Onderbouwing stoornissen in het gebruik van middelen en persoonlijkheidsstoornissen (antisociale persoonlijkheidsstoornis & borderline persoonlijkheidsstoornis)

Wetenschappelijke kennis

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de conclusies uit de literatuur die voor de totstandkoming van de MDR Drugs op systematische wijze is verkregen, aangevuld met conclusies en aanbevelingen uit de MDR Persoonlijkheidsstoornissen

Bron: Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008.

en het recent verschenen Europese EMCDDA rapport over psychiatrische comorbiditeit bij stoornissen in middelengebruik.

Bron: Torrens et al., 2015.

In de MDR Persoonlijheidsstoornissen wordt uitgebreid aandacht besteed aan de comorbiditeit van een stoornis in middelengebruik en een persoonlijkheidsstoornis, met name de antisociale en borderline persoonlijkheidsstoornis.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Niveau 3:

- Er zijn geen aanwijzingen dat de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie of counseling, al dan niet in combinatie met contingentie management, verschilt tussen jongvolwassen met of zonder een antisociale persoonlijkheidsstoornis naast een stoornis in het gebruik van cannabis.
- B: Easton et al. (2012)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat jonge adolescenten en degenen met – naast een stoornis in het gebruik van cannabis – een gedragsstoornis of internaliserende problemen meer baat hebben bij multidimensionele gezinstherapie, en oudere adolescenten en degenen zonder deze comorbiditeit bij cognitieve gedragstherapie. Deze bevinding dient in prospectieve studies onderzocht te worden.
- B: Hendriks et al. (2012)

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen stoornissen in het gebruik van middelen en persoonlijkheidsstoornissen \(antisociale persoonlijkheidsstoornis & borderline persoonlijkheidsstoornis\)](#).

13.5.13 Overwegingen stoornissen in het gebruik van middelen en persoonlijkheidsstoornissen (antisociale persoonlijkheidsstoornis & borderline

persoonlijkheidsstoornis)

MDR Persoonlijkheidsstoornissen

De prognose van het samengaan van persoonlijkheidsstoornissen met verslaving is in het algemeen niet gunstig. Het samengaan van de verslaving met een persoonlijkheidsstoornis wordt als de sterkste voorspeller van terugval in verslavingsgedrag beschouwd en gaat gepaard met meer psychopathologie, een lagere kwaliteit van leven, meer impulsiviteit en vijandigheid, een groter gevoel van isolement, meer depressiviteit en minder therapietrouw.

Bron: Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008.

De combinatie van persoonlijkheidsstoornissen en een stoornis in het gebruik van middelen kan leiden tot een verhoogd risico op geweldsmisdrijven indien er geen behandeling plaatsvindt. Mannelijke intraveneuze druggebruikers met een cluster-B-persoonlijkheidsstoornis lopen een groter risico op HIV-infectie dan intraveneuze druggebruikers zonder antisociale persoonlijkheidsstoornis. De kans op risicovolle gedragingen die samenhangen met de HIV-infectie is aanzienlijk bij verslaafde personen met persoonlijkheidsstoornissen, in het bijzonder de antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Bron: Ladd & Petry, Kelley & Petry, Compton e.a., 2000, Gill e.a., Brooner e.a., 1993.

Comorbiditeit van borderline persoonlijkheidsstoornis en verslaving gaat gepaard met een verhoogd risico op suïcide en suïcidaal gedrag. Het is aannemelijk dat bij de combinatie borderline persoonlijkheidsstoornis en verslaving een verhoogde kans op suïcidaliteit bestaat.

Bron: Darke e.a., 2004, Welch & Linehan, 2002, Links e.a., 1995, Nace e.a., 1986.

Het is aannemelijk dat geïntegreerde behandeling van persoonlijkheidsstoornissen (in het bijzonder antisociale en borderline persoonlijkheidsstoornissen) en verslaving effectief kan zijn.

Bron: Van den Bosch e.a., 2005, Southwick & Satel, Nace e.a.

Het is aangetoond dat dialectische gedragstherapie of aanpassingen ervan, effectief is in het terugdringen van borderlineproblematiek en drugsgerelateerde problematiek bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis en comorbide verslaving en dat dit effect behouden blijft gedurende ten minste een halfjaar na beëindiging van de behandeling.

Bron: Linehan e.a., 2002, Verheul e.a., 2003, Van den Bosch e.a., 2005.

Onderzoek bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis en een verslaving heeft echter vrijwel alleen bij vrouwen plaatsgevonden.

Het is van belang om te beseffen dat gescheiden behandeling, gebaseerd op de indeling in sectoren in de GGZ (psychiatrie, verslavingszorg), zeker bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis een negatief effect kan hebben. Gescheiden behandeling kan leiden tot verhoging van risico op suïcide en van suïcidaal gedrag. Geïntegreerde behandeling van verslaving en cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen, waarbij beide probleemgebieden gelijktijdig focus van behandeling zijn, is mogelijk en effectief.

Bron: Vormaa e.a., 2005; Linehan e.a., 2002, Verheul e.a., 2003, Van den Bosch e.a., 2002, Ball e.a., 1999.

Het is aannemelijk dat de combinatie antisociale persoonlijkheidsstoornis en verslaving effectief behandeld kan worden met verschillende vormen van psychotherapie, zowel bij mannen als bij vrouwen.

Bron: Penick e.a., 1996.

Bij een comorbide depressieve stoornis neemt de kans op een gunstig behandelresultaat toe.

Bron: Compton e.a., 2000, Woody e.a., 1985, Darke e.a., 1994, Schinka e.a., 1999.

Het is aannemelijk dat contingentie management effectiever is dan cognitieve gedragstherapie bij de behandeling van patiënten met een (drugs)verslaving en een persoonlijkheidsstoornis.

Bron: Messina e.a., 2003, Fisher & Bentley, 1996.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen stoornissen in het gebruik van middelen en persoonlijkheidsstoornissen \(antisociale persoonlijkheidsstoornis & borderline persoonlijkheidsstoornis\)](#).

13.5.14 Uitgangsvraag en aanbevelingen stoornissen in het gebruik van middelen en aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit (ADHD)

Uitgangsvraag: Wat zijn specifieke overwegingen bij de behandeling van patiënten met een stoornis in middelengebruik en een comorbide aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit?

Aanbevelingen

- Het is voor het stellen van de diagnose en het opvolgen van een behandelingseffect van belang dat het middelengebruik bij voorkeur wordt gestaakt alvorens tot diagnose en behandeling van ADHD over te gaan. Het wordt daarom aanbevolen om eerst het middelengebruik te ondervangen met een detoxificatie of stabilisatie.
- Het verdient aanbeveling om beide stoornissen (al dan niet gelijktijdig) te behandelen, omdat beide eigenstandig behandeling behoeven, en daarbij vooralsnog de adviezen in de richtlijnen voor de betreffende comorbide stoornis(sen) te volgen.
- Er is geen reden gevonden om bij co-morbiditeit van ADHD met een stoornis in gebruik van middelen af te wijken van de algemene behandeladviezen voor de stoornis in het gebruik van middelen, zoals geformuleerd binnen de geldende richtlijnen (MDR Alcohol, MDR Opiaten en MDR Drugs).
- Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van cannabis en comorbide ADHD kan geen farmacologische behandeling aanbevolen worden.
- Bij patiënten met een stoornis in het gebruik van cocaïne en comorbide ADHD kan overwogen worden vertraagde afgifte mixed amfetamine salts voor te schrijven.
- Bij volwassenen met een stoornis in het gebruik van amfetamine en comorbide ADHD kan een behandeling overwogen worden met een hoge dosering methylfenidaat met vertraagde afgifte (maximaal 180 mg/dag).
- Omwille van het misbruikpotentieel van stimulantia, kan bij patiënten met ADHD en een middelstoornis overwogen eerst met een niet-stimulantium te behandelen, wanneer farmacotherapie overwogen wordt. Daarbij kan gedacht worden aan bupropion of atomoxetine.
- Indien bij patiënten met ADHD en een stoornis in middelengebruik behandeling met een niet-stimulantium niet mogelijk is of onvoldoende effect sorteert kan behandeling met een stimulantium overwogen worden. Daarbij kan gedacht worden aan methylfenidaat of dexamfetamine, waarbij vanwege misbruikpotentieel van kortwerkende preparaten een voorkeur bestaat voor langwerkende preparaten. Hierbij dient men alert te zijn op misbruik van de medicatie (o.a. verstrekking in kleine hoeveelheden, frequente controle afspraken).
- Bij patiënten met ADHD en een stoornis in gebruik van middelen kan psychologische behandeling overwogen worden. Hierbij kan worden gedacht aan psychoeducatie, cognitieve gedragstherapie, individuele coaching, peersupport, vaardigheidstraining, mindfulness, dialectische gedragstherapie en systeemgesprekken.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op onderstaande [Conclusies \(=onderbouwing\)](#) en overige [Overwegingen](#).

13.5.15 Onderbouwing stoornissen in het gebruik van middelen en aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit (ADHD)

Wetenschappelijke kennis

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de conclusies uit de literatuur die voor de totstandkoming van de gehele richtlijn 'overige drugs' op systematische wijze is verkregen, aangevuld met conclusies en aanbevelingen uit de Good Clinical Practice ADHD bij volwassenen met verslavingsproblemen

Bron: Matthys et al., 2010.

en het recent verschenen Europese EMCDDA rapport over psychiatrische co-morbiditeit bij stoornissen in middelengebruik.

Bron: Torrens et al., 2015.

Daar het Nederlandse Protocol ADHD bij verslaving stamt uit 2004 en geen systematische evaluatie van de literatuur bevat, wordt in deze richtlijn niet naar dit protocol verwezen. In de MDR ADHD wordt beperkt aandacht besteed aan de comorbiditeit van een stoornis in het gebruik van middelen en ADHD.

Conclusies

Conclusies: Zie Methodologische onderbouwing van de richtlijn voor meer informatie over beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek en formulering en bewijskracht van de conclusies.

[Meer informatie](#)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat farmacotherapie – met atomoxetine of vertraagde-afgifte methylfenidaat – bij de behandeling van stoornissen in het gebruik van cannabis en comorbide ADHD niet effectief is in het reduceren van cannabis- en overig middelengebruik noch in het verminderen van ADHD symptomen.
- B: Thurstone et al. (2010); Riggs et al. (2011)

Niveau 2:

- Er zijn aanwijzingen dat de indirecte dopamine-agonisten mazindol, methylfenidaat en selegiline niet effectief zijn in het verminderen van cocaïnegebruik bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne (al dan niet met comorbide opiaatafhankelijkheid of comorbide ADHD).
- A1: Castells et al. (2016)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat behandeling met (60-80 mg) vertraagde afgifte 'mixed amfetamine salts' effectief kan zijn in het verminderen van cocaïnegebruik en het initiëren van langduriger periodes van cocaïne abstinentie bij personen met een stoornis in het gebruik van cocaïne (en comorbide ADHD).
- A1: Castells et al. (2016)
- A2 : Levin et al. (2015)

Niveau 3:

- Er is enige aanwijzing dat een hoge dosering (tot 180 mg) methylfenidaat bij de behandeling van personen met amfetamine-afhankelijkheid en comorbide ADHD gunstige effecten heeft op de ADHD symptomen, het drugsgebruik (inclusief amfetamine) en de behandelretentie.
- C: Konstenius et al., 2014ab

Professionele kennis

Volgens de professionals kan melatonine, mits goed gedoseerd en op de juiste wijze/tijd ingenomen, effectief zijn in de behandeling van comorbide slaapstoornissen.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen stoornissen in het gebruik van middelen en aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit \(ADHD\)](#).

13.5.16 Overwegingen stoornissen in het gebruik van middelen en aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit (ADHD)

Aanvullingen vanuit Good Clinical Practice ADHD bij volwassenen met verslavingsproblemen:

Bij cocaïnegebruikers met ADHD blijkt de afhankelijkheid van de cocaïne een voorspellende factor voor drop-out, en niet de aanwezigheid van ADHD.

Bron: Levin 2006, Levin, 2008.

In een onderzoek van cocaïnegebruikers met ADHD bleek de groep die ook matig cannabis gebruikte hun verslavings-behandeling beter bleek vol te houden dan diegene die geen cannabis gebruikte of er juist heel veel van gebruikte.

Bron: Aharonovich, 2006.

Symptomen van ADHD kunnen erg lijken op symptomen van intoxicatie of onthouding. Het is voor het stellen van de diagnose en het opvolgen van een behandel-effect daarom van belang dat het middelengebruik bij voorkeur wordt gestaakt alvorens tot diagnose en behandeling van ADHD over te gaan. Wanneer volledige abstinentie niet haalbaar is, dient te worden gestreefd naar stabilisatie van gebruik, omdat anders de behandeling niet op effectiviteit (en eventuele bijwerkingen) kan worden geevalueerd.

Er zijn aanwijzingen dat een onbehandelde ADHD een goede behandeling van verslaving in de weg kan staan.

Bron: Mariani, 2007.

Bovendien lijkt de behandeling van ADHD bij verslaafde personen mogelijk, vooral wanneer het middelenmisbruik gestabiliseerd is.

Bron: Wilens, 2004.

Bij patiënten met een stoornis in middelengebruik is het onderzoek naar effectiviteit van ADHD medicatie beperkt. Er is een aantal onderzoeken, dubbelblind en placebogecontroleerd, zij het met kleine groepen en kort van duur. In verscheidene onderzoeken is er een verbetering van de ADHD symptomen gevonden van langwerkend methylfenidaat,

Bron: Levin 2006, Szobot 2008.

kortwerkend methylfenidaat,

Bron: Schubiner, 2002.

bupropion

Bron: Levin, 2006.

en atomoxetine

Bron: Wilens, 2008.

maar geen effect op middelengebruik. Anderen vonden alleen een mogelijk effect op middelengebruik

Bron: Collins 2006, Levin 2007.

of helemaal geen effect.

Bron: Levin 2006, Carpentier 2005, Wilens 2005.

Er is een aantal RCTs gepubliceerd over de behandeling van cocaïneverslaving met dextro-amfetamine.

Bron: Grabowski 2004, Mooney 2009.

Het gaat hier niet om patiënten met ADHD. Er is een beperkte maar significante daling van het cocaïnegebruik. De doseringen amfetamine die werden toegediend zijn echter hoger dan de vergelijkbare doseringen methylfenidaat die bij ADHD worden gegeven. Dit kan verklaren waarom de behandeling van ADHD weinig effect heeft op het cocaïnegebruik.

Bron: Upadhyaya, 2007.

In verscheidene onderzoeken wordt aangetoond dat de behandeling van kinderen met ADHD met stimulantia de kans op SUD in de (jonge) volwassenheid niet verhoogt.

Bron: Faraone, 2003; Kollins, 2003; Wilson 2007.

Kinderen met ADHD hebben een verhoogde kans om een verslavingsprobleem te ontwikkelen. Het voor de ADHD behandelen met o.m. stimulantia zou die kans met de helft verminderen.

Bron: Wilens, 2003.

Een prospectief onderzoek dat kinderen met ADHD gedurende tien jaar opvolgde, nuanceerde deze bevindingen. Op volwassen leeftijd zou het behandeld zijn met stimulantia de kans op middelenmisbruik noch doen afnemen, noch doen toenemen.

Bron: Biederman, 2008.

Er is bezorgdheid rond het voorschrijven van potentieel verslavende medicatie aan patiënten met een verslavingsprobleem. Alhoewel methylfenidaat door zijn farmacologische eigenschappen (tragere opname) en in therapeutische doseringen minder misbruikpotentieel heeft dan cocaïne,

Bron: Kollins, 2003; Volkow, 2003.

blijft het een product dat in hogere dosis een opwekkend effect heeft, en om die reden door de patiënt zelf of door iemand uit zijn omgeving misbruikt kan worden.

Het opsparen van medicatie om via een hogere dosis een roeseffect te bekomen en het verkopen of weggeven van de medicatie aan vrienden of verwanten komt vrij veel voor.

Bron: Bright, 2008.

Ook injecteren of inhaleren van de medicatie kan een roeseffect geven. De producten met een snelle werking zijn hiervoor riskanter dan de langwerkende stimulantia. Ook van Modafinil is misbruik aangetoond.

Bron: Turner, 2004.

Atomoxetine heeft geen misbruikpotentieel.

Bron: Wilens 2008, Jasinski 2008.

Er is weinig evidentie voor de effectiviteit van psychotherapeutische behandeling van ADHD bij volwassenen.

Bron: Goossensen 2006, Knouse 2008.

Het verwerken van de diagnose verdient aandacht bij de behandeling van ADHD bij patiënten met een stoornis in middelengebruik.

Bron: Murphy 2005.

Er zijn aanwijzingen dat een gecombineerde therapie (medicatie + gedragstherapie) een beter effect heeft dan medicatie alleen.

Bron: Wilens 1999, Safren 2005, Rostain & Ramsay 2006.

Het betrekken van de familie in de behandeling verhoogt mogelijk de effectiviteit van de behandeling.

Bron: Wilens, 2004.

Een aantal psychotherapeutische interventies kan voor zowel ADHD als middelenproblematiek worden ingezet:

Bron: Rigter 2004 en 2006 en APA-Guidelines 2006.

psycho-educatie, CGT, gestructureerde vaardigheidstraining, dialectische gedragstherapie, mindfulness, individuele coaching, peer support.

Terug naar [Uitgangsvraag en aanbevelingen stoornissen in het gebruik van middelen en aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit \(ADHD\)](#).

14. Implementatieplan

Autorisatiedatum 09-07-2019 Beoordelingsdatum 09-07-2019

14.1 Kwaliteitsstandaarden

Volgens de definitie van Zorginstituut Nederland beschrijft een kwaliteitsstandaard in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Zowel richtlijnen, zorgstandaarden als generieke modules vallen onder de verzamelnaam 'kwaliteitsstandaard'.

'kwaliteitsstandaard': Kwaliteitsstandaarden zijn niet statisch maar worden periodiek beoordeeld of aanpassing c.q. uitbreiding nodig is. Vanaf publicatie van een standaard vindt jaarlijks een eenvoudige beoordeling plaats waarbij (kleine) aanpassingen waar nodig worden verwerkt. Eens in de 4 jaar start een volledige revisiebeoordeling van iedere standaard.

Een zorgstandaard biedt voor álle professionals, patiënten en hun naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg bij een bepaalde aandoening er uit ziet vanuit het perspectief van de patiënt (beschrijving optimale zorg). Een zorgstandaard beschrijft het complete zorgcontinuüm (ofwel alle fases waar een patiënt mee te maken krijgt of kan krijgen) voor een bepaalde psychische aandoening. In een zorgstandaard komt niet alleen een groot aantal mogelijke zorgproblemen aan de orde, maar wordt ook expliciet de organisatie van het zorgproces beschreven. Dat alles gezien vanuit het perspectief van de patiënt.

Een richtlijn is een document met aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met psychische aandoeningen, gebruikmakend van wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van professionals, patiënten en naasten. Voor specifieke situaties gebruiken professionals de richtlijnen die relevant zijn voor hun specifieke beroepsgroep en specifiekere dan de zorgstandaard ingaan op wat er op dát moment aan zorg geleverd kan worden (beschrijving minimale zorg). Aan één zorgstandaard kunnen dus meerdere richtlijnen ten grondslag liggen (bijvoorbeeld de NHG-richtlijnen van huisartsen, een MDR opgesteld en geautoriseerd door psychiaters en psychologen, richtlijnen voor verpleegkundigen, etc.).

Een generieke module biedt, net als een zorgstandaard, professionals, patiënten en naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg er uit ziet vanuit het perspectief van een patiënt. Het verschil tussen een zorgstandaard en een generieke module is dat een zorgstandaard stoornis specifiek is en een generieke module juist zorgcomponenten of zorgonderwerpen beschrijft die relevant zijn voor meerdere psychische aandoeningen. De zorg die wordt beschreven in een generieke module kan, afhankelijk van de aandoening, in één of meerdere fases van het zorgproces van toepassing zijn.

Zorgstandaarden, richtlijnen en generieke modules vormen een eenheid. Hiermee kunnen de

professional en de patiënt samen de behandeling vormgeven.

14.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden

Zorgstandaarden en generieke modules vormen samen met multidisciplinaire richtlijnen, wet- en regelgeving en beroepsethiek de basis voor de zorgprofessional om tot goede zorg te komen (de professionele standaard).

(de professionele standaard): De professionele standaard in de gezondheidszorg is het geheel van professionele medische normen dat beschrijft wat in een bepaalde situatie 'goed handelen' is. De professionele standaard zorgt ervoor dat zorgverleners goede, veilige en verantwoorde zorg leveren. De professionele standaard is als zodanig geen regel, maar een 'kapstok', die nader is uitgewerkt in wetten, richtlijnen, protocollen, beroepscode, uitspraken van de tuchtrechter, kwaliteitsstandaarden, gedragsregels en handreikingen. De professionele standaard kan dus gezien worden als de gedeelde waarden en normen binnen een beroepsgroep.

[Meer informatie](#)

De zorgprofessional kan er beargumenteerd van afwijken als - naar zijn oordeel en in samenspraak met de patiënt - de belangen van de patiënt daarmee beter zijn gediend vanwege diens specifieke situatie en voorkeuren.

De toepassing van professionele standaarden komt voort uit het [Burgerlijk wetboek, artikel 453](#). Daarin staat dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden 'de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.'

professionele standaard.: Artikel 1 van de Zorgverzekeringswet geeft de definitie van een professionele standaard: een richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving, die betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces. Een professionele standaard legt vast wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de patiënt goede zorg te verlenen en is in een openbaar register opgenomen.

[Meer informatie](#)

Een kwaliteitsstandaard beschrijft in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Kwaliteitsstandaarden zijn echter geen doel op zich. Zij hebben een functie in het proces van kwaliteitsbevordering. Kwaliteitsstandaarden vervullen een onmisbare functie in de kwaliteitscyclus. In die context bevorderen ze de [kwaliteit en doelmatigheid van de zorg](#). Op welke wijze zorgaanbieders en financiers, maar ook patiënten/burgers en zorgverzekeraars kwaliteitsstandaarden gebruiken in de respectievelijk zorginkoopmarkt en zorgverzekeringsmarkt is

aan hen om in te vullen.

14.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft grotendeels de bestaande praktijk ten aanzien van de zorg voor mensen met psychische klachten en aandoeningen. In de standaard zijn verwijzingen opgenomen naar onderliggende richtlijnen en veldnormen van de afzonderlijke beroepsgroepen. Zo is de standaard voor een groot deel al ingebed in het dagelijks werk van de zorgprofessional.

Deels bevat de kwaliteitsstandaard nieuwe elementen of komen bestaande elementen prominenter naar voren in de inhoud en organisatie van zorg. De kwaliteitsstandaard is geschreven vanuit het perspectief van de patiënt en diens naaste. Aandacht voor herstel en eigen regie komen daardoor nadrukkelijker aan bod dan in bijvoorbeeld richtlijnen; gezamenlijke besluitvorming over de behandeling door patiënt en professional vormt in alle standaarden een kernelement. Andere elementen zijn bijvoorbeeld de wijze waarop de verschillende zorgonderwerpen met elkaar in verband gebracht worden (multidisciplinair en integraal), het betrekken van naasten en ervaringsdeskundigen en het monitoren van de behandeling. De opstellers van deze kwaliteitsstandaard zijn zich ervan bewust dat de implementatie van deze elementen een transitie betekent die een gemeenschappelijke inspanning vraagt van zorgverleners, zorgaanbieders, patiënten en financiers. Al deze partijen zetten zich gezamenlijk in om deze kwaliteitsstandaard zo goed en zo snel mogelijk te implementeren.

14.4 Bestaande afspraken

Zorgprofessionals en zorgaanbieders in de 'brede ggz' zijn nu aan zet. Zij moeten kennisnemen van de inhoud van deze kwaliteitsstandaard en vervolgens aan de slag gaan met de implementatie ervan. Zorgprofessionals en zorgaanbieders hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor implementatie in hun eigen organisatie. Koepel-, branche en beroepsorganisaties helpen hun leden hierbij.

Een aantal algemene thema's speelt bij de implementatie van (vrijwel) alle standaarden een rol. Dit zijn thema's waar in algemene zin aandacht voor moet zijn én aandacht voor moet blijven om de kwaliteit van de zorg steeds verder te verbeteren. Het gaat om de zes thema's bewustwording en kennisdeling, samenwerking, capaciteit, behandelaanbod, financiering en ICT. Dit zijn ook thema's waar in sommige gevallen zorgen over zijn en knelpunten worden gezien bij implementatie van de standaarden. Implementatie-activiteiten voor deze zes thema's moeten geen losstaande actiepunten zijn. In de meeste gevallen zijn deze actiepunten al onderdeel van bestaande afspraken zoals onder andere verwoord in het [Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg \(ggz\) 2019 t/m 2022](#) en [Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022](#). Landelijke implementatie van de kwaliteitsstandaarden in het veld is daarmee direct gekoppeld aan de planning en gemaakte afspraken in deze bestuurlijk akkoorden.

14.5 Algemene implementatie thema's

De implementatie van de kwaliteitsstandaard vraagt tijd en energie van alle partijen. Maar dat is niet voor niks: werken volgens kwaliteitsstandaarden biedt ook kansen voor effectievere en doelmatiger

behandelingen.

De afspraken in het algemene deel van het plan richten zich daarom vooral op uitvoerbaarheidsissues die een landelijke aanpak vragen om implementatie op lokaal/regionaal niveau mogelijk te maken. Iedere regio en iedere zorgaanbieder is anders. De hoeveelheid informatie die nog geïmplementeerd moet worden en hoe dat het beste gedaan kan worden, verschilt per situatie. Op lokaal niveau moet implementatie verder worden ingevuld, bijvoorbeeld in de vorm van een (lokaal) uitvoeringsplan.

14.5.1 Bewustwording en kennisdeling

Verandering begint bij bewustwording. Ook in de ggz. De zorgstandaarden en generieke modules stellen, meer dan zorgverleners tot nu toe gewend waren van professionele standaarden, expliciet het perspectief van patiënten centraal. Dat kan misschien wel tot een ander gesprek in de behandelkamer leiden, waarin via gezamenlijke besluitvorming mogelijk ook andere keuzes voor behandeling en begeleiding worden gemaakt. Kennisdeling en bewustwording zijn de sleutelwoorden om deze verandering te realiseren.

Kennisdeling draagt bij aan het beter begrijpen van de impact die psychische aandoeningen op een patiënt hebben en van hun wensen en ideeën over behandeling en herstel. Kennis delen gebeurt op verschillende niveaus: in de (basis)opleiding tot zorgprofessionals, tijdens bij- en nascholing van professionals maar kan ook bijvoorbeeld via een landelijke campagne. Het delen van kennis kan hierdoor bijdragen aan:

- het verminderen van stigma over mensen met psychische aandoeningen, in de zorg maar ook daarbuiten;
- het realiseren van een cultuuromslag in eigen organisatie;
- het creëren van een draagvlak voor het gebruik en de inhoud van de standaard;
- oog hebben voor specifieke problematiek;
- oog hebben voor eventuele risico's.

Landelijke afspraken

Iedere professional zorgt ervoor dat hij de kwaliteitsstandaarden kent die voor uitoefening van zijn beroep nodig zijn. Zorgaanbieders faciliteren hun medewerkers, zodat zij deel kunnen nemen aan de benodigde bij- en nascholing.

Het bestuurlijk akkoord bevat een groot aantal actiepunten die kennisdeling over en bewustwording van de kwaliteitsstandaarden stimuleren:

- Partijen benadrukken dat het belangrijk is dat professionals kunnen werken volgens de geldende kwaliteitsstandaarden. Daartoe moeten professionals voldoende in de gelegenheid worden gesteld om bij- en nascholing te volgen. De financiering daarvan is onderdeel van de contracteringsafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
- Partijen hebben met elkaar afgesproken dat beroepsgroepen structureel de doorontwikkeling van opleidingen borgen die betrekking hebben op de ggz en op begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering). De zorgstandaarden worden ingebed in de opleidingen.

- Het akkoord bevat afspraken over bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.

Deze afspraken ten aanzien van opleiding dragen bij aan het verankeren van kennis over en gebruik van kwaliteitsstandaarden in de praktijk. Onderstaande partijen zetten zich in voor de uitvoering van deze afspraken op landelijk niveau.

Lokale oplossingsrichtingen

Professionals in de ggz hebben de 'verantwoordelijkheid' om hun collega's in aanpalende domeinen daar waar nodig kennis bij te brengen over psychische aandoeningen en over de (inhoud van) de daarbij behorende kwaliteitsstandaard. Denk hierbij aan het organiseren van een cursus of voorlichting over psychische aandoeningen aan collega's van de somatische afdelingen in het ziekenhuis of een informatiebijeenkomst over jeugd-ggz aan gemeenten.

14.5.2 Samenwerking

Zorgverleners functioneren in professionele netwerken binnen de gezondheidszorg en het sociale domein. Vaak zijn er meerdere professionals betrokken bij de behandeling en is een duidelijke rolverdeling tussen die professionals (binnen en tussen organisaties) nodig. Voor een goede implementatie van kwaliteitsstandaarden maken professionals (in en buiten de ggz), aanbieders, financiers en andere betrokkenen duidelijke samenwerkingsafspraken zodat de continuïteit en kwaliteit van de zorg niet in het geding komt. Goede en snelle informatie-uitwisseling (met respect voor privacy-wetgeving) en toegankelijkheid van informatie zijn daarbij belangrijke randvoorwaarden om de samenwerking goed te laten verlopen. Het [Landelijk Schakelpunt](#), waarin zorgverleners met toestemming van de patiënt eenvoudig inzicht hebben in het medicatieoverzicht van de patiënt is een voorbeeld van een hulpmiddel voor uitwisseling van en toegang tot informatie. Steeds meer GGZ-instellingen sluiten zich hier al bij aan.

Landelijke afspraken

Het bestuurlijk akkoord bevat een aantal actiepunten die de benodigde samenwerking in het kader van implementatie van de kwaliteitsstandaarden stimuleren: in de (door)ontwikkeling van opleidingen die betrekking hebben op de ggz en op begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering) wordt meer aandacht besteed aan samenwerking tussen verschillende domeinen en het organiseren van integrale zorg.

Ondertekende partijen schatten in dat de invoering van het kwaliteitsstatuut en de afspraken over samenwerking in het bestuurlijk akkoord voldoende helder zijn en dat voor implementatie van de standaard geen aanvullende afspraken nodig zijn.

Lokale oplossingsrichtingen

Zowel zorgprofessionals, zorgaanbieders als samenwerkingspartners besteden nu al veel aandacht aan lokale en regionale samenwerking. Dankzij deze samenwerking kunnen zij onnodige en dure zorg voorkomen. Iedere professional werkt binnen de eigen lokale en regionale context uiteraard samen met collega's, maar ook met partners zoals huisartsen, jeugdzorg, wijkteams, gemeenten, ziekenhuis, school, woningcoöperaties of UWV.

Als leidraad voor deze samenwerkingsafspraken dienen:

- De Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken: deze vormen de basis van afspraken tussen huisartsen, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.
- Het kwaliteitsstatuut: hierin staan werkafspraken die de zorgaanbieder maakt over het vormgeven van de afstemming en samenwerking tussen professionals, over op- en afschalen van zorg en over een goede overdracht.
- In het kader van het bestuurlijk akkoord maken gemeenten en zorgverzekeraars stapsgewijs regionale afspraken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Zorgaanbieders en gemeenten maken afspraken over de betrokkenheid van ggz-hulpverleners bij het wijknetwerk.
- In het bestuurlijk akkoord is ook vastgelegd dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de manier waarop de zorgprofessional voldoende ruimte en tijd krijgt voor goede samenwerking en afstemming.

14.5.3 Capaciteit

Een succesvolle uitvoering van de kwaliteitsstandaarden vereist voldoende capaciteit en tijd van professionals. In de huidige praktijk staan beschikbare tijd en capaciteit van professionals onder druk. Waar in sommige gevallen sprake is van een personeelstekort is in andere gevallen sprake van een probleem rondom optimale inzet van bepaalde professionals. Het organiseren en leveren van de zorg zoals beschreven in de kwaliteitsstandaarden kan resulteren in extra druk op bepaalde beroepsgroepen, verschuiving van inzet van de ene naar de andere beroepsgroep, maar mogelijk ook in minder werkdruk doordat de standaard goed wordt uitgevoerd en/of professionals beter samenwerken.

Ook blijken er in de praktijk behoorlijk wat problemen te zijn bij verwijzingen, met name veel te lange wachttijden voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen die verwezen worden naar de SGGZ.

Landelijke afspraken

In het bestuurlijk akkoord is benoemd dat op dit moment sprake is van (ernstige) arbeidsmarktproblematiek. Voor zorg en welzijn wordt in 2022 een groot personeelstekort verwacht. De bestuurlijk akkoorden (ggz en huisartsenzorg) bevatten hiervoor een aantal actiepunten:

- Bestaande (behandel)capaciteit kan beter worden ingezet via vermindering van administratieve lasten en een betere taakverdeling, beter benutten van de mogelijkheden die functiedifferentiatie en taakherschikking bieden, alsook het opleiden van professionals in de ggz, bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het gericht in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.
- (Tijdelijk) verruimen van capaciteit van regiebehandelaren en investeren in optimaal gebruik van (behandel)capaciteit door mee te werken aan het actieprogramma 'werken in de zorg'.
- Meer inzet van praktijkondersteuners ggz of consultatie van ggz-expertise in de huisartsenpraktijk.

Met de acties zoals beschreven in de bestuurlijk akkoorden en met inzicht in de juiste capaciteitsbehoefte, wordt een basis gelegd voor de aanpak van de arbeidsmarkt knelpunten in de ggz.

14.5.4 Behandelaanbod

Landelijke afspraken

De ggz-sector kent een divers zorgaanbod: grote en kleinere ggz-instellingen met eigen personeel en een groot aantal vrijgevestigde zorgverleners. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken gezamenlijk afspraken over het benodigde behandelaanbod in de regio. Gemeenten bepalen zelf de omvang van het budget voor zorg maar ook de manier waarop zij de verschillende onderdelen van het sociaal domein willen organiseren. Als blijkt dat zorgaanbieders te maken hebben met capaciteitsproblemen of budgetplafonds, dan moet het voor patiënten helder zijn waar zij terecht kunnen voor zorg. Zorgaanbieders en financiers in de regio hebben gezamenlijk de verantwoordelijkheid om de wachttijden aan te pakken. Als er te weinig behandelaars zijn, dan is het de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om mensen te wijzen op de zorgbemiddeling

zorgbemiddeling: Zie hiervoor ook het document Q&A Wachttijden Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg, november 2018.

[Meer informatie](#)

door hun eigen zorgverzekeraar. Hierover zijn ook afspraken gemaakt in het bestuurlijk akkoord.

Lokale oplossingsrichtingen

Betere samenwerking tussen ggz-instellingen in de regio, bijvoorbeeld als het gaat om het draaien van ANW-diensten. Een voorbeeld: in sommige regio's worden ANW-diensten bijna geheel door een klein clubje psychiaters in vaste dienst gedaan, terwijl ook psychiaters die niet in vaste dienst zijn, bereid zijn mee te draaien in deze diensten. Door hier goede afspraken over te maken, kan er voldoende capaciteit en aanbod geregeld worden in de regio.

14.5.5 Financiering

Landelijke afspraken

In het 'Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022' hebben alle betrokken partijen de ambitie uitgesproken om de kwaliteit van zorg in Nederland verder te verbeteren en eraan bij te dragen dat zorg zowel nu als op de lange termijn fysiek, tijdig én financieel toegankelijk blijft voor iedereen die dat nodig heeft. Ook is afgesproken er naar te streven om op termijn de kosten in de zorg niet sneller te laten stijgen dan de economische groei.

Lokale oplossingsrichtingen

Het bestuurlijk akkoord regelt dat gemeenten en zorgverzekeraars samen met zorgaanbieders in de 'brede ggz' stapsgewijs regionaal afspraken maken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Het cliënt- en familieperspectief is hierbij vertegenwoordigd. De volgende thema's zullen,

afhankelijk van de regionale situatie, in meerdere of mindere mate aan de orde zijn:

- Preventie en vroegsignalering.
- De aanpak van personen met verward gedrag.
- Brede triage en consultatie.
- De opbouw van ambulante zorg en ondersteuning.
- De bekostiging van samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal domein.
- De benodigde aanpak met betrekking tot de (financiering van) EPA / multiproblematiek-doelgroep.
- Overgang 18-/18+.
- De invulling van crisis- en ANW-uren.
- De rol en bekostiging van herstelacademies en zelfregiecentra.

Hoewel afspraken zijn gemaakt om toe te werken naar regionale afspraken over integrale zorg en daaruit volgend een integrale bekostiging zijn we daar nu nog niet. Dat is ook te merken aan de knelpunten ten aanzien van financiering die worden genoemd rondom implementatie van de kwaliteitsstandaarden:

- Hoe is de continuïteit van zorg én bekostiging te borgen, bijvoorbeeld bij de overgang 18-/18+, continueren van dagbesteding als de behandeling stopt of het financieren van contingentie management bij verslaving.
- Hoe kunnen we komen tot integrale bekostiging bij specifieke doelgroepen zoals kwetsbare ouderen, mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) of mensen met zowel somatische als psychiatrische problematiek?
- Hoe kunnen we komen tot een passende bekostiging voor bijvoorbeeld inzet ervaringsdeskundigen, inzet op preventie, zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegaafdheid (ZB), zorg aan patiënten met eetstoornissen in een gespecialiseerd centrum of inzet diëtist bij deze groep patiënten.

In het bestuurlijk akkoord zijn afspraken gemaakt over hoe deze vraagstukken de komende jaren kunnen worden opgelost. Zo hebben partijen zich gecommitteerd aan afspraken uit het actieprogramma 'Zorg voor de Jeugd' voor wat betreft het inzetten van acties gericht op het soepel laten verlopen van de overgang naar volwassenheid (18-/18+). En subsidieert VWS op dit moment preventiecoalities, bedoeld om structurele samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van preventieactiviteiten voor risicogroepen te stimuleren en activeren.

14.5.6 ICT

(Goede en snelle) informatie uitwisseling en toegankelijkheid van informatie, waarbij de privacy van de patiënt optimaal wordt geborgd, zijn belangrijke randvoorwaarden voor samenwerking tussen zorgprofessionals binnen hun professionele netwerk. De implementatie van kwaliteitsstandaarden vraagt om verdere optimalisatie van gegevensuitwisseling via ICT.

Landelijke afspraken

In het zorgbrede '[Actieplan \(Ont\)Regel de zorg](#)' is een sectoraal actieplan curatieve ggz vastgesteld. Daar waar stroomlijning van gegevensuitwisseling bij ICT-toepassingen niet mogelijk of wenselijk is treden partijen met elkaar in overleg in het Informatieberaad Zorg en kunnen partijen gezamenlijk tot besluitvorming komen. Ook besteedt het actieplan aandacht aan vermindering van administratieve

last als gevolg van het EPD en aan ICT-problematiek.

Daarnaast wordt er door het ministerie van VWS geïnvesteerd in het [Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional \(VIPPP\) GGZ](#). Het gaat om een budget voor instellingen die Zvw-zorg leveren om de informatievoorziening in de curatieve geestelijke gezondheidszorg te verbeteren door het implementeren van standaarden voor gegevensuitwisseling tussen patiënt en professional, het beschikbaar stellen van deze informatie aan de patiënt, het veilig verstrekken van (informatie over) medicatie en de inzet van eHealth bij de behandeling.

Lokale oplossingsrichtingen

Welke informatie, voor welke professionals, bij welke doelgroepen en bij welke aanbieders nodig is, is een keuze die lokaal gemaakt dient te worden. Of informatie over een eerdere suïcidepoging of informatie over medicatiegebruik en mogelijke bijwerkingen bijvoorbeeld standaard beschikbaar moet zijn óf dat alle informatie over een patiënt ook voor vaktherapeuten en huisartsen via het ICT systeem van de instelling te raadplegen moet zijn, zijn keuzes die binnen het professionele netwerk en met betrokken zorgaanbieders worden gemaakt. Dát zorgprofessionals (snel) toegang moeten hebben tot (goede) informatie, gegeven bestaande werkafspraken (zie hiervoor het Kwaliteitsstatuut waar iedere zorgaanbieder over dient te beschikken) én beschikbare ICT toepassingen om de continuïteit én de kwaliteit van de zorg die men met elkaar nastreeft te waarborgen, is hierbij het uitgangspunt. Dit zou bijvoorbeeld gerealiseerd kunnen worden via een zorginfrastructuur of schakelpunt.

14.6 Specifieke implementatie thema's

14.6.1 Bewustwording en kennisdeling

Zowel in de meeste reguliere GGZ-instellingen, wijkteams als algemene gezondheidszorg is de kennis over deze stoornissen niet voldoende. Daardoor wordt er niet goed uitvraag naar gedaan.

Landelijke afspraken

De landelijke afspraken zoals vermeld in het algemene deel van het implementatieplan bieden deels antwoord op dit implementatievraagstuk.

Lokale oplossingsrichtingen

Aanbieders in de verslavingszorg kunnen het op zich nemen lokale partners te informeren wanneer screening aan de orde is.

14.6.2 Samenwerking

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

14.6.3 Capaciteit

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

14.6.4 Behandelaanbod

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

14.6.5 Financiering

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

14.6.6 ICT

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

15. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 26-02-2018 Beoordelingsdatum 26-02-2018

15.1 Literatuur

15.1.1 Literatuur Inleiding

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision. Washington DC: Author.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. Washington DC: Author.

Anthony WA (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system of the 1990's. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16, 11–23.

Balshem, H., Helfand, M., Schünemann, H. J., Oxman, A. D., Kunz, R., (.....), & Guyatt, G. H. (2011). GRADE Guidelines 3. Rating the quality of evidence. Journal of Clinical Epidemiology, 64, 401-406.

De Haan G & Oude Bos J (2011). Veerkrachtig, weerbaar en zelfsturend; op weg naar herstelondersteunende verslavingszorg 2011–2016. Dalfsen/Groningen: Kennisnetwerk het Zwarte Gat.

Dijkstra, B., Van Oort, M., Schellekens, A., De Haan, H., & De Jong, C. (Red.) (2017). Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren. Utrecht: Perspectief Uitgevers.

Dröes J & Plooy A (2010). Herstelondersteunende zorg in Nederland: vergelijking met Engelstalige literatuur. Tijdschrift voor Rehabilitatie, 19(2), 6-17.

Engel GL (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196: 129-136.

GGZ Nederland (2006). Een visie op verslaving en verslavingszorg: Aanpak op meerdere fronten. Amersfoort, GGZ Nederland.

GGZ Nederland (2013). Een visie op verslaving en verslavingszorg: Focus op preventie en herstel. Amersfoort, GGZ Nederland.

GGZ Nederland (2017). <http://www.ggznederland.nl/themas/basis-ggz>. (dd 16 januari 2017).

Guyatt, G. H., Oxmann, A. D., Vist, G., Kunz, R., Brozek, J., (.....), & Schünemann, H. J. (2011). GRADE Guidelines 4. Rating the quality of evidence – Study limitations (risk of bias). Journal of Clinical Epidemiology, 64, 407-415.

Home Office (2010), The Drug Strategy 2010: Reducing Demand, Restricting Supply, Building

Recovery: Supporting People to Live a Drug Free Life, HM Government, London.

Jacobson N & Greenley D (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52 (4): 482–485.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2007). Evidence-based richtlijnontwikkeling. Handleiding voor werkgroepleden. Oorspronkelijke publicatie: April 2005. Update November 2007. Utrecht: CBO.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2009). Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol. Utrecht: Trimbos-instituut.

National Institute for Health and Care Excellence (2012), Drug Use Disorders QS23, NICE, London.

Netwerk verslavingszorg, GGZ Nederland (2010) Handvest van Maastricht. Herstel als leidend principe in de verslavingszorg. Amersfoort: Kennisnetwerk het Zwarte Gat, Netwerk patiëntenraden verslavingszorg.

Norcross JC & Lambert MJ (2001). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48 (1): 4.

Oude Bos J & Schippers R (2012). Resultaten boeken? Verbeter het herstelklimaat! pleidooi voor herstelondersteunend werken in de verslavingszorg. Arnhem: Kennisnetwerk het Zwarte Gat. Congres Resultaten Scoren (oktober).

Oude Bos J e.a. (2011). Veerkrachtig, weerbaar en zelfsturend: Op weg naar herstel-ondersteunende verslavingszorg 2011–2016. Dalfsen/Groningen: Kennisnetwerk het Zwarte Gat.

Slade M (2009). *Personal Recovery and Mental Illness; a guide for mental health professionals*.

Cambridge University Press, New York.

Stollenga M, de Haan G & de Goede J (2013). Naar duurzaam herstel. Is de Skuul richtinggevend voor de verslavingszorg? *Tijdschrift voor Verslaving*, 9, 67-80.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2012). SAMHSA's working definition of recovery. 10 guiding principles of recovery. www.samhsa.gov

Trimbos-instituut en Nederlands Huisartsen Genootschap (2016). Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning, herziening 2016. Utrecht: Trimbos-instituut en Nederlands Huisartsen Genootschap.

Van den Brink, W., Van der Glind, G., & Schippers, G. (Red.) (2013). Multidisciplinaire richtlijn Opiaatverslaving. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden.

Van der Stel JC (2012). Focus op herstel bij psychische problemen. Boom Lemma uitgevers.

Vos S (2010). HOOP doet leven. Naar een Herstel Ondersteunend Ontwikkelings Programma.

Lectoraat Rehabilitatie, Hanzehogeschool, Groningen.

World Health Organization (1994). International classification of diseases, tenth edition. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2002). Internationale classificatie van het menselijk functioneren: ICF. Nederlandse vertaling van de WHO publicatie International classification of functioning, disability and health. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

15.1.2 Literatuur Screening, classificatie, diagnostiek

Adamson, S. J., & Sellman, J. D. (2003). A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug Alcohol Rev*, 22(3), 309-315.

Adamson, S. J., Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Lewin, T. J., Thornton, L., Kelly, B. J., & Sellman, J. D. (2010). An improved brief measure of cannabis misuse: the Cannabis Use Disorders Identification Test-Revised (CUDIT-R). *Drug Alcohol Depend*, 110, 137-143.

Ali, R., Meena, S., Eastwood, B., Richards, I., & Marsden, J. (2013). Ultra-rapid screening for substance-use disorders: The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST-Lite). *Drug and Alcohol Dependence*, 132, 352-361.

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision. Washington DC: Author.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. Washington DC: Author.

Andreas, S., Harries-Hedder, K., Schwenk, W., Hausberg, M., Koch, U., & Schulz, H. (2010). Is the Health of the Nation Outcome Scales appropriate for the assessment of symptom severity in patients with substance-related disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39, 32-40.

Annaheim, B., Rehm, J., & Gmel, G. (2008). How to screen for problematic cannabis use in population surveys: an evaluation of the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in a Swiss sample of adolescents and young adults. *Eur Addict Res*, 14, 190-197.

Annaheim, B., Scotto, T. J., & Gmel, G. (2010). Revising the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) by means of Item Response Theory. *Int J Methods Psychiatr Res*, 19, 142-155.

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care (second edition). Geneva, Switzerland.

Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *European Addiction Research*, 11, 22-31.

Blanken, P., Hendriks, V., Pozzi, G., Tempesta, E., Hartgers, C., (.....), & Uchtenhagen, A. (1995)

European Addiction Severity Index (EUROPASI): A Guide to Training and Administering EuropASI Interviews. Commission of the European Communities/ COST A6.

Blodgett, J. C., Maisel, N. C., Fuh, I. L., Wilbourne, P. L., & Finney, J. W. (2014). How effective is continuing care for substance use disorders? A meta-analytic review. *Journal of substance abuse treatment*, 46(2), 87-97.

Bogenschutz, M. P., Donovan, D. M., Mandler, R. N., Perl, H. I., Forcehimes, A. A., (...), & (2014). Brief intervention for patients with problematic drug use presenting in emergency departments: a randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association Internal Medicine*, 174, 1736-1745.

Boomsma, L. J., Drost, I. M., Larsen, I. M., Luijkx, J. J. H. M., Meerkerk, G. J., (...), & Sijbom, M. (2014). NHG-Standaard problematisch alcoholgebruik (derde herziening). *Huisarts en wetenschap*, 57, 638-646.

Boonstra, N., Wunderink, L., Sytma, S., & Wiersma, D. (2009). Improving detection of first-episode psychosis by mental health-care services using a self-report questionnaire. *Early Interv Psychiatry*, 3(4), 289-295.

Brondbo, P. H., Mathiassen, B., Martinussen, M., Heiervang, E., Eriksen, M., & Kvernmo, S. (2012). Agreement on Web-based Diagnoses and Severity of Mental Health Problems in Norwegian Child and Adolescent Mental Health Services. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 8, 16-21.

Brown, R. L., & Rounds, L. A. (1995). Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: criterion validity in a primary care practice. *Wis Med J*, 94, 135-140.

Brusse, N. P. H., & Hendriks, V. M. (2005). Adolescent Diagnostic Interview – Light. Geautoriseerde Nederlandse vertaling. Den Haag: Brijder Onderzoek, Parnassia Addiction Research Centre.

Buchholz, A., Rist, F., Küfner, H., & Kraus, L. (2009). Die deutsche Version des Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): Reliabilität, Validität und Anwendbarkeit. *Sucht*, 55, 219-242.

Burgess, P., Pirkis, J., Coombs, T., & Rosen, A. (2011). Assessing the value of existing recovery measures for routine use in Australian mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(4), 267-280.

Chen, K. W., Killea-Jones, L. A., & Vega, W. A. (2005). Prevalence and co-occurrence of psychiatric symptom clusters in the U.S. adolescent population using DISC predictive scales. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 22.

Chung, T., Smith, G. T., Donovan, J. E., Windle, M., Faden, V. B., Chen, C. M., & Martin, C. S. (2012). Drinking frequency as a brief screen for adolescent alcohol problems. *Pediatrics*, 129, 205-212.

Compton, W. M., Saha, T. D., Conway, K. P., & Grant, B. F. (2009). The role of cannabis use within a dimensional approach to cannabis use disorders. *Drug Alcohol Depend*, 100, 221-227.

Copeland, J., Gilmour, S., Gates, P., & Swift, W. (2005). The Cannabis Problems Questionnaire:

factor structure, reliability, and validity. *Drug and Alcohol Dependence*, 80, 313-319.

Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M., & Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community mental health journal*, 35(3), 231-239.

Corrigan, P. W., Salzer, M., Ralph, R. O., Sangster, Y., & Keck, L. (2004). Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1035.

Couwenbergh, C., van der Gaag, R. J., Koeter, M., de Rooter, C., & van den Brink, W. (2009). Screening for substance abuse among adolescents validity of the CAGE-AID in youth mental health care. *Subst Use Misuse*, 44, 823-834.

Cuenca-Royo, A. M., Sánchez-Niubó, A., Forero, C. G., Torrens, M., Suelves, J. M., & Domingo-Salvany, A. (2012). Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. *Addictive Behaviors*, 37, 709-715.

De Las Cuevas, C., Sanz, E. J., De La Fuente, J. A., Padilla, J., & Berenguer, J. C. (2000). The Severity of Dependence Scale (SDS) as screening test for benzodiazepine dependence: SDS validation study. *Addiction*, 95, 245-250.

DeWildt, W., Schramade, M., Boonstra, M., & Bachrach, C. (2002). Module indicatiestelling & trajecttoewijzing. Utrecht: GGZ Nederland.

Dhalla, S., Zumbo, B. D., & Poole, G. (2011). A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010. *Current Drug Abuse Reviews*, 4, 57-64.

Dyson, V., Appleby, L., & Altman, E., Doot, M., Luchins, D. J., & Delehant, M. (1998). Efficiency and validity of commonly used substance abuse screening instruments in public psychiatric patients. *Journal of Addictive Diseases*, 17, 57-75.

Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252, 1905-1907.

Federici, S., Bracalenti, M., Meloni, F., & Luciano, J. V. (2016). World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. *Disability and Rehabilitation*. doi: 10.1080/09638288.2016.1223177.

Ferdinand, R. F., & van der Ende, J. (2002). Nederlandse vertaling van de DISC-IV; Diagnostic Interview Schedule for Children. Rotterdam: Afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het Sophia Kinderziekenhuis.

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Benjamin, L. S. (1997). User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders: SCID-II. American Psychiatric Pub.

First, M. B., Spitzer, R. L., & Gibbon, M. (1994). Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV disorders. New York: Biometrics Research Institute.

Friedrichs, A., Spies, M., Härter, M., & Buchholz, A. (2016). Patient Preferences and Shared Decision Making in the Treatment of Substance Use Disorders: A Systematic Review of the Literature. *PLoS one*, 11(1), e0145817.

- Gelberg, L., Andersen, R. M., Leake, B., Arangua, L., Vahidi, M., (...), & Baumeister, S. E. (2015). Project Quit (Quit Using Drugs Intervention Trial): a randomised controlled trial of a primary care-based multi-component brief intervention to reduce risky drug use. *Addiction*, 110, 1777-1790.
- Gezondheidsraad. (2000) Diagnostiek en behandeling van ADHD. (Publicatie nr. 2000/24 ed.). Den Haag: Gezondheidsraad.
- Girard, V., Tinland, A., Boyer, L., Auquier, P., & French Housing First Study Group. (2015). Psychometric properties of the recovery measurement in homeless people with severe mental illness. *Schizophrenia Research*, 169(1), 292-297.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90, 607-614.
- Gryczynski, J., Kelly, S. M., Mitchell, S. G., Kirk, A., O'Grady, K. E., & Schwartz, R. P. (2015). Validation and performance of the Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) among adolescent primary care patients. *Addiction*, 110, 240-247.
- Haro, J.M., Arbabzadeh-Bouchez, S., Brugha, T.S., et al. (2006). Concordance of the Composite Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15, 167-180.
- Hasin, D., Kerridge, B. T., Saha, T. D., Huang, B., Pickering, R., et al. (2015). Prevalence and correlates of DSM-5 cannabis use disorder, 2012-2013: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions – III. *The American Journal of Psychiatry*, 173, 588-599.
- Hendriks, V. M. (2009). Meten en meetinstrumenten. In: I. Franken, & W. van den Brink (Red.), *Handboek Verslaving* (pp. 245-274). De Tijdstroom.
- Hengeveld, M.W., Beekman, A.T.F., Beerthuis, R.J., et al. (2015). Richtlijn psychiatrische diagnostiek. Tweede, herziene versie. Utrecht: De Tijdstroom
- Hildebrand, M. (2015). The psychometric properties of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT): A review of recent research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 53, 52-59.
- Humeniuk, R. & Ali, R. (2006). Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and pilot brief intervention. A technical report of phase II findings of the WHO ASSIST project. Geneva: World Health Organization.
- Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T. F., Farrell, M., Formigoni, M. L., (...), & Simon, R. (2008). Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Addiction*. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007/02114.x.
- Ion, R., Monger, B., Hardie, S., Henderson, N., & Cumming, J. (2013). A tool to measure progress and outcome in recovery. *British Journal of Mental Health Nursing*, 2(4), 56-60
- Jee, S. H., Halterman, J. S., Szilagyi, M., Conn, A. M., Alpert-Gillis, L., & Szilagyi, P. G. (2011). Use of a brief standardized screening instrument in a primary care setting to enhance detection of social-emotional problems among youth in foster care. *Acad Pediatr*, 11(5), 409-413.

Joosten, E. A., DeFuentes-Merillas, L., De Weert, G. H., Sensky, T., Van Der Staak, C. P. F., & de Jong, C. A. (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and psychosomatics*, 77(4), 219-226.

Kaye, S., & Darke, S. (2002). Determining a diagnostic cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for cocaine dependence. *Addiction*, 97, 727-731.

Kelly, S. M., Gryczynski, J., Mitchell, S. G., Kirk, A., O'Grady, K. E., & Schwartz, R. P. (2014). Concordance between DSM-5 and DSM-IV nicotine, alcohol, and cannabis use disorder diagnoses among pediatric patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 140, 213-216.

Kessler, R. C., Avenevoli, S., Green, J., Gruber, M. J., Guyer, M., He, Y., . . . Zaslavsky, A. M. (2009). National comorbidity survey replication adolescent supplement (NCS-A): III. Concordance of DSM-IV/CIDI diagnoses with clinical reassessments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48, 386-399.

Kessler, R. C., Calabrese, J. R., Gruber, M. J., Jewell, M. A., Katon, W., (.....), & Wittchen, H. U. (2013). Composite International Diagnostic Interview screening scales for DSM-IV anxiety and mood disorders. *Psychological Medicine*, 43, 1625-1637.

Knight, J. R., Harris, S. K., Sherritt, L., Van Hook, S., Lawrence, N., Brooks, T., . . . Kulig, J. (2007). Prevalence of positive substance abuse screen results among adolescent primary care patients. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161, 1035-1041.

Knight, J. R., Sherritt, L., Harris, S. K., Gates, E. C., & Chang, G. (2003). Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcohol Clin Exp Res*, 27, 67-73.

Knight, J. R., Sherritt, L., Shrier, L. A., Harris, S. K., & Chang, G. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156, 607-614.

Knight, J. R., Shrier, L. A., Bravender, T. D., Farrell, M., Vander Bilt, J., & Shaffer, H. J. (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 153, 591-596.

Kok, T., De Haan, H.A., Van der Meer, M., Najavits, L.M., & De Jong, C.A.J. (2015). Screening of current PTSD in substance use disorder patients with the Depression, Anxiety and Stress Scale (DAS-21): a reliable and convenient measure. *European Addiction Research*, 21, 71-77.

Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependents. *European Addiction Research*, 1, 208-210.

Kraanen, F. (2008). Drug use disorders identification test. Authorized Dutch translation. Amsterdam: University of Amsterdam, Department of Clinical Psychology. www.emcdda.europa.eu.

Küfner, H., Buchholz, A., Lindenmeyer, J., Kraus, L., & Rist, F. (2009). Änderungssensitivität und prognostische Validität der MATE Indizes. *Sucht*, 55, 243-251.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2007). Evidence-based richtlijnontwikkeling.

Handleiding voor werkgroepleden. Oorspronkelijke publicatie: April 2005. Update November 2007. Utrecht: CBO.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452.

Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., et al. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12, 224-231.

Legleye, S., Karila, L., Beck, F., & Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use*, 4, 233-242.

López-Pelayo, H., Batalla, A., Balcells, M. M., Colom, J., & Gual, A. (2015). Assessment of cannabis use disorders: a systematic review of screening and diagnostic instruments. *Psychological Medicine*, 45, 1121-1133.

Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., et al. (1994). The International Personality Disorder Examination: the WHO-ADAMHA international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215-224.

Lucas, C. P., Zhang, H., Fisher, P. W., Shaffer, D., Regier, D.A., (.....), & Friman, P. (2001). The DISC Predictive Scales (DPS): Efficiently screening for diagnosis. *American Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 443-449.

Makai, P., Brouwer, W. B., Koopmanschap, M. A., Stolk, E. A., & Nieboer, A. P. (2014). Quality of life instruments for economic evaluations in health and social care for older people: a systematic review. *Social Science & Medicine*, 102, 83-93.

Mäkelä, K. (2004). Studies of the reliability and validity of the Addiction Severity Index. *Addiction*, 99(4), 398-410.

Makoul, G., & Clayman, M. L. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient education and counseling*, 60(3), 301-312.

Martin, C. S., Pollock, N. K., Bukstein, O. G., & Lynch, K. G. (2000). Inter-rater reliability of the SCID alcohol and substance use disorders section among adolescents. *Drug Alcohol Depend*, 59, 173-176.

Martin, G., Copeland, J., Gates, P., & Gilmour, S. (2006). The Severity of Dependence Scale (SDS) in an adolescent population of cannabis users: reliability, validity and diagnostic cut-off. *Drug Alcohol Depend*, 83, 90-93.

McAweeney, M., Rogers, N. L., Huddleston, C., Moore, D., & Gentile, J. P. (2010). Symptom prevalence of ADHD in a community residential substance abuse treatment program. *J Atten Disord*, 13, 601-608.

McKay (2009). Continuing care research: What we have learned and where we are going. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 131-145.

Merkx, M.J. (2016). Guidelines for patient treatment matching in the substance abuse system: Feasibility, predictive validity and improvement. Thesis, University of Amsterdam.

Merkx, M.J., Schippers, G.M., Koeter, M.W., Vuijk, P.J., Poch, M., Kronemeijer, H., Van den Brink, W. (2013). Predictive validity of treatment allocation guidelines on drinking outcome in alcohol-dependent patients. *Addictive Behaviors*, 38, 1691-8.

Merkx, M.J.M., Schippers, G.M., Koeter, M.J.W., Vuijk, P.J., Oudejans, S., DeVries, C.C.Q., & Brink, W. van den (2007). Allocation of substance use disorder patients to appropriate levels of care: Feasibility of matching guidelines in routine practice in dutch treatment centres. *Addiction*, 102, 466–474.

Meyer GJ, Finn SE, Eyde LD, Kay GG, Moreland KL, Dies RR, e.a. Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *Am Psychologist* 2001; 56: 128-65.

Miller, P. R. (2001). Inpatient diagnostic assessments: 2. Interrater reliability and outcomes of structured vs. unstructured interviews. *Psychiatry Res*, 105, 265-271.

Monger, B., Hardie, S., Ion, R., Cumming, J., & Henderson, N. (2013). The Individual Recovery Outcomes Counter: Preliminary validation of a personal recovery measure. *The Psychiatrist*, 37, 221-227

Mulder, C. L., Staring, A. B. P., Loos, J., Buwalda, V. J. A., Kuijpers, D., Sytema, S., & Wierdsma, A. I. (2004). De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assessment'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 273-284.

Müller, M., Vandeleur, C., Weniger, G., Prinz, S., Vetter, S., & Egger, S. T. (2016). The performance of the Health of the Nation Outcome Scales as measures of clinical severity. *Psychiatry research*, 239, 20-27.

Neale, J., Vitoratou, S., Finch, E., Lennon, P., Mitcheson, L., Panebianco, D., ... & Marsden, J. (2016). Development and Validation of 'Sure': A Patient Reported Outcome Measure (Prom) for Recovery from Drug And Alcohol Dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 165, 159-167.

Neil, S., Kilbride, M., Pitt, L., Nothard, S., Welford, M., Sellwood, W., et al. (2009). The questionnaire about the process of recovery (QPR): a measurement tool developed in collaboration with service users. *Psychosis*, 1, 1-11.

Newcombe, D. A. L., Humeniuk, R. E., & Ali, R. (2005). Validation of the World Health Organization Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): report of results from the Australian site. *Drug and Alcohol Review*, 24, 217-226.

NHG-werkgroep Slaapproblemen en Slaapmiddelen (2014). NHG-Standaard Slaapproblemen en Slaapmiddelen (tweede herziening). *Huisarts en Wetenschap*, 57, 352-361.

Peer, K., Rennert, L., Lynch, K. G., Farrer, L., Gelernter, J., & Kranzler, H. R. (2013). Prevalence of DSM-IV and DSM-5 alcohol, cocaine, opioid, and cannabis disorders in a largely substance dependent sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 127, 215-219.

Pfohl, B., Blum, N., & Zimmerman, M. (1997). Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV).

Washington, DC: American Psychiatric Press.

Piontek, D., Kraus, L., Legleye, S., & Buhringer, G. (2011). The validity of DSM-IV cannabis abuse and dependence criteria in adolescents and the value of additional cannabis use indicators. *Addiction*, 106, 1137-1145.

Pirkis JE, Burgess, PM, Kirk, PK, Dodson, S. Coombs, TJ, Williamson, MK (2005). A review of the psychometric properties of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) family of measures. *Health and Quality of Life Outcomes* 2005, 3:76.

Pol, P. van der, Liebrechts, N., De Graaf, R., Korf, D. J., Van den Brink, W., & Van Laar, M. (2013). Reliability and validity of the Severity of Dependence Scale for detecting cannabis dependence in frequent cannabis users. *Int J Methods Psychiatr Res*, doi: 10.1002/mpr.1385.

Ramirez Basco, M., Bostic, J. Q., Davies, D., Rush, A. J., Witte, B., Hendrickse, W., & Barnett, V. (2000). Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *Am J Psychiatry*, 157, 1599-1605.

Roy-Byrne, P., Bumgardner, K., Krupski, A., Dunn, C., Ries, R., (...), & Zarkin, G. A. (2014). Brief intervention for problem drug use in safety-net primary care settings: a randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 312, 492-501.

Rumpf, H. J., Wohler, T., Freyer-Adam, J., Grothues, J., & Bischof, G. (2013). Screening questionnaires for problem drinking in adolescents: performance of AUDIT, AUDIT-C, CRAFFT and POSIT. *Eur Addict Res*, 19, 121-127.

Saha, T. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2007). The role of alcohol consumption in future classifications of alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend*, 89, 82-92.

Saitz, R. (2015). Commentary on Gelberg et al. 2015: Alcohol and other drug screening and brief intervention – evidence in crisis. *Addiction*, 110, 1791-1793.

Saitz, R., Palfai, T. A., Cheng, D. M., Alford, D. P., Bernstein, J. A., (...), & Samet, J. H. (2014). Screening and brief intervention for drug use in primary care: the ASPIRE randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 312, 502-513.

Schippers, G. M. & Broekman, T. G. (2007). Development of an instrument assessing patient characteristics in substance abuse treatment Final report ZonMw/Resultaten Scoren-project nr 31000068. Amsterdam, AIAR, AMC-Amsterdam & Bureau Beta, Nijmegen.

Schippers, G. M. & Broekman, T. G. (2011). MATE-Uitkomsten 2.1. Handleiding en protocol. Nijmegen: Bêta Boeken.

Schippers, G. M., & Broekman, T. G. (2010). De AUDIT. Nederlandse vertaling van de Alcohol Use Disorders Identification Test. Babor, T., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J., & Monteiro, M.G. (2001). Retrieved from <http://www.mateinfo.nl/audit/audit-nl.pdf>. Schippers, G. M., & Broekman, T. G. (2013). MATE-Y 2.1a. Handleiding en protocol voor de MATE-Jeugd. Nijmegen: Bêta Boeken.

Schippers, G. M., & Broekman, T. G. (2013a). MATE-Y 2.1a. Handleiding en protocol voor de MATE Jeugd. Nijmegen: Bêta Boeken.

Schippers, G. M., & Broekman, T. G. (2013b). MATE-Y: Samenstelling, toetsing en verspreiding. Amsterdam: AIAR; Nijmegen: Bureau Bêta. <http://www.mateinfo.eu/pubs>.

Schippers, G. M., Broekman, T. G., & Buchholz, A. (2011). MATE 2.1. Handleiding en protocol. Nijmegen: Bêta Boeken.

Schippers, G. M., Broekman, T. G., Koeter, M. W. J., & van den Brink, W. (2004). The Addiction Severity Index as a first generation instrument: commentary on 'Studies of the reliability and validity of the ASI' by K. Mäkelä. *Addiction*, 99, 416-417.

Schippers, G.M., Broekman, T.G., Buchholz, A., Koeter, M., & van den Brink, W. (2010). Measurements in addictions for triage and evaluation (MATE): an instrument based on the World Health Organization family of international classifications. *Addiction*, 105, 862-871.

Scholte, E. M., van Berckelaer-Onnes, I. A., & van der Ploeg, J. D. (2001). DSM-IV related ADHD symptom ratings by professional caretakers in residential treatment centres. *J Child Psychol Psychiatry*, 42, 341-346.

Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39, 28-38.

Shanks, V., Williams, J., Leamy, M., Bird, V. J., Le Boutillier, C., & Slade, M. (2013). Measures of personal recovery: a systematic review. *Psychiatric Services*, 64(10), 974-980.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., et al. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12, 232-241.

Shepherd, G., Boardman, J., Rinaldi, M., & Roberts, G. (2014). Supporting recovery in mental health services: Quality and outcomes. *Implementing Recovery Through Organisational Change*, London.

Stel, J. C. van der (2012). Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen. Boom Lemma uitgevers.

Stovell, D., Morrison, A. P., Panayiotou, M., & Hutton, P. (2016). Shared treatment decision-making and empowerment-related outcomes in psychosis: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, bjp-bp.

Swift, W., Copeland, J., & Hall, W. (1998). Choosing a diagnostic cut-off for cannabis dependence. *Addiction*, 93, 1681-1692.

Topp, L., & Mattick, R. P. (1997). Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users. *Addiction*, 92, 839-845.

Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Rehm, J. (2010). *Measuring Health and Disability Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. Geneva: World Health Organization.

VAD (2010). Handleiding ASSIST voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Brussel: VAD.

- Van Gestel-Timmermans, J.A.W.M., van Veldhuijsen, R.E.S.R., Van Weeghel, J., Van Nieuwenhuizen, Ch. (2015). Verslag Psychometrische evaluatie van de Nationale Herstelschaal. Tilburg: Tilburg University/ SBWU.
- Van Nieuwenhuizen, C., Wilrycx, G., Moradi, M., & Brouwers, E. (2013). Psychometric evaluation of the Dutch version of the Mental Health Recovery Measure (MHRM). *International Journal of Social Psychiatry*, 0020764012472302.
- VanDerNagel, J. E., Kiewik, M., Van Dijk, M., Didden, R., Korzilius, H. P., (....), & De Jong, C. A. (2016). Substance use in individuals with mild to borderline intellectual disability: A comparison between self-report, collateral-report and biomarker analysis. *Research in Developmental Disabilities*. doi: 10.1016/j.ridd.2016.04.006.
- VanDerNagel, J., Kiewik, M., Van Dijk, M., De Jong, D., & Didden, R. (2011). Handleiding SumID-Q. Meetinstrument voor het in kaart brengen van middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Deventer: Tactus.
- Verster, A. (2005). Literatuurstudie. In W. A. J. M. De Wildt. Nazorg na deeltijd en klinische behandeling. Utrecht: Resultaten Scoren
- Wasserman, G. A., McReynolds, L. S., Musabegovic, H., Whited, A. L., Keating, J. M., & Huo, Y. (2009). Evaluating project connect: Improving juvenile probationers' mental health and substance use service access. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 36, 393-405.
- Westermann, G. M., & Maurer, J. M. (2015). Gedeelde besluitvorming in de GGz: het adviesgesprek in de jeugd-GGz als voorbeeld. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 352-360.
- Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Burgerlijk Wetboek. Den Haag: Sdu; 1994.
- Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Burgerlijk Wetboek. Den Haag: Sdu; 1995
- Wiersma, D., Visser, E., Bähler, M., Bruggeman, R., Delespaul, P. A., van der Gaag, M., ... & Pijnenborg, G. H. M. (2015). Functionele remissie bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening; psychometrische eigenschappen van een nieuw ROM-instrument. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 395-404.
- Williams, J. W., Jr., Noel, P. H., Cordes, J. A., Ramirez, G., & Pignone, M. (2002). Is this patient clinically depressed? *JAMA*, 287, 1160-1170.
- Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Norton, S., Pesola, F., & Slade, M. (2015). Development and evaluation of a measure to identify mental health service support for recovery (INSPIRE). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 777-786.
- Williams, J., Leamy, M., Pesola, F., Bird, V., Le Boutillier, C., & Slade, M. (2015). Psychometric evaluation of the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR). *The British Journal of Psychiatry*, 207(6), 551-555.
- Wing, J. K., Beevor, A. A., Curtis, R. H., Park, S. B., Hadden, S., & Burns, A. (1998). Health of the

Nation Outcome Scales. *The British Journal of Psychiatry*, 172, 11-18.

Winters, K. C. (2000). *The Adolescent Diagnostic Interview – Light*. Minneapolis, MN: University of Minnesota, Center for Adolescent Substance Abuse Research.

Winters, K. C., & Henly, G. A. (1993). *Adolescent Diagnostic Interview schedule and manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Fulkerson, J., & Henly, G. A. (1993). Measuring alcohol and cannabis use disorders in an adolescent clinical sample. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 185-196.

Wittchen, H. U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO--Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res*, 28, 57-84.

World Health Organization (1990). *Composite International Diagnostic Interview*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (1997). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI) Versie 2.1*. Amsterdam: WHO-CIDI Training en Referentie Centrum. Psychiatrisch Centrum AMC, Amsterdam.

World Health Organization (2002). *Internationale classificatie van het menselijk functioneren: ICF*. Nederlandse vertaling van de WHO publicatie *International classification of functioning, disability and health*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

World Health Organization Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (WHO ASSIST) Working Group (2002). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility*. *Addiction*, 97, 1183-1194.

Young, S. L., & Bullock, W. A. (2005). *The Mental Health Recovery Measure*. In T. Campbell-Orde, E. Garrett & S. Leff (eds), *Measuring the promise of recovery: A compendium of recovery and recovery related instruments, part II* (pp. 36–41). Cambridge, MA: The Evaluation Center @ Human Services Research Institute.

Young, S. L., Ensing, D., & Bullock, W. A. (2000). *Mental Health Recovery Measure: Background, scoring, and psychometrics*. In R. O. Ralph, K. Kidder & D. Phillips (eds), *Can we measure recovery? A compendium of recovery and recovery-related instruments* (pp. 99–108). Cambridge, MA: The Evaluation Center @ Human Services Research Institute.

Literatuur paragraaf Laboratoriumonderzoek op drugsgebruik

Agius, R., & Nadulski, T. (2014). Utility of ELISA screening for the monitoring of abstinence from illegal and legal drug in hair and urine. *Drug Testing and Analysis*, 6, 101-109.

American Society of Addiction Medicine (2013): *Drug testing: A white paper of the American Society of Addiction Medicine (ASAM)*. Maryland: American Society of Addiction Medicine.

Hjortøj, C. R., Hjortøj, A. R., & Nordentoft, M. (2012). Validity of Timeline Follow-Back for self-reported use of cannabis and other illicit substances. *Systematic review and meta-analysis*. *Addictive Behaviors*, 37, 225-233.

Jaffe, W. B., Trucco, E., Levy, S., & Weiss, R. D. (2007). Is this urine really negative? A systematic review of tampering methods in urine drug screening and testing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 33-42.

Koster, R. A., Alffenaar, J. C., Greijdanus, B., VanDerNagel, J. E., & Uges, D. R. A. (2014). Application of sweat patch screening for 16 drugs and metabolites using a fast and highly selective LC-MS/MS method. *Therapeutic Drug Monitoring*, 36, 35-45.

Levy, S., & Siqueira, L. M. (2014). Testing for drugs of abuse in children and adolescents. *Pediatrics*, 133, e1798-e1807.

National Institute on Drug Abuse (2009). Principles of drug addiction treatment. Second edition. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.

Pearson, F. S., Prendergast, M. L., Podus, D., Vazan, P., Greenwell, L., & Hamilton, Z. (2012). Meta-analyses of seven of NIDA's Principles of Drug Addiction Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43, 1-11.

Sadones, N., Capiou, S., De Kesel, P. M. M., Lambert, W. E., & Stove, C. P. (2014). Spot them in the spot: Analysis of abused substances using dried blood spots. *Bioanalysis*, 6, 2211-27.

Saitman, A., Park, H., & Fitzgerald, R. L. (2014). False-positive interferences of common urine drug screen immunoassays: A review. *Journal of Analytical Toxicology*, 38, 387-396.

Van den Brink, W., Van der Glind, G., & Schippers, G. (Red.) (2013). Multidisciplinaire richtlijn Opiaatverslaving. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden.

Verstraete, A. G. (2004). Detection times of drugs of abuse in blood, urine, and oral fluid. *Therapeutic Drug Monitoring*, 26, 200-205.

Weijers-Everhard, J. (2009). Laboratoriumonderzoek. In: I. Franken & W. van den Brink (Red.). *Handboek verslaving*, p.p. 275-295. Utrecht: De tijdstroom.

15.1.3 Literatuur Cannabis

Baker, A., Bucci, S. A., Lewin, T. J., Kay-Lambkin, F., Constable, P. M., & Carr, V. J. (2006). Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders in people with psychotic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 188, 439-448.

Balter, R. E., Cooper, Z. D., & Haney, M. (2014). Novel pharmacological approaches to treating cannabis use disorder. *Current Addiction Reports*, 1, 137-143.

Barrowclough, C., Marshall, M., Gregg, L., Fitzsimmons, M., Tomenson, B., Warburton, J., & Lobban, F. (2014). A phase-specific psychological therapy for people with problematic cannabis use following a first episode of psychosis: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 44, 2749-2761.

Bender, K., Tripodi, S. J., Sarteschi, C., & Vaughn, M. G. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce adolescent cannabis use. *Research on Social Work Practice*, 21, 153-164.

- Berk, M., Brook, S., & Trandafir, A. I. (1999). A comparison of olanzapine with haloperidol in cannabis-induced psychotic disorder: a double-blind randomized controlled trial. *International Clinical Psychopharmacology*, 14, 177-180.
- Berk, M., Brook, S., & Nur, F. (2000). Risperidone compared to haloperidol in cannabis-induced psychotic disorder: A double blind randomized controlled trial. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 4, 139-142.
- Bernstein, E., Edwards, E., Dorfman, D., Heeren, T., Bliss, C., & Berstein, J. (2009). Screening and brief intervention to reduce marijuana use among youth and young adults in a pediatric emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 16, 1174-1185.
- Bonsack, C., Manetti, S. G., Favrod, J., Montagrin, Y., Besson, J., Bovet, P., & Conus, P. (2011). Motivational intervention to reduce cannabis use in young people with psychosis: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 287-297.
- Brunette, M. F., Dawson, R., O'Keefe, C. D., Narasimhan, M., Noordsy, D. L., Wojcik, J., & Green, A. I. (2011). A randomized trial of clozapine vs. other antipsychotics for cannabis use disorder in patients with schizophrenia. *Journal of Dual Diagnosis*, 7, 50-63.
- Budney, A. J., Higgins, S. T., Radonovich, K. J., & Novey, P. L. (2000). Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1051-1061.
- Budney, A. J., Moore, B. A., Roch, H. L., & Higgins, S. T. (2006). Clinical trial of abstinence-based vouchers and cognitive-behavioral therapy for cannabis dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 307-316.
- Carroll, K. M., Nich, C., LaPaglia, D. M., Peters, E. N., Easton, C. J., & Petry, N. M. (2012). Combining cognitive behavioral therapy and contingency management to enhance their effects in treating cannabis dependence: less can be more, more or less. *Addiction*, 107, 1650-1659.
- Cooper, K., Chatters, R., Kaltenthaler, E., & Wong, R. (2015). Psychological and psychosocial interventions for cannabis cessation in adults: systematic review short report. *Health Technology Assessment*, 19(56).
- Cornelius, J. R., Bukstein, O. G., Douaihy, A. B., Clark, D. B., Chung, T. A., (...), & Brown, S. J. (2010). Double-blind fluoxetine trial in comorbid MDD-CUD youth and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 112, 39-45.
- Crippa, J. A. S., Derenusson, G. N., Chagas, M. H. N., Atakan, Z., Martín-Santos, R., Zuardi, A., & Hallak, J. E. C. (2012). Pharmacological interventions in the treatment of the acute effects of cannabis: a systematic review of the literature. *Harm Reduction Journal*, 9:7.
- Cristea, I. A., Kok, R. N., & Cuijpers, P. (2016). The effectiveness of cognitive bias modification interventions for substance addictions: A meta-analysis. *PLoS One*. DOI: 10.1371/journal.pone.0162226. September 9, 2016.
- Davis, M. L., Powers, M. B., Handelsman, P., Medina, J. L., Zvolensky, M., & Smits, J. A. J. (2015).

Behavioral therapies for treatment-seeking cannabis users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Evaluations & the Health Professions*, 38(1), 94-114.

De Dios, M. A., Herman, D. S., Britton, W. B., Hagerty, C. E., Anderson, B. J., & Stein, M. D. (2012). Motivational and mindfulness intervention for young adult female marijuana users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42, 56-64.

De Gee, E. A., Verdurmen, J. E. E., Bransen, E., De Jonge, J. M., & Schippers, G. M. (2014). A randomized controlled trial of a brief motivational enhancement for non-treatment-seeking adolescent cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47, 181-188.

De Graaf, R., Ten Have, M., & Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Nemesis-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., (.....), & Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) treatment study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 197-213.

Dijkstra, B., Van Oort, M., Schellekens, A., De Haan, H., & De Jong, C. (Red.) (2017). *Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren*. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren. Utrecht: Perspectief Uitgevers.

Dupont, H. B., Candel, M. J. J. M., Kaplan, C. D., Van de Mheen, D., & De Vries, N. K. (2016). Assessing the efficacy of MOTI-4 for reducing the use of cannabis among youth in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 65, 6-12.

Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB & Otto MW (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165 (2): 179-187.

Earleywine, M., & Barnwell, S.S. (2007). Decreased respiratory symptoms in cannabis users who vaporize. *Harm Reduction Journal*, 4:11. DOI:10.1186/1477-7517-4-11.

Easton, C. J., Oberleitner, L. M., Scott, M. C., Crowley, M. J., Babuscio, T. A., & Carroll, K. M. (2012). Differences in treatment outcome among marijuana-dependent young adults with and without antisocial personality disorder. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38, 305-313.

Edwards, J., Elkins, K., Hinton, M., Harrigan, S. M., Donovan, K., Athanasopoulos, O., & McGorry P. D. (2006). Randomized controlled trial of a cannabis-focused intervention for young people with first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 109-117.

Findling, R. L., Pagano, M. E., McNamara, N. K., Stansbrey, R. J., Faber, J. E., (....), & Reed, M. D. (2009). The short-term safety and efficacy of fluoxetine in depressed adolescents with alcohol and cannabis use disorders: a pilot randomized placebo-controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3:11. DOI: 10.1186/1753-2000-3-11.

Fisher, B., Jones, W., Shuper, P., & Rehm, J. (2012). 12-Month follow-up of an exploratory 'brief intervention' for high-frequency cannabis users among Canadian university students. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 7, 15.

Gates, P. J., Sabioni, P., Copeland, J., Le Foll, B., & Gowing, L. (2016). Psychosocial interventions for cannabis use disorder (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 5. Art. No.: CD005336.

Gieringer, D., St. Laurent, J., & Goodrich, S. (2004). Cannabis vaporizer combines efficient delivery of THC with effective suppression of pyrolytic compounds. *Journal of Cannabis Therapeutics*, 4, 7-27.

Godley, M. D., Godley, S. H., Dennis, M. L., Funk, R. R., Passeti, L. L., & Petry, N. M. (2014). A randomized trial of assertive continuing care and contingency management for adolescents with substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 40-51.

Goorden, M., Van der Schee, E., Hendriks, V. M., & Hakkaart-Van Roijen, L. (2016). Cost-effectiveness of multidimensional family therapy compared to cognitive behavioral therapy for adolescents with a cannabis use disorder: Data from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 162, 154-161.

Gray, K. M., Carpenter, M. J., Baker, N. L., DeSantis, S. M., Kryway, E., (...), & Brady, K. T. (2012). A double-blind randomized controlled trial of N-Acetylcysteine in cannabis-dependent adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 169, 805-812.

Gray, K.M., Sonne, S.C., McClure, E.A., Ghitzza, U.E., Matthews, A.G., (...) & Levin, F.R. (2017). A randomized placebo-controlled trial of n-acetylcysteine for cannabis use disorder in adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 177: 249-257.

Hendriks, V., Van der Schee, E., & Blanken, P. (2011). Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*, 119, 64-71.

Hendriks, V., Van der Schee, E., & Blanken, P. (2011). Matching adolescents with a cannabis use disorder to multidimensional family therapy or cognitive behavioral therapy: Treatment effect moderators in a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 125, 119-126.

Hjorthøj, C. R., Baker, A., Fohlmann, A., & Nordentoft, M. (2014). Intervention efficacy in trials targeting cannabis use disorders in patients with comorbid psychosis. *Systematic review and meta-analysis. Current Pharmaceutical Design*, 20, 2205-2211.

Hjorthøj, C. R., Fohlmann, A., Larsen A. M., Glud, C., Arendt, M., & Nordentoft, M. (2013). Specialized psychosocial treatment plus treatment as usual (TAU) versus TAU for patients with cannabis use disorder and psychosis: the CapOpus randomized trial. *Psychological Medicine*, 43, 1499-1510.

Hoch, E., Bühringer, G., Pixa, A., Dittmer, K., Henker, J., Seifert, A., & Wittchen, H. U. (2014). CANDIS treatment program for cannabis use disorders: Findings from a randomized multi-site translational trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 185-193.

Hoch, E., Preuss, U. W., Ferri, M., & Simon, R. (2016). Digital interventions for problematic cannabis users in non-clinical settings: Findings from a systematic review and meta-analysis. *European Addiction Research*, 22, 233-242.

- Jonas, B., Tossmann, H., Tensil, M., Leuschner, F., & Strüber, E. (2012). Efficacy of a single session online-intervention on problematic substance use. *Sucht*, 58, 173-182.
- Jungerman, F. S., Andreoni, S., & Laranjeira, R. (2006). Short term impact of same intensity but different duration interventions for cannabis users. *Drug and Alcohol Dependence*, 90, 120-127.
- Kadden, R. M., Litt, M. D., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. M. (2007). Abstinence rates following behavioral treatments for marijuana dependence. *Addictive Behaviors*, 32, 1220-1236.
- Kaminer, Y., Burleson, J. A., Burke, R., & Litt, M. D. (2014). The efficacy of contingency management for adolescent cannabis use disorder: A controlled study. *Substance Abuse*, 35, 391-398.
- Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Lewin, T. J., & Carr, V. J. (2009). Computer-based psychological treatment for comorbid depression and problematic alcohol and/or cannabis use: a randomized controlled trial of efficacy. *Addiction*, 104, 378-388.
- Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Kelly, B., & Lewin, T. J. (2011). Clinician-assisted computerised versus therapist-delivered treatment for depressive and addictive disorders: a randomised controlled trial. *Medical Journal of Australia*, 195, S44-S50.
- Killeen, T. K., McRae-Clark, A. L., Waldrop, A. E., Upadhyaya, H., & Brady, K. T. (2012). Contingency management in community programs treating adolescent substance abuse: A feasibility study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 25, 33-41.
- Lee, C. M., Neighbors, C., Kilmer, J. R., & Larimer, M. E. (2010). A brief, web-based personalized feedback selective intervention for college student marijuana use: a randomized clinical trial. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24, 265-273.
- Lee, C. M., Kilmer, J. R., Neighbors, C., Atkins, D. D., Zheng, C., Walker, D. D., & Larimer, M. E. (2013). Indicated prevention for college student marijuana use: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 702-709.
- Levin, F. R., Mariani, J., Brooks, D. J., Pavlicova, M., Nunes, E. V., (...), & Carpenter, K. M. (2013). A randomized double-blind, placebo-controlled trial of venlafaxine-extended release for co-occurring cannabis dependence and depressive disorders. *Addiction*, 108, 1084-1094.
- Levin, F. R., Mariani, J. J., Pavlicova, M., Brooks, D., Glass, A., (...), & Choi, J. C. (2016) Dronabinol and lofexidine for cannabis use disorder: A randomized double-blind, placebo-controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 159, 53-60.
- Lingford-Hughes, A. R., Welch, S., Peters, L., & Nutt, D.J. (2012). BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *Journal of Psychopharmacology*, 0, 1-54. DOI: 10.1177/0269881112444324.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., & Petry, N. M. (2013). Behavioral treatment for marijuana dependence: Randomized trial of contingency management and self-efficacy enhancement. *Addictive Behaviors*, 38, 1764-1775.
- Madigan, K., Brennan, D., Lawlor, E., Turner, N., Kinsella, A., (...), & O'Callaghan, E. (2013). A multi-

center, randomized controlled trial of a group psychological intervention for psychosis with comorbid cannabis dependence over the early course of illness. *Schizophrenia Research*, 143, 138-142.

Magill M & Ray L (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal Studies Alcohol Drugs*, 2009, 70: 516-527.

Malouff, J.M., Rooke, S.E., & Copland, J. (2014). Experiences of Marijuana-Vaporizer Users. *Substance Abuse*, 35, 127-128.

Marshall, K., Gowing, L., Ali, R., & le Foll, B. (2014). Pharmacotherapies for cannabis dependence (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 12. Art. No.: CD008940.

Martin, G., & Copeland, J. (2008). The adolescent cannabis check-up: Randomized trial of a brief intervention for young cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 407-414.

Mason, B. J., Crean, R., Goodell, V., Light, J. M., Quello, S., (...), & Rao, S. (2012). A proof-of-concept randomized controlled study of gabapentin: Effects on cannabis use, withdrawal and executive function deficits in cannabis-dependent adults. *Neuropsychopharmacology*, 37, 1689-1698.

McCambridge, J., & Strang, J. (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*, 99, 39-52.

McCambridge, J., Slym, R. L., & Strang, J. (2008). Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users. *Addiction*, 103, 1809-1818.

McLoughlin, B. C., Pushpa-Rajah, J. A., Gillies, D., Rathbone, J., Variend, H., Kalakouti, E., & Kyprianou, K. (2014). Cannabis and schizophrenia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 10. Art. No.: CD004837.

McRae-Clark, A.L., Baker, N.L., Gray, K.M., Killeen, T., Hartwell, K.J. & Simonian, S.J. (2016). Vilazodone for cannabis dependence: A randomized, controlled pilot trial. *The American Journal on Addictions*, 25: 69-75.

McRae-Clark, A. L., Baker, N. L., Gray, K. M., Killeen, T. K., Wagner, A. M., (...), & Norton, J. (2015) Bupirone treatment of cannabis dependence: A randomized, placebo-controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 156: 29-37.

Miranda, R., Treolar, H., Blanchard, A., Justus, A., Monti, P. M., (...), & Gwaltney, C. D. (2016). Topiramate and motivational enhancement therapy for cannabis use among youth: A randomized placebo-controlled pilot study. *Addiction Biology*. DOI: 10.1111/adb.12350.

Niesink, R., & Van Laar, M. (2012). THC, CBD en gezondheidseffecten van wiet en hasj: recente inzichten. Utrecht: Trimbos-instituut.

Panlilio, L. V., Justinova, Z., Trigo, J. M., & Le Foll, B. (2016). Chapter four – Screening medications for the treatment of cannabis use disorder. *International Review of Neurobiology*, 126, 87-120.

Prud'homme, M., Cata, R., & Jutras-Aswas, D. (2015). Cannabidiol as an intervention for addictive

behaviors: A systematic review of the evidence. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 9, 33-38.

Riggs, P. D., Winhusen, T., Davies, R. D., Leimberger, J. D., Mikulich-Gilbertson, (....), & Liu, D. (2011). Randomized controlled trial of osmotic-release methylphenidate with cognitive-behavioral therapy in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 903-914.

Rigter, H., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Schaub, M., & Rowe, C. L. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 130, 85-93.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (2014). De kosteneffectiviteit van interventies gericht op verslaving aan alcohol en middelen. Een review van de literatuur. RIVM Briefrapport 133499001/2014. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Rooke, S., Copeland, J., Norberg, M., Hine, D., & McCambridge, J. (2013). Effectiveness of a self-guided web-based cannabis treatment program: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15, e26.

Schaub, M.P., Wenger, A., Berg, O., Beck, T., Stark, L., Buehler, E., & Haug, S. (2015). A web-based self-help intervention with and without chat counseling to reduce cannabis use in problematic cannabis users: Three-arm randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 17, e232, 1-21.

Schippers, G.M., Smeerdijk, M., & Merckx, M.J.M. (Red.) (2014). *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken*. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren. Utrecht: Perspectief Uitgevers.

Schnell, T., Koethe, D., Krasnianski, A., Gairing, S., Schnell, K., (....), & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2014). Ziprasidone versus clozapine in the treatment of dually diagnosed (DD) patients with schizophrenia and cannabis use disorders: A randomized study. *The American Journal on Addictions*, 23, 308-312.

Schwinn, T. M., Schinke, S., & Di Noia, J. (2010). Preventing drug abuse among adolescent girls: outcome data from an internet-based intervention. *Prevention Science*, 11, 24-32.

Sinha R., Easton, C., Renee-Aubin, L., & Carroll, K. M. (2003). Engaging young probation-referred marijuana-abusing individuals in treatment: A pilot trial. *The American Journal on Addictions*, 12, 314-323.

Smeerdijk, M., Keet, R., Dekker, N., Van Raaij, B., Krikke, M., (.....), & Linszen, D. (2012). Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42, 1627-1636.

Smeerdijk, M., Keet, R., Van Raaij, B., Koeter, M., Linszen, D., De Haan, L., & Schippers, G. (2015). Motivational interviewing and interaction skills training for parents of young adults with recent-onset

schizophrenia and co-occurring cannabis use: 15-month follow-up. *Psychological Medicine*, 45, 2839-2848.

Stanger, C., Budney, A. J., Kamon, J. L., & Thostensen, J. (2009). A randomized trial of contingency management for adolescent marijuana abuse and dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 105, 240-247.

Stanger, C., Ryan, S. R., Sherer, E. A., Noton, G. E., & Budney, A. J. (2015). Clinic- and home-based contingency management plus parent training for adolescent cannabis use disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54, 445-453.

Stein, L. A. R., Lebeau, R., Colby S. M., Barnett, N. P., Golembeske, C., & Monti, P. M. (2011). Motivational interviewing for incarcerated adolescents: Effects of depressive symptoms on reducing alcohol and marijuana use after release. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74, 497-506.

Stein, M. D., Hagerty, C. E., Herman, D. S., Phipps, M. G., & Anderson, B. J. (2011). A brief marijuana intervention for non-treatment seeking young adult women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40, 189-198.

Stephens, R. S., Roffman, R. A., Fearer, S. A., Williams, C., & Burke, R. S. (2007). The marijuana check-up: promoting change in ambivalent cannabis users. *Addiction*, 102, 947-957.

Thurstone, C., Riggs, P. D., Salomonsen-Sautel, S., & Mikulich-Gilbertson, S. K. (2010). Randomized, controlled trial of atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents with substance use disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 573-582.

Tait, R. J., Spijkerman, R., & Riper, H. (2013). Internet and computer based interventions for cannabis use: A meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 133, 295-304.

Tanner-Smith, E. E., Wilson, S. J., & Lipsey, M. W. (2013). The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 145-158.

Tossmann, H., Jonas, B., Tensil, M., Lang, P., & Strüber, E. (2011). A controlled trial of an internet-based intervention program for cannabis users. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14, 673-679.

Van Alphen, C., Ammeraal, M., Blanke, N., Boonstra, N., Boumans, R., (...), & Van Wel, T. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom.

Van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Verdurmen, J., Spit, M., Van Laar, M., & Monshouwer, K. (2015). *Jeugd en riskant gedrag 2015: Kernegegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Walker, D. D., Stephens, R. S., Roffman, R., DeMarce, J., Lozano, B., & Towe, S. (2011). Randomized controlled trial of motivational enhancement therapy with nontreatment-seeking adolescent cannabis users: A further test of the Teen Marijuana Check-up. *Psychology of Addictive*

Behaviors, 25, 474-484.

Walker, D. D., Stephens, R. S., Towe, S., Banes, K., & Roffman, R. (2015). Maintenance check-ups following treatment for cannabis dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 56, 11-15.

Weinstein, A. M., & Gorelick, D. A. (2011). Pharmacological treatment of cannabis dependence. *Current Pharmaceutical Design*, 17, 1351-1358.

Wilson, R.P. & Bhattacharyya, S. (2015). Antipsychotic efficacy in psychosis with comorbid cannabis misuse: A systematic review. *Journal of Psychopharmacology*, 30 (2): 99-111.

Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., & Mol, A. (2016). Kerncijfers verslavingszorg 2015: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ).

15.1.4 Literatuur Cocaïne

Adler UC, Saraiva IBG, De Almeida MF, Jezierski M, Cesar AT, et al. (2013). Homeopathy in crack-cocaine craving: Randomized, placebo controlled, double-blind study (COCACRACK study). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 40 (6): 241-242.

Afshar M, Knapp CM, Sarid-Segal O, Devine E, Colaneri LS, Tozier L, et al. (2012). The efficacy of mirtazapine in the treatment of cocaine dependence with comorbid depression. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38: 181-186.

Agarwal RP, Kumar A & Lewis JE (2015). A pilot feasibility and acceptability study of yoga/meditation on the quality of life and markers of stress in persons living with HIV who also use crack cocaine. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21 (3): 152-158.

Akerel E & Levin FR (2007). Comparison of olanzapine to risperidone in substance abusing individuals with schizophrenia. *The American Journal on Addictions*, 16: 260-268.

Alessi SM, Rash C & Petry NM (2011). Contingency management is efficacious and improves outcomes in cocaine patients with pretreatment marijuana use. *Drug Alcohol Dependence*, 118: 62-67.

Alterman AI, Koppenhaver JM, Mulholland E, Ladden LJ & Baime MJ (2004). Pilot trial of effectiveness of mindfulness meditation for substance abuse patients. *Journal of Substance Abuse*, 9 (6): 259-268.

Alvarez Y, Farré M, Fonseca F & Torrens M (2010). Anticonvulsant drugs in cocaine dependence: A systematic review and meta-analysis. *Journal Substance Abuse Treatment*, 38 (1): 66-73.

Baldaçara L, Cogo-Moreira H, Parreira BL, Diniz TA, Milhomem JJ, Fernandes CC & Lacerda ALT (2016). Efficacy of topiramate in the treatment of crack cocaine dependence: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Journal Clinical Psychiatry*, 77 (3): 398-406.

Barry D, Sullivan B & Petry NM (2009). Comparable efficacy of contingency management for cocaine dependence among African American, Hispanic, and White methadone maintenance clients. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23 (1): 168-174.

Beaulieu S, Saury S, Sareen J, Tremblay J, Schütz CG, McIntyre RS & Schaffer A (2012). The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid substance use disorders. *Annals of Clinical Psychiatry*, 24 (1): 38-55.

Benishek LA, Dugosh KL, Kirby KC, Matejkowski J, Clements N, Seymour BL & Festinger DS (2014). Prize-based contingency management for the treatment of substance abusers: A meta-analysis. *Addiction*, 109: 1426-1436.

Beresford TP, Clapp L, Martin B, Wiberg JL, Alfors J & Beresford H (2005). Arpipiprazole in schizophrenia with cocaine dependence: A pilot study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25 (4): 363-366.

Berger SP, Winhusen TM, Somoza EC, Harrer JM, Mezinskis JP, Leiderman DB, et al. (2005). A medication screening trial evaluation of reserpine, gabapentin and lamotrigine pharmacotherapy of cocaine dependence. *Addiction*, 100 (Suppl. 1): 58-67.

Blanken P, Hendriks VM, Huijsman IA, van Ree JM & van den Brink W (2016). Efficacy of cocaine contingency management in heroin-assisted treatment: Results of a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 164: 55-63.

Bisaga A, Aharonovich E, Cheng WY, Levin FR, Mariani JJ, Raby WN & Nunes EV (2010). A placebo-controlled trial of memantine for cocaine dependence with high-value voucher incentives during a pre-randomization lead-in period. *Drug and Alcohol Dependence*, 111: 97-104.

Brady KT, Sonne SC, Malcolm RJ, Randall CL, Dansky BS, Simpson K, et al. (2002). Carbamazepine in the treatment of cocaine dependence: Subtyping by affective disorder. *Experimental and Clinical psychopharmacology*, 10 (3): 276-285.

Brown ES, Gabrielson B & Gu P (2010). A pilot study of quetiapine in patients with bipolar disorder and cocaine dependence. *Journal of Dual Diagnosis*, 6: 16-24.

Brown ES, Gorman AR & Hynan LS (2007). A randomized, placebo-controlled trial of citicoline add-on therapy in outpatients with bipolar disorder and cocaine dependence. *Journal Clinical Psychopharmacology*, 27 (5): 498-502.

Brown ES, Nejtek VA, Perantie DC & Bobadilla L (2002). Quetiapine in bipolar disorder and cocaine dependence. *Bipolar Disorders*, 4: 406-411.

Brown ES, Sunderajan P, Hu LT, Sowell SM & Carmody TJ (2012). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of lamotrigine therapy in bipolar disorder, depressed or mixed phase, and cocaine dependence. *Neuropsychopharmacology*, 37: 2347-2354.

Brown ES, Todd JP, Hu LT, Schmitz JM, Carmody TJ, Nakamura A, et al. (2015). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of citicoline for cocaine dependence in bipolar I disorder. *American Journal Psychiatry*, 172 (10): 1014-1021.

Burch AE, Rash CJ & Petry NM (2015). Sex effects in cocaine-using methadone patients randomized to contingency management interventions. *Experimental Clinical Psychopharmacology*, 23 (4): 284-

290.

Byrne SA & Petry NM (2011). Concurrent alcohol dependence among methadone-maintained cocaine abusers is associated with greater abstinence. *Experimental Clinical Psychopharmacology*, 19 (2): 116-122.

Carroll KM, Nich C, Petry NM, Eagan DA, Shi JM & Ball SA (2016). A randomized factorial trial of disulfiram and contingency management to enhance cognitive behavioral therapy for cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 160: 135-142.

Carroll KM, Nich C, Ball SA, McCance E, Frankforter TL & Rounsaville B (2000). One-year follow-up of disulfiram and psychotherapy for cocaine-alcohol users: sustained effects of treatment. *Addiction*, 95 (9): 1335-1349.

Carroll KM, Nich C, Ball SA, McCance E & Rounsaville B (1998). Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction*, 93 (5): 713-728.

Carroll KM, Nich C, Shi JM, Eagan D & Ball SA (2012). Efficacy of disulfiram and Twelve Step Facilitation in cocaine-dependent individuals maintained on methadone: A randomized placebo-controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 126: 224-231.

Castells X, Cunill R, Pérez-Mañá C, Vidal X & Capellà D (2016). Psychostimulant drugs for cocaine dependence (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9. Art. No.: CD007380.

Castells X, Kosten TR, Capellà D, Vidal X, Colom J & Casas M (2009). Efficacy of opiate maintenance therapy and adjunctive interventions for opioid dependence with comorbid cocaine use disorders: A systematic review and meta-analysis of controlled clinical trials. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35: 339-349.

Chen X, Xue L, Hou S, Jin Z, Zhang T, Zheng F, Zhan CG (2016). Long-acting cocaine hydrolase for addiction therapy. *Proceedings National Academy Sciences USA*, 113 (2): 422-427.

Cunill R, Castells X, Tobias A & Capellà D (2015). Pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder with comorbid drug dependence. *Journal of Psychopharmacology*, 29 (1): 15-23.

D'Albert A (2004). Auricular acupuncture in the treatment of cocaine/crack abuse: A review of the efficacy, the use of the National Acupuncture Detoxification Association protocol, and the selection of Sham points. *Journal Alternative Complementary Medicine*, 10 (6): 985-1000.

De Mulder I & Dom G (2012). Disulfiram als behandeling voor cocaïneafhankelijkheid. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54 (1): 51-58.

DeVito EE, Babuscio TA, Nich C, Ball SA & Carroll KM (2014). Gender differences in clinical outcomes for cocaine dependence: Randomized clinical trials of behavioral therapy and disulfiram. *Drug and Alcohol Dependence*, 145: 156-167.

Dieckman LHJ, Ramos AC, Silva EA, Justo LP, Sabioni P, Frade IF, et al. (2014). Effects of biperiden on the treatment of cocaine/crack addiction: A randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *European Neuropsychopharmacology*, 24 (8): 1196-1202.

Dijkstra B, van Oort M, Schellekens A, de Haan H & de Jong C (Red.) (2017). Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren. Utrecht: Perspectief Uitgevers.

Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB & Otto MW (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165 (2): 179-187.

Farronato NS, Dürsteler-MacFarland KM, Wiesbeck GA & Petitjean SA (2013). A systematic review comparing cognitive-behavioral therapy and contingency management for cocaine dependence. *Journal of Addictive Diseases*, 32: 274-287.

Gates S, Smith LA & Foxcroft DR (2008) Auricular acupuncture for cocaine dependence (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008, CD005192.

Gilgun-Sherki Y, Eliaz RE, McCann DJ, Loupe PS, Eyal E, Blatt K, et al. (2016). Placebo-controlled evaluation of a bioengineered, cocaine-metabolizing fusion protein, TV-1380 (AlbuBChE), in the treatment of cocaine dependence. *Drug Alcohol Dependence*, 166: 13-20.

Gonçalves-Ferreira A, do Couto FS, Rainha Campos A, Lucas Neto LP, Gonçalves-Ferreira D & Teixeira J (2016). Deep brain stimulation for refractory cocaine dependence. (Letter to the editor). *Biological Psychiatry*, 79 (11): e87-e89.

Grabowski J, Rhoades H, Silverman P, Schmitz JM, Stotts A, Creson D & Bailey R (2000). Risperidone for the treatment of cocaine dependence: Randomized, double-blind trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 20 (3): 305-310.

Grant S, Kandrack R, Motala A, Shanman R, Booth M, Miles J, et al. (2016). Acupuncture for substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Dependence*, 163: 1-15.

Grassi MC, Cioce AM, Giudici FD, Antonilli L & Nencine P (2007) Short-term efficacy of disulfiram or naltrexone in reducing positive urinalysis for both cocaine and cocaethylene in cocaine abusers: A pilot study. *Pharmacological Research*, 55: 117-121.

Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Foerg, FE, Donham R & Badger GJ (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 51: 568-576.

Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Hughes JR, Foerg F & Badger G (1993). Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *The American Journal of Psychiatry*, 150 (5): 763-769.

Higgins ST, Delaney DD, Budney AJ, Bickel WK, Hughes JR, Foerg F & Fenwick JW (1991). A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *The American Journal of Psychiatry*, 148 (9): 1218-1224.

Higgins ST, Sigmon SC, Wong CJ, Heil SH, Badger GJ, Donham R, et al. (2003). Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 60: 1043-1052.

Higgins ST, Wong CJ, Badger GJ, Haug Ogden DE & Dantona RL (2000). Contingent reinforcement increases cocaine abstinence during outpatient treatment and 1 year of follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (1): 64-72.

Indave BI, Minozzi S, Pani PP & Amato L (2016). Antipsychotic medications for cocaine dependence. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 3: CD006306.

Johnson BA, Roache JD, Ait-Daoud N, Javors MA, Harrison JM, Elashif A, Mojsiak J, et al. (2006). A preliminary randomized, double-blind, placebo-controlled study of the safety and efficacy of ondansetron in the treatment of cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 84: 256-263.

Kablinger AS, Lindner MA, Casso S, Hefti F, DeMuth G, Fox BS, et al. (2012). Effects of the combination of metyrapone and oxazepam on cocaine craving and cocaine taking: A double-blind, randomized, placebo-controlled pilot study. *Journal of Psychopharmacology*, 26 (7): 973-981.

Kahn R, Biswas K, Childress AR, Shoptaw S, Fudala PJ, Gorgon I, et al. (2009). Multi-center trial of baclofen for abstinence initiation in severe cocaine-dependent individuals. *Drug and Alcohol Dependence*, 103: 59-64.

Kampman KM, Dackis C, Lynch KG, Pettinati HM, Tirado C, Gariti P, et al. (2006). A double-blind, placebo-controlled trial of amantadine, propranolol, and their combination for the treatment of cocaine dependence in patients with severe cocaine withdrawal symptoms. *Drug and Alcohol Dependence*, 85: 129-137.

Kampman KM, Dackis C, Pettinati HM, Lynch KG, Sparkman T & O'Brien CP (2011). A double-blind, placebo-controlled trial of acamprosate for the treatment of cocaine dependence. *Addictive Behaviors*, 36: 217-221.

Kampman K, Majewska MD, Tourian K, Dackis C, Cornish J, Poole S & O'Brien C (2003). A pilot trial of piracetam and ginkgo biloba for the treatment of cocaine dependence. *Addictive Behaviors*, 28: 437-448.

Kampman KM, Pettinati HM, Lynch KG, Plebani JG, Lachewitz J, Feeney K, et al. (2015). Modafinil and naltrexone for the treatment of comorbid cocaine and alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 146: e152 (Abstract CPDD 76th annual meeting: San Juan, Puerto Rico).

Kampman KM, Volpicelli JR, Mulvaney F, Alterman AI, Cornish J, Gariti P, et al. (2001). Effectiveness of propranolol for cocaine dependence treatment may depend on cocaine withdrawal symptom severity. *Drug and Alcohol Dependence*, 63 (1): 69-78.

Kemp DE, Gao K, Ganocy SJ, Elhaj O, Bilali SR, Conroy C, et al. (2009). A 6-month, double-blind, maintenance trial of lithium monotherapy versus the combination of lithium and divalproex for rapid-cycling bipolar disorder and co-occurring substance dependence. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (1): 113-121.

Kennedy AP, Gross RE, Whitfield N, Drexler KPG & Kilts CD (2012). A controlled trial of the adjunct use of D-cycloserine to facilitate cognitive behavioral therapy outcomes in a cocaine-dependent population. *Addictive Behaviors*, 37:900-907.

Kishi T, Matsuda Y, Iwata N & Correll CU (2013). Antipsychotics for cocaine or psychostimulant dependence: systematic review and meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(12): e1169-1180.

Knapp WP, Soares BG, Farrell MF & Silva de Lima M (2007; 2008). Psychosocial inter-ventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 3, Art. No. CD003023.

Kosten TR, Domingo CB, Shorter D, Orson F, Green C & Somoza E (2014). Vaccine for cocaine dependence: A randomized double-blind placebo-controlled efficacy trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 140: 42-47.

Kosten TR, Wu G, Huang WW, Harding MJ, Hamon SC, Lappalainen J & Nielsen DA (2013). Pharmacogenetic randomized trial for cocaine abuse: Disulfiram and dopamine β -hydroxylase. *Biological Psychiatry*, 73: 219-224.

LaRowe SD, Kalivas PW, Nicholas JS, Randall PK, Mardikian PN & Malcolm RJ (2013). A double-blind placebo-controlled trial of N-acetylcysteine in the treatment of cocaine dependence. *The American Journal on Addictions*, 22 (5): 443-452.

LaRowe SD, Mardikian P, Malcolm R, Myrick H, Kalivas P, McFarland K, et al. (2006). Safety and tolerability of n-acetylcysteine in cocaine-dependent individuals. *The American Journal on Addictions*, 15: 105-110.

Ledgerwood DM & Petry NM (2006). Does contingency management affect motivation to change substance use? *Drug Alcohol Dependence*, 83: 65-72.

Levin FR, Evans SM, Brooks DJ & Garawi F (2007). Treatment of cocaine dependent treatment seekrs with adult ADHD: Double-blind comparison of methylphenidate and placebo. *Drug and Alcohol Dependence*, 87: 20-29.

Levin FR, Evans SM, McDowell DM, Brooks DJ & Nunes E (2002). Bupropion treatment for cocaine abuse and adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Addictive Diseases*, 21 (2): 1-16.

Levin FR & Lehman AF (1991). Meta-analysis of desipramine as an adjunct to the treatment of cocaine dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 11 (6): 374-378.

Levin FR, Mariani JJ, Secora A, Brooks D, Cheng WY, Bisaga A, et al. (2009). Atomoxetine treatment for cocaine abuse and adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A preliminary open trial. *Journal of Dual Diagnosis*, 5: 41-56.

Levin FR, Mariani JJ, Specker S, Mooney M, Mahony A, Brooks DJ, et al. (2015). Extended-release mixed amphetamine salts vs placebo for comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and cocaine use disorder. *JAMA Psychiatry*, 72 (6): 593-602.

Licata SC, Penetar DM, Ravichandran C, Rodolico J, Palmer C, Berko J, et al. (2011). Effects of daily treatment with citicoline: A double-blind, placebo-controlled study in cocaine-dependent volunteers. *Journal of Addiction Medicine*, 5 (1): 57-64.

Ling W, Hillhouse MP, Saxon AJ, Mooney LJ, Thomas CM, Ang A, et al. (2016). Buprenorphine +

naloxone plus naltrexone for the treatment of cocaine dependence: The Cocaine Use Reduction with Buprenorphine (CURB) study. *Addiction*, 111 (8): 1416-1427.

Lingford-Hughes AR, Welch S, Peters L & Nutt DJ (2012). BAP updated guidelines: Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: Recommendations from BAP. *Journal of Psychopharmacology*, 26 (7): 899-952.

Lussier JP, Heil SH, Mongeon JA, Badger GJ & Higgins ST (2006). A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction*, 101: 192-203.

Magill M & Ray L (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2009, 70: 516-527.

Malcolm R, LaRowe S, Cochran K, Moak D, Herron J, Brady J, et al. (2005). A controlled trial of amlodipine for cocaine dependence: A negative report. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28: 197-204.

Mancino MJ, McGaugh J, Chopra MP, Guise JB, Cargile C, Williams DK, et al. (2014). Clinical efficacy of sertraline alone and augmented with gabapentin in recently abstinent cocaine-dependent patients with depressive symptoms. *Journal of Clinical psychopharmacology*, 34 (2): 234-239.

Mardikan PN, LaRowe SD, Hedden S, Kalivas P & Malcolm RJ (2007). An open-label trial of n-acetylcysteine for the treatment of cocaine dependence: A pilot study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological psychiatry*, 31: 389-394.

Mariani JJ, Pavlicova M, Bisaga A, Nunes EV, Brooks DJ & Levin FR (2012). Extended-release mixed amphetamine salts and topiramate for cocaine dependence: A randomized controlled trial. *Biological Psychiatry*, 72: 950-956.

Martell BA, Orson FM, Poling J, Mitchell E, Rossen RD, Gardner T & Kosten TR (2009). Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: A randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial. *Archives of General Psychiatry*, 66 (10): 1116-1123.

Maude-Griffin PM, Hohenstein JM, Humfleet GL, Reilly PM, Tusel DJ & Hall SM (1998). Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: Main and matching effects. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 66 (5): 832-837.

McRae-Clark AL, Verduin ML, Tolliver BK, Carter RE, Wahlquist AE, Brady KT, et al. (2009). An open-label trial of aripiprazole treatment in dual diagnosis individuals: Safety and efficacy. *Journal of Dual Diagnosis*, 5: 83-96.

Meini M, Moncini M, Ceconi D, Cellesi V, Biasci L, Simoni G, et al. (2011). Aripiprazole and ropinirole treatment for cocaine dependence: Evidence from a pilot study. *Current Pharmaceutical Designs*, 17 (14): 1376-1383.

Miguel AQC, Madruga, CS, Cogo-Moreira H, Yamauchi R, Simoes V, da Silva CJ, et al. (2016). Contingency management is effective in promoting abstinence and retention in treatment among crack cocaine users in Brazil: *Psychology of Addictive Behaviors*, 30 (5): 536-543.

- Mills EJ, Wu P, Gagnier J & Ebbert JO (2005). Efficacy of acupuncture for cocaine dependence: A systematic review. *Harm Reduction Journal*, 2 (1): 4.
- Minozzi S, Amato L, Davoli M, Farrell MF, Lima Reisser AARL, Pani PP, Silva de Lima M, Soares B, Vecchi S (2008). Anticonvulsants for cocaine dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2: CD006754.
- Minozzi S, Amato L, Pani PP, Solimini R, Vecchi S, De Crescenzo F, Zuccaro P & Davoli M (2015). Dopamine agonists for the treatment of cocaine dependence. *Cochrane Database Systematic Reviews* (5): CD003352.
- Minozzi S, Cinquini M, Amato L, Davoli M, Farrell MF, Pani PP & Vecchi S. (2015). Anticonvulsants for cocaine dependence. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 4: CD006754.
- Minozzi S, Saulle R, De Crescenzo F, Amato L & Clark NC (2016). Psychosocial inter-ventions for psychostimulant misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 9, Art. No. CD011866.
- Montgomery L, Carroll KM & Petry NM (2015). Initial abstinence status and contingency management treatment outcomes: Does race matter? *Journal Consulting Clinical Psychology*, 83 (3): 473-481.
- Mooney ME, Herin DV, Schmitz JM, Moukaddam N, Green CE & Grabowski J (2009). Effects of oral methamphetamine on cocaine use: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 101: 34-41.
- Mooney ME, Herin DV, Specker S, Babb D, Levin FR & Grabowski J (2015). Pilot study of the effects of lisdexamfetamine on cocaine use: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 153: 94-103..
- Morgan PT, Angarita GA, Canavan S, Pittman B, Oberleitner L, Malison RT, et al. (2016). Modafinil and sleep architecture in an inpatient–outpatient treatment study of cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 160: 49-56.
- Murphy SM, McDonnell MG, McPherson S, Srebnik D, Angelo F, Roll JM & Ries RK (2015). An economic evaluation of a contingency-management intervention for stimulant use among community mental health patients with serious mental illness. *Drug Alcohol Dependence*, 153: 293-299.
- Nationale Drug Monitor (2016). Jaarbericht 2016. Utrecht: Trimbos instituut.
- Nejtek VA, Avila M, Chen LA, Zielinski T, Djokovic M, Podawiltz A, et al. (2008). Do atypical antipsychotics effectively treat co-occurring bipolar disorder and stimulant dependence? A randomized, double-blind trial. *Journal Clinical Psychiatry*, 69: 1257-1266.
- NSW Department of Health (2008). NSW Drug and Alcohol Withdrawal Clinical Practice Guidelines. NSW: Mental Health and Drug & Alcohol Office, NSW Department of Health.
- Nich C, McCance-Katz EF, Petrakis IL, Cubells JF, Rounsaville BJ & Carroll KM (2004). Sex differences in cocaine-dependent individuals' response to disulfiram treatment. *Addictive Behaviors*, 29: 1123-1128.
- Nielsen DA, Harding MJ, Hamon SC, Huang W & Kosten TR (2012). Modifying the role of

serotonergic 5-HTTLPR and TPH2 variants on disulfiram treatment of cocaine addiction: A preliminary study. *Genes, Brain, and Behavior*, 11: 1001-1008.

Nuijten M, Blanken P, van den Brink W, Hendriks VM (2014). Treatment of crack-cocaine dependence with topiramate: A randomized controlled feasibility trial in the Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*, 138, 177-184.

Nuijten M, Blanken P, van den Brink W, Hendriks VM (2015). Modafinil in the treatment of crack-cocaine dependence in the Netherlands: Results of a randomized controlled feasibility trial. *Journal of Psychopharmacology*, 29 (6): 678-687

Nuijten M, Blanken P, van de Wetering B, Nuijen B, van den Brink W, Hendriks V (2016). Sustained release dexamphetamine in the treatment of chronic cocaine dependent patients in heroin-assisted treatment: results of a randomised, placebo-controlled, double-blind trial. *The Lancet*, 387: 2226-2234.

Oliveto A, Poling J, Mancino MJ, Williams DK, Thostenson J, Pruzinsky R, et al. (2012). Sertraline delays relapse in recently abstinent cocaine-dependent patients with depressive symptoms. *Addiction*, 107 (1): 131-141

Oliveto A, Poling J, Mancino MJ, Feldman Z, Cubells JF, Pruzinsky R, et al. (2011). Randomized, double blind, placebo-controlled trial of disulfiram for the treatment of cocaine dependence in methadone-stabilized patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 113: 184-191.

Oliveto A, McGaugh, Thostenson J, Guise JB, Kosten TR & Mancino MJ (2014). Effects of carvedilol in recently abstinent, cocaine dependent patients: A randomized, double blind, placebo-controlled pilot study. [Abstract]. ACNP 53rd Annual Meeting.

Oteo Pérez A, Cruyff MJLF, Benschop & Korf DJ (2013). Estimating the prevalence of crack dependence using capture-recapture with institutional and field data: A three-city study in the Netherlands. *Substance Use & Misuse*, 48: 173-180.

Pani PP, Trogu E, Vacca R, Amato L, Vecchi S & Davoli M (2010). Disulfiram for the treatment of cocaine dependence (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1): CD007024.

Pani PP, Trogu E, Vecchi S & Amato L (2011). Antidepressants for cocaine dependence and problematic cocaine use. *Cochrane Database Systematic Reviews*, (12): CD00295

Pérez-Mañá C, Castells X, Vidal X, Casa M & Capellà D (2011). Efficacy of indirect dopamine agonists for psychostimulant dependence: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40 (2): 109-122.

Perry EB, Gil R, Miles D, Brenner L, MacDougall L, Johnson R, et al. (2004). Mazindol augmentation of antipsychotic treatment for schizophrenic patients with comorbid cocaine abuse or dependence: A preliminary double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Journal of Dual Diagnosis*, 1 (1): 37-47.

Petry NM & Alessi SM (2010). Prize-based contingency management is efficacious in cocaine-abusing patients with and without recent gambling.

- Petry NM & Carroll KM (2013). Contingency management is efficacious in opioid-dependent outpatients not maintained on agonist pharmacotherapy. *Psychology Addictive Behaviors*, 27 (4): 1036-1043.
- Pettinati HM, Kampman KM, Lynch KG, Dundon WD, Mahoney EM, Wierzbicki MR & O'Brien CP (2014). A pilot trial of injectable, extended-release naltrexone for the treatment of co-occurring cocaine and alcohol dependence. *The American Journal on Addictions*, 23: 591-597.
- Pettinati HM, Kampman KM, Lynch KG, Suh JJ, Dackis C, Oslin DW & O'Brien CP (2008a). Gender differences with high-dose in patients with co-occurring cocaine and alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34: 378-390.
- Pettinati HM, Kampman KM, Lynch KG, Xie H, Dackis C, Rabinowitz AR & O'Brien CP (2008b). A double blind, placebo-controlled trial that combines disulfiram and naltrexone for treating co-occurring cocaine and alcohol dependence. *Addictive Behaviors*, 33: 651-667.
- Plebani JG, Lynch KG, Yu Q, Pettinati HM, O'Brien CP & Kampman KM (2012). Results of an initial clinical trial of varenicline for the treatment of cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 121: 163-166.
- Poling J, Rounsaville B, Gonsai K, Severino K & Sofuoglu M (2010). The safety and efficacy of varenicline in cocaine using smokers maintained on methadone: A pilot study. *The American Journal on Addictions*, 19: 401-408.
- Prendergast M, Podus D, Finney J, Greenwell L & Roll J (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: A meta-analysis. *Addiction*, 101: 1546-1560.
- Raby WN, Bryon D, Glass A, Pavlikova M, Nunes EV & Kleber HD (2015). Absence of stress dysregulation predicts cocaine and mood outcomes in a study of mirtazapine for depressed cocaine-dependent outpatients. [Abstract]. *Drug and Alcohol Dependence*, 146: e74.
- Raby WN, Rubin EA, Garawi F, Cheng W, Mason E, Sanfilippo L, et al. (2014). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of venlafaxine for the treatment of depressed cocaine-dependent patients. *The American Journal on Addictions*, 23: 68-75.
- Rash CJ, Alessi SM & Petry NM (2008a). Cocaine abusers with and without alcohol dependence respond equally well to contingency management treatments. *Experimental Clinical Psychopharmacology*, 16 (4): 275-281.
- Rash CJ, Alessi SM & Petry NM (2008b). Contingency management is efficacious for cocaine abusers with prior treatment attempts. *Experimental Clinical Psychopharmacology*, 16 (6): 547-554.
- Rash CJ, Andrade LF & Petry NM (2013). Income received during treatment does not affect response to contingency management treatments in cocaine-dependent outpatients. *Drug Alcohol Dependence*, 132: 528-534.
- Rash CJ, Olmstead TA & Petry NM (2009). Income does not affect response to contingency management treatments among community substance abuse treatment-seekers. *Drug Alcohol Dependence*, 104: 249-253.

Rash CJ & Petry NM (2015). Contingency management treatments are equally efficacious for both sexes in intensive outpatient settings. *Experimental Clinical Psychopharmacology*, 23 (5): 369-376.

Reid MS, Angrist B, Baker S, Woo C, Schwartz M, Montgomery A, et al. (2005a). A placebo-controlled screening trial of celecoxib for the treatment of cocaine dependence. *Addiction*, 100 (Suppl. 1): 32-42.

Reid MS, Casadonte P, Baker S, Sanfilippo M, Braunstein D, Hitzeman R, et al. (2005b). A placebo-controlled screening trial of olanzapine, valproate, and coenzyme Q10/L-carnitine for the treatment of cocaine dependence. *Addiction*, 100 (Suppl. 1): 43-57.

Reid MS, Angrist B, Baker SA, O'Leary S, Stone J, Schwartz M, et al. (2006). A placebo controlled, double-blind study of mecamylamine treatment for cocaine dependence in patients enrolled in an opiate replacement program. *Substance Abuse*, 26 (2): 5-14.

Salloum IM, Douaihy A, Cornelius JR, Kirisci L, Kelly TM & Hayes J (2007). Divalproex utility in bipolar disorder with co-occurring cocaine dependence: A pilot study. *Addictive Behaviors*, 32: 410-415.

Sayers SL, Campbell EC, Kondrich J, Mann SC, Cornish J, O'Brien C & Caroff SN. (2005). Cocaine abuse in schizophrenic patients treated with olanzapine versus haloperidol. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (6): 379-386.

San L, Arranz B & Matinez-Raga J (2007). Antipsychotic drug treatment of schizophrenic patients with substance abuse disorders. *European Addiction Research*, 13: 230-243.

Sangroula D, Motiwala F, Wagle B, Shah VC, Hagi K & Lippmann S (2017). Modafinil treatment of cocaine dependence: A systematic review and meta-analysis. *Substance Use & Misuse*, DOI: 10.1080/10826084.2016.1276597.

Schierenberg A, van Amsterdam J, van den Brink W & Goudriaan AE (2012). Efficacy of contingency management for cocaine dependence treatment: A review of the evidence. *Current Drug Abuse Reviews*, 5: 320-331.

Schippers, G.M., Smeerdijk, M., & Merckx, M.J.M. (Red.) (2014). *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken*. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren. Utrecht: Perspectief Uitgevers.

Schmitz JM, Green CE, Stotts AL, Lindsay JA, Rathnayaka NS & FG Moeller (2014). A two-phased screening paradigm for evaluating candidate medications for cocaine cessation or relapse prevention: Modafinil, levodopa-carbidopa, naltrexone. *Drug and Alcohol Dependence*, 136: 100-107.

Schmitz JM, Stotts AL, Rhoades HM & Grabowski J (2001). Naltrexone and relapse prevention treatment for cocaine-dependent patients. *Addictive Behaviors*, 26: 167-180.

Schmitz JM, Lindsay JA, Green CE, Herin DV, Stotts AL & Moeller FG (2009). High-dose naltrexone therapy for cocaine-alcohol dependence. *The American Journal on the Addictions*, 18: 356-362.

Schmitz JM, Stotts AL, Sayre SL, DeLaune KA & Grabowski J (2004). Treatment of cocaine-alcohol dependence with naltrexone and relapse prevention therapy. *The American Journal on the*

Addictions, 13: 333-341.

Schottenfeld RS, Chawarski MC, Cubells JF, George TP, Lappalainen J & Kosten TR (2014). Randomized clinical trial of disulfiram for cocaine dependence or abuse during buprenorphine treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 136: 36-42.

Schottenfeld RS, Moore B & Pantalon MV (2011). Contingency management with community reinforcement approach or twelve-step facilitation drug counseling for cocaine dependent pregnant women or women with young children. *Drug and Alcohol Dependence*, 118: 48-55.

Schubiner H, Saules KK, Arfken CL, Johanson C-E, Schuster CR, Lockhart N, et al. (2002). *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10 (3): 286-294.

Schumacher JE, Milby JB, Wallace D, Meehan DC, Kertesz S, Vuchinich R, et al. (2007). Meta-analysis of day treatment and contingency-management dismantling research: Birmingham homeless cocaine studies. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 57 (5): 823-828.

Secades-Villa R, García-Fernández G, Peña-Suárez E, García-Rodríguez O, Sánchez-Hervás E & Fernández-Hermida JR (2013). Contingency management is effective across cocaine-dependent outpatients with different socioeconomic status. *Journal Substance Abuse Treatment*, 44: 349-354.

Secade-Villa R, García-Rodríguez O, García-Fernández G, Sánchez-Hervás E, Fernandez-Hermida JR & Higgins ST (2011a). Community Reinforcement Approach plus vouchers among cocaine-dependent outpatients: Twelve-month outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25 (1): 174-179.

Secade-Villa R, García-Rodríguez O, Higgins ST, Fernandez-Hermida JR & Carballo JL (2008). Community Reinforcement Approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: Six-month outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34: 201-207.

Secades-Villa R, Sánchez-Hervás E, Zacarés-Romaguera F, García-Rodríguez O, Santonja-Gómez FJ & García-Fernández G (2011b). Community Reinforcement Approach (CRA) for cocaine dependence in the Spanish public health system: 1 year outcome. *Drug and Alcohol Review*, 30: 606-612.

Sepede G, Di Lorio G, Lupi M, Sarchione F, Acciavatti T, Fiori F, et al. (2014). Bupropion as an add-on therapy in depressed bipolar disorder Type I patients with comorbid cocaine dependence. *Clinical Neuropharmacology*, 37 (1): 17-21.

Shoptaw S, Majewska MD, Wilkins J, Twitchell G, Yang X & Ling W (2004). Participants receiving dehydroepiandrosterone during treatment for cocaine dependence show high rates of cocaine use in a placebo-controlled pilot study. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 12 (2): 126-135.

Shoptaw S, Yang X, Rotheram-Fuller EJ, Hsie Y-CM, Kintaudi PC, Charuvastra VC & Ling W (2003). Randomized placebo-controlled trial of baclofen for cocaine dependence: Preliminary effects for individuals with chronic patterns of cocaine use. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64: 1140-1148.

Shorter D, Lindsay JA & Kosten TR (2013). The alpha-1 adrenergic antagonist doxazosin for treatment of cocaine dependence: A pilot study. *Drug and Alcohol Dependence*, 131: 66-70.

Shorter D, Nielsen DA, Huang W, Harding MJ, Hamon SC & Kosten TR (2013). Pharmacogenetic

randomized trial for cocaine abuse: Disulfiram and α 1A-adrenoceptor gene variation. *European Neuropsychopharmacology*, 23: 1401-1407.

Singh M, Keer D, Klimas J, Wood E & Werb D (2016). Topiramate for cocaine dependence: A systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *Addiction*, 111 (8): 1337-1346.

Smelson DA, Losonczy MF, Davis CW, Kaune M, Williams J & Ziedonis D (2002). Risperidone decreases craving and relapses in individuals with schizophrenia and cocaine dependence. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47 (7): 671-675.

Smelson DA, Ziedonis D, Williams J, Losonczy MF, Williams J, Steinberg ML & Kaune M (2006). The efficacy of olanzapine for decreasing cue-elicited craving in individuals with schizophrenia and cocaine dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 26 (1): 9-12

Sofuoglu M & Carroll KM (2011). Effects of galantamine on cocaine use in chronic cocaine users. *The American Journal on Addictions*, 20 (3): 302-303.

Sofuoglu M, Poling J, Babuscio T, Gonsai K, Severino K, Nich C & Carroll KM (2017). Carvedilol does not reduce cocaine use in methadone-maintained cocaine users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 73 (2): 63-69.

Sofuoglu M, Poling J, Gonzalez G, Gonsai K, Oliveto & Kosten TR (2007). Progesterone effects on cocaine use in male cocaine users maintained on methadone: A randomized, double-blind, pilot study. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 15 (5): 453-460.

Spellicy CJ, Kosten TR, Hamon SC, Harding MJ & Nielsen DA (2013a). The MTHFR C677T variant is associated with responsiveness to disulfiram treatment for cocaine dependency. *Frontiers in Psychiatry*, Vol.3: Article 109.

Spellicy CJ, Kosten TR, Hamon SC, Harding MJ & Nielsen DA (2013b). ANKK1 and DRD2 pharmacogenetics of disulfiram treatment for cocaine abuse. *Pharmacogenetics and Genomics*, 23: 333-340.

Terraneo A, Leggio L, Saladini M, Ermani M, Bonci A & Gallimberti L (2016). Transcranial magnetic stimulation of dorsolateral prefrontal cortex reduces cocaine use: A pilot study. *European Neuropsychopharmacology*, 26: 37-44.

Torrens M, Fonseca F, Mateu G, Farré M (2005). Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression. A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 78: 1-22.

Van den Brink W (2012). Evidence-based pharmacological treatment of substance use disorders and pathological gambling. *Current Drug Abuse Reviews*, 5: 3-31.

Van Dorselaer, S., Tuithof, M., Verdurmen, J., Spit, M., Van Laar, M., & Monshouwer, K. (2015). *Jeugd en riskant gedrag 2015: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Walsh SI, Middleton LS, Wong CJ, Nuzzo PA, Campbell CL, Rush CR & Lofwall MR (2013). Atomoxetine does not alter cocaine use in cocaine dependent individuals: A double blind randomized

trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 130 (1-3): 150-157.

Weiss LM & Petry NM (2011). Interaction effects of age and contingency management treatments in cocaine-dependent patients. *Experimental Clinical Psychopharmacology*, 19 (2): 173-181.

Weiss LM & Petry NM (2013). Older methadone patients achieve greater durations of cocaine abstinence with contingency management than younger patients. *American Journal Addictions*, 22: 119-126.

Weiss LM & Petry NM (2014). Substance abuse treatment patients with early cocaine use respond as well to contingency management interventions as those with later onset cocaine use. *Journal Substance Abuse Treatment*, 47: 146-150.

Winhusen TM, Kropp F, Lindblad R, Douaihy A, Haynes L, Hodgkins C, et al. (2014). Multisite, randomized, double-blind, placebo-controlled pilot clinical trial to evaluate the efficacy of buspirone as a relapse-prevention treatment for cocaine dependence. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75 (7): 757-764.

Wisselink DJ, Kuijpers WGT & Mol A (2016). *Kerncijfers verslavingszorg 2015: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)*. Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ).

15.1.5 Literatuur Amfetamine

Anderson, A. L., et al. (2012). "Modafinil for the treatment of methamphetamine dependence." *Drug and alcohol dependence* 120(1-3): 135-141.

Anderson, A. L., et al. (2015). "Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence in non-daily users: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial." *Drug and alcohol dependence* 150: 170-174.

Batki S, Moon J, Bradley M, et al. Fluoxetine in methamphetamine dependence—a controlled trial: preliminary analysis. *NIDA Research Monograph: Government Printing Office*; 1999. p. 235.

Brackins, T., et al. (2011). "Treatments for methamphetamine abuse: a literature review for the clinician." *Journal of pharmacy practice* 24(6): 541-550.

Brensilver, M., et al. (2013). "Pharmacotherapy of amphetamine-type stimulant dependence: an update." *Drug and alcohol review* 32(5): 449-460.

Brown, E. S. and B. Gabrielson (2012). "A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of citicoline for bipolar and unipolar depression and methamphetamine dependence." *Journal of affective disorders* 143(1-3): 257-260.

Cao DN, Shi J-J, Hao W, Wu N, Li J. Advances and challenges in pharmacotherapeutics for amphetamine-type stimulants addiction. *European Journal of Pharmacology* 2016;780: 129–135.

Coffin, P. O., et al. (2013). "Aripiprazole for the treatment of methamphetamine dependence: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial." *Addiction (Abingdon, England)* 108(4): 751-761.

Colfax, G., et al. (2010). "Amphetamine-group substances and HIV." *Lancet* 376(9739): 458-474.

Colfax, G. N., et al. (2011). "Mirtazapine to reduce methamphetamine use: A randomized controlled trial." *Archives of general psychiatry* 68(11): 1168-1175.

Das, M., et al. (2010). "Feasibility and acceptability of a phase II randomized pharmacologic intervention for methamphetamine dependence in high-risk men who have sex with men." *AIDS* 24(7): 991-1000.

Dijkstra B, van Oort M, Schellekens A, de Haan H & de Jong C (Red.) (2017). *Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren*. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren. Utrecht: Perspectief Uitgevers.

Elkashef, A. M., et al. (2008). "Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence." *Neuropsychopharmacology* 33(5): 1162-1170.

Elkashef, A., et al. (2012). "Topiramate for the treatment of methamphetamine addiction: a multi-center placebo-controlled trial." *Addiction (Abingdon, England)* 107(7): 1297-1306.

Farnia, V., et al. (2014). "Randomized controlled trial of aripiprazole versus risperidone for the treatment of amphetamine-induced psychosis." *The American journal of drug and alcohol abuse* 40(1): 10-15.

Galloway, G. P., et al. (2011). "A randomized, placebo-controlled trial of sustained-release dextroamphetamine for treatment of methamphetamine addiction." *Clinical pharmacology and therapeutics* 89(2): 276-282.

Heinzerling, K. G., et al. (2006). "Randomized, placebo-controlled trial of baclofen and gabapentin for the treatment of methamphetamine dependence." *Drug and alcohol dependence* 85(3): 177-184.

Heinzerling, K. G., et al. (2010). "Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of modafinil for the treatment of methamphetamine dependence." *Drug and alcohol dependence* 109(1-3): 20-29.

Heinzerling, K. G., et al. (2013). "Pilot randomized trial of bupropion for adolescent methamphetamine abuse/dependence." *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine* 52(4): 502-505.

Heinzerling, K. G., et al. (2014). "Randomized, placebo-controlled trial of bupropion in methamphetamine-dependent participants with less than daily methamphetamine use." *Addiction* 109(11): 1878-1886.

Jayaram-Lindstrom, N., et al. (2008). "Naltrexone attenuates the subjective effects of amphetamine in patients with amphetamine dependence." *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology* 33(8): 1856-1863.

Johnson, B. A., et al. (2008). "A preliminary randomized, double-blind, placebo-controlled study of the safety and efficacy of ondansetron in the treatment of methamphetamine dependence." *International Journal of Neuropsychopharmacology* 11(1): 1-14.

Kay-Lambkin, F. J., et al. (2011). "The influence of depression on treatment for methamphetamine use." *The Medical journal of Australia* 195(3): S38-43.

Kishi, T., et al. (2013). "Antipsychotics for cocaine or psychostimulant dependence: systematic review and meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials." *The Journal of clinical psychiatry* 74(12): e1169-1180.

Konstenius, M., et al. (2010). "Sustained release methylphenidate for the treatment of ADHD in amphetamine abusers: a pilot study." *Drug and alcohol dependence* 108(1-2): 130-133.

Konstenius, M., et al. (2014a). "Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder and drug relapse in criminal offenders with substance dependence: a 24-week randomized placebo-controlled trial." *Addiction (Abingdon, England)* 109(3): 440-449.

Konstenius, M., et al. (2014b). ""Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder and drug relapse in criminal offenders with substance dependence: A 24-week randomized placebo-controlled trial": Corrigendum." *Addiction* 109(9): 1571-1572.

Korcha, R. A., et al. (2014). "Intensive motivational interviewing for women with concurrent alcohol problems and methamphetamine dependence." *Journal of substance abuse treatment* 46(2): 113-119.

Lee, N. K. and R. A. Rawson (2008). "A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence." *Drug and alcohol review* 27(3): 309-317.

Leelahanj, T., et al. (2005). "A 4-week, double-blind comparison of olanzapine with haloperidol in the treatment of amphetamine psychosis." *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet* 88 Suppl 3: S43-52.

Ling, W., et al. (2012). "Double-blind placebo-controlled evaluation of the PROMETATM protocol for methamphetamine dependence." *Addiction (Abingdon, England)* 107(2): 361-369.

Ling, W., et al. (2014). "Sustained-release methylphenidate in a randomized trial of treatment of methamphetamine use disorder." *Addiction* 109(9): 1489-1500.

Longo, M., et al. (2010). "Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence." *Addiction (Abingdon, England)* 105(1): 146-154.

Ma, J. Z., et al. (2013). "Fine-grain analysis of the treatment effect of topiramate on methamphetamine addiction with latent variable analysis." *Drug and alcohol dependence* 130(1-3): 45-51.

Mancino M. Modafinil for methamphetamine dependence. [Clinicaltrials.gov \(NCT00859573\)](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT00859573). Results published in April 15, 2011.

Miles, S. W., et al. (2013). "Extended-release methylphenidate for treatment of amphetamine/methamphetamine dependence: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial." *Addiction* 108(7): 1279-1286.

Minozzi S et al. psychosocial interventions for psychostimulant misuse. *Cochrane Database Systematic Reviews*

Mousavi, S. G., et al. (2015). "The efficacy of N-acetylcysteine in the treatment of methamphetamine

dependence: A double-blind controlled, crossover study." *Archives of Iranian medicine* 18(1): 28-33.

Nejtek, V. A., et al. (2008). "Do atypical antipsychotics effectively treat co-occurring bipolar disorder and stimulant dependence? A randomized, double-blind trial." *Journal of Clinical Psychiatry* 69(8): 1257-1266.

Newton TF, Reid MS, De La Garza R, et al. Evaluation of subjective effects of aripiprazole and methamphetamine in methamphetamine-dependent volunteers. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2008;11(8):1037–1045.PubMed

Peck, J. A., et al. (2005). "Sustained reductions in drug use and depression symptoms from treatment for drug abuse in methamphetamine-dependent gay and bisexual men." *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine* 82(1 Suppl 1): i100-108.

Pérez-Maña, C., et al. (2013). "Efficacy of psychostimulant drugs for amphetamine abuse or dependence." *The Cochrane database of systematic reviews* 9: CD009695.

Polcin, D. L., et al. (2014). "Randomized trial of intensive motivational interviewing for methamphetamine dependence." *Journal of addictive diseases* 33(3): 253-265.

Rajasingham, R., et al. (2012). "A systematic review of behavioral and treatment outcome studies among hiv-infected men who have sex with men who abuse crystal methamphetamine." *AIDS patient care and STDs* 26(1): 36-52.

Rezaei F, Emami M, Zahed S, Morabbi MJ, Farahzadi M & Akhondzadeh S (2015). Sustained-release methylphenidate in methamphetamine dependence treatment: A double-blind and placebo-controlled trial. *DARU Journal of Pharmaceutical Sciences*, 23: 2. doi: 10.1186/s40199-015-0092-y.

Rezaei, F., Ghaderi, E., Mardani, R., Hamidi, S. & Hassanzadeh, K. (2016). Topiramate for the management of methamphetamine dependence: A pilot randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Fundamental & Clinical Pharmacology*, 30 (2): 282-289.

Richards, J. R., et al. (2015). "Treatment of toxicity from amphetamines, related derivatives, and analogues: A systematic clinical review." *Drug and alcohol dependence* 150: 1-13.

Roll, J. M., et al. (2013). "Duration effects in contingency management treatment of methamphetamine disorders." *Addictive behaviors* 38(9): 2455-2462.

Schippers, G.M., Smeerdijk, M., & Merckx, M.J.M. (Red.) (2014). *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken*. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren. Utrecht: Perspectief Uitgevers.

Shearer, J., et al. (2009). "A double-blind, placebo-controlled trial of modafinil (200 mg/day) for methamphetamine dependence." *Addiction (Abingdon, England)* 104(2): 224-233.

Shoptaw, S., et al. (2006). "Randomized, placebo-controlled trial of sertraline and contingency management for the treatment of methamphetamine dependence." *Drug and alcohol dependence* 85(1): 12-18.

Shoptaw, S., et al. (2008). "Randomized, placebo-controlled trial of bupropion for the treatment of

methamphetamine dependence." *Drug and alcohol dependence* 96(3): 222-232.

Shoptaw, S. J., et al. (2009). "Treatment for amphetamine psychosis." *The Cochrane database of systematic reviews*: CD003026.

Smout, M. F., et al. (2010). "Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and Acceptance and Commitment Therapy." *Substance abuse : official publication of the Association for Medical Education and Research in Substance Abuse* 31(2): 98-107.

Srisurapanont, M., et al. (2007). "Brief intervention for students with methamphetamine use disorders: a randomized controlled trial." *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions* 16(2): 111-116.

Sulaiman, A. H., et al. (2013). "A randomized, placebo-controlled trial of aripiprazole for the treatment of methamphetamine dependence and associated psychosis." *International journal of psychiatry in clinical practice* 17(2): 131-138.

Tiihonen J, Kuoppasalmi K, Föhr J, et al. A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence. *Am J Psychiatry*. 2007;164(1):160–162.

doi:10.176/api.ajp.164.1.160PubMed

Tiihonen, J., et al. (2012). "Naltrexone implant for the treatment of polydrug dependence: a randomized controlled trial." *The American journal of psychiatry* 169(5): 531-536.

Urschel, I. H. C., et al. (2011). "A controlled trial of flumazenil and gabapentin for initial treatment of methylamphetamine dependence." *Journal of Psychopharmacology* 25(2): 254-262.

Verachai, V., et al. (2014). "Treatment of methamphetamine-induced psychosis: a double-blind randomized controlled trial comparing haloperidol and quetiapine." *Psychopharmacology* 231(16): 3099-3108.

Vocci, F. J. and I. D. Montoya (2009). "Psychological treatments for stimulant misuse, comparing and contrasting those for amphetamine dependence and those for cocaine dependence." *Current opinion in psychiatry* 22(3): 263-268.

Wang G, Zhang Y, Zhang S, Chen H, Xu Z, Schottenfeld RS, Hao W, Chawarsk MC. Aripiprazole and Risperidone for Treatment of Methamphetamine-Associated Psychosis in Chinese Patients. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2016; 62: 84–88.

15.1.6 Literatuur Ecstasy

Huang YS, Tang TC, Lin CH & Yen CF (2011). Effects of motivational enhancement therapy on readiness to change MDMA and methamphetamine use behaviors in Taiwanese adolescents. *Subst Use Misuse*, 46: 411-416.

Marsden J, Stillwell G, Barlow H, Boys A, Taylor C, Hunt N & Farrell M (2006). An evaluation of a brief motivational intervention among young ecstasy and cocaine users: no effect on substance and alcohol use outcomes. *Addiction*, 101: 1014-1026.

Martin G & Copeland J (2010). Brief intervention for regular ecstasy (MDMA) users: Pilot randomized trial of a Check-up model. *Journal of Substance Use*, 15: 131-142.

Norberg MM, Hides L, Olivier J, Khawar L, McKetin R & Copeland J (2014). Brief interventions to reduce Ecstasy use: A multi-site randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 45: 745-759.

15.1.7 GHB

Beurmanjer, H., Verbrugge, C. A. G., Schrijen, S., Schellekens, A. F. A., DeJong, C. A. J., & Dijkstra B. A. G. (2016) *Behandeling van GHB afhankelijkheid na detoxificatie*. Eindrapportage NISPA GHB Monitor 2.0, Nijmegen: NISPA.

Dijkstra, B., van Oort, M., Schellekens, A., de Haan, H., & DeJong, C. (Red.) (2017). *Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren*. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren. Utrecht: Perspectief Uitgevers.

Kamal, R. M., Schellekens, A. F. A., DeJong, C. A. J., & Dijkstra, B. A. G. (2015a) Baclofen as relapse prevention in the treatment of Gamma- Hydroxybutyrate (GHB) dependence: an open label study. *BMC Psychiatry*, 15, 91.

Kamal, R. M., Qurishi, R., & DeJong, C. A. J. (2015b) Baclofen and GHB (Gamma hydroxybutyrate). A dangerous combination. In: *Detoxification approach for patients with GHB dependence*.

Noorden, M. S. van, Kamal, R., Hübner, B., & Paling, A. (2012) *Behandelprotocol voor acute Gamma-Hydroxyboterzuur (GHB) onthouding in het ziekenhuis*. Nijmegen: NISPA 2012.

Otte, R. A., Verbrugge, C. A. G., & Dijkstra, B. A. G. (2016). *Aanbevelingen voor ketenzorg bij GHB-gerelateerde problemen*. Nijmegen: NISPA. Boekengilde Enschede.

Schippers, G.M., Smeerdijk, M., & Merckx, M.J.M. (Red.) (2014). *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken*. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren. Utrecht: Perspectief Uitgevers.

15.1.8 Benzodiazepines

Ashton CH, Rawlins MD, Tyrer SP: A double-blind placebo-controlled study of buspirone in diazepam withdrawal in chronic benzodiazepine users. *Br J Psychiatry* 157, 232-238, 1990.

Bagoien G, Bjorngaard JH, Ostensen C, Reitan SK, Romundstad P, Morken G: The effects of motivational interviewing on patients with comorbid substance use admitted to a psychiatric emergency unit - a randomised controlled trial with two year follow-up. *BMC Psychiatry* 13, 93, 2013.

Baillargeon L, Landreville P, Verreault R, Beauchemin JP, Gregoire JP, Morin CM: Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: a randomized trial. *CMAJ* 169, 1015-1020, 2003.

Baker A, Lee NK, Claire M, Lewin TJ, Grant T, Pohlman S, Saunders JB, Kay-Lambkin F, Constable P, Jenner L, Carr VJ: Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction* 100, 367-378, 2005.

Bashir K, King M, Ashworth M: Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *Br J Gen Pract* 44, 408-412, 1994.

Becka J: Efficacy of cognitive behavioral methods in decreasing drug use by methadone clinic patients compared with standard conditions. *Ceská Slovenská Psychiatrie* 100 (suppl 1), 4-7, 2004.

Belleville G, Guay C, Guay B, Morin CM: Hypnotic taper with or without self-help treatment of insomnia: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 75, 325-335, 2007.

Cantopher T, Olivieri S, Cleave N, Edwards JG: Chronic benzodiazepine dependence. A comparative study of abrupt withdrawal under propranolol cover versus gradual withdrawal. *Br J Psychiatry* 156, 406-411, 1990.

Cardinali DP, Gvozdenovich E, Kaplan MR, Fainstein I, Shifis HA, Perez Lloret S, Albornoz L, Negri A: A double blind-placebo controlled study on melatonin efficacy to reduce anxiolytic benzodiazepine use in the elderly. *Neuro Endocrinol Lett* 23, 55-60, 2002.

Carroll KM, Ball SA, Nich C, Martino S, Frankforter TL, Farentinos C, Kunkel LE, Mikulich-Gilbertson SK, Morgenstern J, Obert JL, Polcin D, Snead N, Woody GE: Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: a multisite effectiveness study. *Drug Alcohol Depend* 81, 301-312, 2006.

Cialdella P, Boissel JP, Belon P: (Homeopathic specialties as substitutes for benzodiazepines: double-blind vs. placebo study). *Specialites homeopathiques en substitution de benzodiazepines: etude en double-insu vs. placebo*. *Therapie* 56, 397-402, 2001.

Cormack MA, Sweeney KG, Hughes-Jones H, Foot GA: Evaluation of an easy, cost-effective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice. *Br J Gen Pract* 44, 5-8, 1994.

Darker CD, Sweeney BP, Barry JM, Farrell MF, Donnelly-Swift E: Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 5, CD009652, 2015.

de Graaf R, ten Have M, van Dorsselaer S. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten. Trimbos-instituut, Utrecht. 2010.

Di Costanzo E, Rovea A: [The prophylaxis of benzodiazepine withdrawal syndrome in the elderly: the effectiveness of carbamazepine. Double-blind study vs. placebo]. *La profilassi della sindrome di astinenza da benzodiazepine nell'anziano: l'efficacia della carbamazepina. Uno studio in doppio cieco con placebo*. *Minerva Psichiatr* 33, 301-304, 1992.

Dijkstra, B., Van Oort, M., Schellekens, A., De Haan, H., & De Jong, C. (Red.) (2017). *Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren*. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren. Utrecht: Perspectief Uitgevers.

Elliott L, Glenday J, Freeman L, Ajeda D, Johnston B, Christie M, Ogston S: Reducing diazepam prescribing for illicit drug users: a randomised control study. *Drug Alcohol Rev* 24, 25-31, 2005.

Elsesser K, Sartory G, Maurer J: The efficacy of complaints management training in facilitating benzodiazepine withdrawal. *Behav Res Ther* 34, 149-156, 1996.

- Fujii K, Uchida H, Suzuki T, Mimura M: Dependence on benzodiazepines in patients with panic disorder: a cross-sectional study. *Psychiatry Clin Neurosci* 69, 93-99, 2015.
- Garfinkel D, Zisapel N, Wainstein J, Laudon M: Facilitation of benzodiazepine discontinuation by melatonin: a new clinical approach. *Arch Intern Med* 159, 2456-2460, 1999.
- Garzon C, Guerrero JM, Aramburu O, Guzman T: Effect of melatonin administration on sleep, behavioral disorders and hypnotic drug discontinuation in the elderly: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Aging Clin Exp Res* 21, 38-42, 2009.
- Gilbert A, Owen N, Innes JM, Sansom L: Trial of an intervention to reduce chronic benzodiazepine use among residents of aged-care accommodation. *Aust N Z J Med* 23, 343-347, 1993.
- Gorgels WJ FAU, Oude Voshaar RC, Mol AJJ, Breteler MHM, van de Lisdonk EH, Zitman FG. Het langdurig gebruik van benzodiazepinen. *Ned Tijdschr Geneesk* 145, 1342-1346, 2001.
- Gorgels WJ, Oude Voshaar RC, Mol AJ, Van de Lisdonk EH, Van Balkom AJ, Breteler MH, et al. (2006). Predictors of discontinuation of benzodiazepine prescription after sending a letter to long-term benzodiazepine users in family practice. *Fam Pract*, 23, 65-72.
- Gosselin P, Ladouceur R, Morin CM, Dugas MJ, Baillargeon L: Benzodiazepine discontinuation among adults with GAD: A randomized trial of cognitive-behavioral therapy. *J Consult Clin Psychol* 74, 908-919, 2006.
- Gould RL, Coulson MC, Patel N, Highton-Williamson E, Howard RJ: Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 204, 98-107, 2014.
- Hadley SJ, Mandel FS, Schweizer E: Switching from long-term benzodiazepine therapy to pregabalin in patients with generalized anxiety disorder: a double-blind, placebo-controlled trial. *J Psychopharmacol* 26, 461-470, 2012.
- Hantouche EG, Guelfi JD, Comet D: [Alpha-beta L-aspartate magnesium in treatment of chronic benzodiazepine abuse: controlled and double-blind study versus placebo]. Alpha-beta L-aspartate de magnesium dans l'arrêt de la consommation chronique des benzodiazepines: étude contrôlée en double aveugle versus placebo. *Encephale* 24, 469-479, 1998.
- Heather N, Bowie A, Ashton H, McAvoy B, Spencer I, Brodie J, Giddings D. Randomised controlled trial of two brief interventions against long-term benzodiazepine use: outcome of intervention. *Addict Res Theory* 12, 141-154, 2004.
- Jones D. Weaning elderly patients off psychotropic drugs in general practice: a randomised controlled trial. *HealthTrends* , 164-166, 1990.
- Kan CC, Breteler MH, Zitman FG: High prevalence of benzodiazepine dependence in out-patient users, based on the DSM-III-R and ICD-10 criteria. *Acta Psychiatr Scand* 96, 85-93, 1997.
- King VL, Stoller KB, Kidorf M, Kindbom K, Hursh S, Brady T, Brooner RK: Assessing the effectiveness of an Internet-based videoconferencing platform for delivering intensified substance

abuse counseling. *J Subst Abuse Treat* 36, 331-338, 2009.

Lader M, Farr I, Morton S: A comparison of alpidem and placebo in relieving benzodiazepine withdrawal symptoms. *Int Clin Psychopharmacol* 8, 31-36, 1993.

Lader M, Olajide D: A comparison of buspirone and placebo in relieving benzodiazepine withdrawal symptoms. *J Clin Psychopharmacol* 7, 11-15, 1987.

Lahteenmaki R, Puustinen J, Vahlberg T, Lyles A, Neuvonen PJ, Partinen M, Raiha I, Kivela SL: Melatonin for sedative withdrawal in older patients with primary insomnia: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Br J Clin Pharmacol* 77, 975-985, 2014.

Lemoine P, Kermadi I, Garcia-Acosta S, Garay RP, Dib M: Double-blind, comparative study of cyamemazine vs. bromazepam in the benzodiazepine withdrawal syndrome. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 30, 131-137, 2006.

Mariani JJ, Mariani JJ, Malcolm RJ, Malcolm RJ, Mamczur AK, Mamczur AK, Choi JC, Choi JC, Brady R, Brady R, Nunes E, Nunes E, Levin FR, Levin FR: Pilot trial of gabapentin for the treatment of benzodiazepine abuse or dependence in methadone maintenance patients. *Am J Drug Alcohol Abuse* 42, 333-340, 2016.

Mercier-Guyon C, Chabannes JP, Saviuc P: The role of captodiamine in the withdrawal from long-term benzodiazepine treatment. *Curr Med Res Opin* 20, 1347-1355, 2004.

Morgan SG, Morgan SG, Weymann D, Weymann D, Pratt B, Pratt B, Smolina K, Smolina K, Gladstone EJ, Gladstone EJ, Raymond C, Raymond C, Mintzes B, Mintzes B: Sex differences in the risk of receiving potentially inappropriate prescriptions among older adults. *Age Ageing* , 2016.

Morin CM, Bastien C, Guay B, Radouco-Thomas M, Leblanc J, Vallieres A: Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *Am J Psychiatry* 161, 332-342, 2004.

Morton S, Lader M: Buspirone treatment as an aid to benzodiazepine withdrawal. *J Psychopharmacol* 9, 331-335, 1995.

Nakao M, Takeuchi T, Nomura K, Teramoto T, Yano E: Clinical application of paroxetine for tapering benzodiazepine use in non-major-depressive outpatients visiting an internal medicine clinic. *Psychiatry Clin Neurosci* 60, 605-610, 2006.

Nathan RG, Robinson D, Cherek DR, Sebastian CS, Hack M, Davison S: Alternative treatments for withdrawing the long-term benzodiazepine user: a pilot study. *Int J Addict* 21, 195-211, 1986.

Ngo AS-Y, Anthony CR, Samuel M, Wong E, Ponampalam R: Should a benzodiazepine antagonist be used in unconscious patients presenting to the emergency department? *Resuscitation* 74, 27-37, 2007.

Nkogho Mengue PG, Abdous B, Berbiche D, Preville M, Voyer P: [Impact benzodiazepine dependence on the use of health services: senior' health study]

Impact de la dependance aux benzodiazepines sur l'utilisation des services de sante : etude sur la

sante des aines. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 11, 229-236, 2013.

O'Connor K, Marchand A, Brousseau L, Aardema F, Mainguy N, Landry P, Savard P, Leveille C, Lafrance V, Boivin S, Pitre D, Robillard S, Bouthillier D: Cognitive-behavioural, pharmacological and psychosocial predictors of outcome during tapered discontinuation of benzodiazepine. *Clin Psychol Psychother* 15, 1-14, 2008.

Otto MW, Pollack MH, Sachs GS, Reiter SR, Meltzer-Brody S, Rosenbaum JF: Discontinuation of benzodiazepine treatment: efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 150, 1485-1490, 1993.

Otto MW, McHugh RK, Simon NM, Farach FJ, Worthington JJ, Pollack MH: Efficacy of CBT for benzodiazepine discontinuation in patients with panic disorder: Further evaluation. *Behav Res Ther* 48, 720-727, 2010.

Oude Voshaar RCO, Gorgels WJM, Mol AJJ, van Balkom AJLM, van de Lisdonk EH, Breteler MHM, van den Hoogen HJM, Zitman FG: Tapering off long-term benzodiazepine use with or without group cognitive-behavioural therapy: three-condition, randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 182, 498-504, 2003.

Oude Voshaar RCO, Couvee JE, van Balkom AJLM, Mulder PGH, Zitman FG: Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 189, 213-220, 2006.

Parr JM, Kavanagh DJ, Young RM, Stubbs B, Bradizza N. Impact of cognitive behaviour therapy via mail for cessation of benzodiazepine use: a series of case reports. *Behav Change* 30, 74-83, 2013.

Parr JM, Kavanagh DJ, Cahill L, Mitchell G, McD Young R: Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addiction* 104, 13-24, 2008.

Peles E, Hetzroni T, Bar-Hamburger R, Adelson M, Schreiber S: Melatonin for perceived sleep disturbances associated with benzodiazepine withdrawal among patients in methadone maintenance treatment: a double-blind randomized clinical trial. *Addiction* 102, 1947-1953, 2007.

Rickels K, DeMartinis N, Garcia-Espana F, Greenblatt DJ, Mandos LA, Rynn M: Imipramine and buspirone in treatment of patients with generalized anxiety disorder who are discontinuing long-term benzodiazepine therapy. *Am J Psychiatry* 157, 1973-1979, 2000.

Rickels K, Schweizer E, Garcia Espana F, Case G, DeMartinis N, Greenblatt D: Trazodone and valproate in patients discontinuing long-term benzodiazepine therapy: effects on withdrawal symptoms and taper outcome. *Psychopharmacology (Berl)* 141, 1-5, 1999.

Rynn M, Garcia-Espana F, Greenblatt DJ, Mandos LA, Schweizer E, Rickels K: Imipramine and buspirone in patients with panic disorder who are discontinuing long-term benzodiazepine therapy. *J Clin Psychopharmacol* 23, 505-508, 2003.

Scherbaum N, Kluwig J, Specka M, Krause D, Merget B, Finkbeiner T, Gastpar M: Group psychotherapy for opiate addicts in methadone maintenance treatment--a controlled trial. *Eur Addict Res* 11, 163-171, 2005.

Schippers, G.M., Smeerdijk, M., & Merckx, M.J.M. (Red.) (2014). *Handboek cognitieve*

gedragstherapie bij middelengebruik en gokken. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren. Utrecht: Perspectief Uitgevers.

Schweizer E, Rickels K, Case WG, Greenblatt DJ: Carbamazepine treatment in patients discontinuing long-term benzodiazepine therapy. Effects on withdrawal severity and outcome. *Arch Gen Psychiatry* 48, 448-452, 1991.

Snoek A, Wits E, Meulders W. Richtlijn Middelenmisbruik of -afhankelijkheid en angststoornissen. Addendum bij de MDR Angststoornissen, Versie 1.0. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis en comorbide middelenmisbruik of -afhankelijkheid. 2012.

Soumerai SB, Simoni-Wastila L, Singer C, Mah C, Gao X, Salzman C, Ross-Degnan D: Lack of relationship between long-term use of benzodiazepines and escalation to high dosages. *Psychiatr Serv* 54, 1006-1011, 2003.

Spiegel DA, Bruce TJ, Gregg SF, Nuzzarello A: Does cognitive behavior therapy assist slow-taper alprazolam discontinuation in panic disorder? *Am J Psychiatry* 151, 876-881, 1994.

Ten Wolde GB, Dijkstra A, van Empelen P, van den Hout W, Neven AK, Zitman F: Long-term effectiveness of computer-generated tailored patient education on benzodiazepines: a randomized controlled trial. *Addiction* 103, 662-670, 2008.

Tyrer P, Ferguson B, Hallstrom C, Michie M, Tyrer S, Cooper S, Caplan R, Barczak P: A controlled trial of dothiepin and placebo in treating benzodiazepine withdrawal symptoms. *Br J Psychiatry* 168, 457-461, 1996.

Udelman HD, Udelman DL: Concurrent use of buspirone in anxious patients during withdrawal from alprazolam therapy. *J Clin Psychiatry* 51 Suppl, 46-50, 1990.

Vicens C, Fiol F, Llobera J, Campoamor F, Mateu C, Alegret S, Socias I: Withdrawal from long-term benzodiazepine use: randomised trial in family practice. *Br J Gen Pract* 56, 958-963, 2006.

Vissers FHJA, Knipschild PG, Crebolder HFJM: Is melatonin helpful in stopping the long-term use of hypnotics? A discontinuation trial. *Pharm World Sci* 29, 641-646, 2007.

Vorma H, Naukkarinen H, Sarna S, Kuoppasalmi K: Treatment of out-patients with complicated benzodiazepine dependence: comparison of two approaches. *Addiction* 97, 851-859, 2002.

Voshaar RCO, Couvee JE, van Balkom AJLM, Mulder PGH, Zitman FG: Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 189, 213-220, 2006.

Vukcevic NP, Ercegovic GV, Segrt Z, Djordjevic S, Stosic JJ: Benzodiazepine poisoning in elderly. *Vojnosanit Pregl* 73, 234-238, 2016.

Wisselink DJ, Kuijpers WGT, Mol A. Kerncijfers verslavingszorg 2014. LADIS, Houten. 2015.

Wright A, Diebold J, Otal J, Stoneman C, Wong J, Wallace C, Duffett M: The Effect of Melatonin on Benzodiazepine Discontinuation and Sleep Quality in Adults Attempting to Discontinue Benzodiazepines: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Drugs Aging* 32, 1009-1018, 2015.

Zahradnik A, Otto C, Crackau B, Lohrmann I, Bischof G, John U, Rumpf HJ: Randomized controlled trial of a brief intervention for problematic prescription drug use in non-treatment-seeking patients. *Addiction* 104, 109-117, 2009.

Zitman FG, Couvee JE: Chronic benzodiazepine use in general practice patients with depression: an evaluation of controlled treatment and taper-off: report on behalf of the Dutch Chronic Benzodiazepine Working Group. *Br J Psychiatry* 178, 317-324, 2001.

15.1.9 Literatuur Overige behandelingen gericht op reductie van drugsgebruik

Literatuur EMDR

Cecero, J.J. & K.M. Carroll, Using eye movement desensitization and reprocessing to reduce cocaine cravings. *Am J Psychiatry*, 2000. 157(1): p. 150-1.

Markus, W., de Weert-van Oene, G. H., Becker, E. S., & DeJong, C. A. (2015). A multi-site randomized study to compare the effects of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) added to TAU versus TAU to reduce craving and drinking behavior in alcohol dependent outpatients: study protocol. *BMC Psychiatry* 15: 51.

Markus, W. (2016a). EMDR bij verslaving. Presentatie gehouden op het 10e Jaarsymposium Verslaving. Utrecht: 8 december 2016.

Markus, W., De Weert-van Oene, G. H., Woud, M. L., Becker, E. S., & DeJong, C. A. J. (2016b). Are addiction-related memories malleable by working memory competition? Transient effects on memory vividness and nicotine craving in a randomized lab experiment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 83-91.

Literatuur ACT

De Groot, F., Morrens, M., & Dom, G. (2014). Acceptance and commitment therapy (ACT) and addiction: a literature review. *Tijdschr Psychiatr* 56(9): 577-585.

González-Menéndez, A., Fernández, P., Rodríguez, F., & Villagrà, P. (2014). Long-term outcomes of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female inmates: A randomized controlled trial. *Int J Clin Health Psychol* 14: 18-27.

Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S.V., Byrd, M., & Gregg, J. (2004). A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone maintained opiate addicts. *Behav Ther* 35: 667-88.

Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug Alcohol Depend* 155: 1-7.

Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race: a randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *J Consult Clin Psychol* 80(1): 43-53.

Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W., & White, J. M. (2010). Psychosocial

treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and Acceptance and Commitment Therapy. *Subst Abus* 31(2): 98-107.

Villagrà Lanza, P., Fernández Garcia, P., Rodríguez Lamelas, F., & González-Menéndez, A. (2014). Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy in the treatment of substance use disorder with incarcerated women. *J Clin Psychol* 70(7): 644-657.

Villagrà Lanza, P. & González-Menéndez (2013). Acceptance and Commitment Therapy for drug abuse in incarcerated women. *Psicothema* 25(3): 307-312.

Literatuur Mindfulness

Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M. E., & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Subst Abus* 30(4): 295-305.

Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., Carroll, H. A., Harrop, E., Collins, S. E., Lustyk, M. K., & Larimer, M. E. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 71(5): 547-556.

Brewer, J. A., Sinha, R., Chen, J. A., Michalsen, R. N., Babuscio, T. A., Nich, C., Grier, A., Bergquist, K. L., Reis, D. L., Potenza, M. N., Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (2009). Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: results from a randomized, controlled stage I pilot study. *Subst Abus* 30(4): 306-317.

Chiesa, A. and A. Serretti (2014). Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Subst Use Misuse* 49(5): 492-512.

Glasner, S., Mooney, L.J., Ang, A., Garneau, H.C., Hartwell, E., Brecht, M., & Rawson, R.A. (2017). Mindfulness-based relapse prevention for stimulant dependent adults: A pilot randomized clinical trial. *Mindfulness*, 8(1): 126-135.

Witkiewitz, K., Warner, K., Sully, B., Barricks, A., Stauffer, C., Thompson, B. L., & Luoma, J. B. (2014). Randomized trial comparing mindfulness-based relapse prevention with relapse prevention for women offenders at a residential addiction treatment center. *Subst Use Misuse* 49(5): 536-546.

Literatuur Cognitieve training

Cristea, I. A., Kok, R. N., & Cuijpers, P. (2016). The Effectiveness of Cognitive Bias Modification Interventions for Substance Addictions: A Meta-Analysis. *PLoS One* 11(9): e0162226.

Mayer, A.R., Wilcox, C.E., Dodd, A.B., Klimaj, S.D., Dekonenko, C.J., Claus, E.D., & Bogenschutz, M. (2016). The efficacy of attention bias modification therapy in cocaine use disorders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 42(4): 459-468.

Rass O., Schacht, R.L., Buckheit, K., Johnson, M.W., Strain, E.C., & Mintzer, M.Z. (2015). A randomized controlled trial of the effects of working memory training in methadone maintenance patients. *Drug Alcohol Depend* 156: 38-46.

Literatuur Acupunctuur

Grant, S., Kandrack, R., Motala, A., Shanman, R., Booth, M., Miles, J., Sorbero, M., & Hempel, S. (2016). Acupuncture for substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 163: 1-15.

Literatuur Neuromodulatie

Luigjes, J., Breteler, R., Vanneste, S., & de Ridder, D. (2013). Neuromodulation as an intervention for addiction: overview and future prospects. *Tijdschr Psychiatr* 55(11): 841-852.

Scott, W.C., Kaiser, D., Othmer, S., & Sideroff, S.I. (2005). Effects of an EEG biofeedback protocol on a mixed substance abusing population. *Am J Drug Alcohol Abuse* 31(3): 455-469.

Spagnolo, P. A. and D. Goldman (2016). Neuromodulation interventions for addictive disorders: challenges, promise, and roadmap for future research. *Brain*: 1-21.

Terraneo, A., Leggio, L., Saladini, M., Ermani, M., Bonci, A., & Gallimberti, L. (2016). Transcranial magnetic stimulation of dorsolateral prefrontal cortex reduces cocaine use: A pilot study. *Eur Neuropsychopharmacol* 26(1): 37-44.

Literatuur Ambulante 12-stappen programma's

Bogenschutz, M. P., Geppert, C. M., & George, J. (2006). The role of twelve-step approaches in dual diagnosis treatment and recovery. *Am J Addict* 15(1): 50-60.

Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S.V., Byrd, M., & Gregg, J. (2004). A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone maintained opiate addicts. *Behav Ther* 35: 667-88.

Kingree, J. B. and M. Thompson (2000). Mutual help groups, perceived status benefits, and well-being: a test with adult children of alcoholics with personal substance abuse problems. *Am J Community Psychol* 28(3): 325-342.

McKay, J. R., Alterman, A. I., Cacciola, J. S., Rutherford, M. J., O'Brien, C. P., & Koppenhaver, J. (1997). Group counseling versus individualized relapse prevention aftercare following intensive outpatient treatment for cocaine dependence: initial results. *J Consult Clin Psychol* 65(5): 778-788.

Triffleman, E. (2000). Gender Differences in a Controlled Pilot Study of Psychosocial Treatments in Substance Dependent Patients with Post-Traumatic Stress Disorder: Design Considerations and Outcomes. *Alcohol Treat Q* 18(3): 113-126.

Literatuur Klinische 12-stappen behandeling

Bogenschutz, M. P., Geppert, C. M., & George, J. (2006). The role of twelve-step approaches in dual diagnosis treatment and recovery. *Am J Addict* 15(1): 50-60.

Burnam, M. A., Morton, S. C., McGlynn, E. A., Petersen, L. P., Stecher, B. M., Hayes, C., & Vaccaro, J. V. (1995). An experimental evaluation of residential and nonresidential treatment for dually diagnosed homeless adults. *J Addict Dis* 14(4): 111-134.

Nuttbrock, L. A., Rahav, M., Rivera, J. J., Ng-Mak, D. S., & Link, B. G. (1998). Outcomes of homeless mentally ill chemical abusers in community residences and a therapeutic community. *Psychiatr Serv* 49(1): 68-76.

15.1.10 Literatuur Herstelondersteunende interventies

Literatuur Individuele Plaatsing en Steun (IPS)

Bejerholm U, Areberg C, Hofgren C, Sandlund M & Rinaldi M (2015). Individual Placement and Support in Sweden – A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69: 57-66.

Bond GR, Drake RE & Becker R (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based Supported Employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31 (4): 280-290.

Bond GR, Kim SJ, Becker DR, Swanson SJ, Drake RE, Krzos IM, et al. (2015). A controlled trial of Supported Employment for people with severe mental illness and justice involvement. *Psychiatric Services*, 66 (10): 1027-1034.

Campbell K, Bond GR, Drake RE, McHugo GJ & Xie H (2010). Client predictors of employment outcomes in high-fidelity Supported Employment. A regression analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198 (8): 556-553.

Crowther R, Marshall M, Bond GR & Huxley P (2001). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Systematic Reviews*, Issue 2, Art. No. CD003080.

Davis LL, Leon AC, Toscano R, Drebing CE, Ward LC, Parker PE, et al. (2012). A randomized controlled trial of Supported Employment among veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services*, 63 (5): 464-470.

Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S & Kupper Z (2012). A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125: 157-167.

Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S, Mueser KT & Kupper Z (2014). Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomised controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 171: 1183-1190.

Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M, et al. (2013). Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database Systematic Reviews*, Issue 9, Art. No. CD008297.

Marshall T, Goldberg RW, Braude L, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, et al. (2014). Supported employment: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65 (1): 16-23.

Michon HW, van Busschbach JT, van Vugt M & Stant AD (2011). Effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in Nederland. Verslag van een gecontroleerde effectstudie. Deelrapport 1. Bevindingen na 18 maanden follow-up. Utrecht: Trimbos instituut/ Groningen: RGOc/UMCG.

Michon H, van Busschbach JT, Stant AD, van Vugt MD & van Weeghel J (2014). Effectiveness of Individual Placement and Support for people with severe mental illness in the Netherlands: A 30-

month randomized controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37 (2): 129-136.

Mueser KT, Campbell K & Drake RE (2011). The effectiveness of supportive employment in people with dual disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 7 (1-2): 90-102.

Oshima I, Sono T, Bond GR & Nishio M (2014). A randomized controlled trial of Individual Placement and Support in Japan. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37 (2): 137-143.

Razzano LA, Cook JA, Burke-Miller JK, Mueser KT, Pickett-Schenk SA, Grey DD, et al. (2005). Clinical factors associated with employment among people with severe mental illness: Findings from the Employment Intervention Demonstration Program. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (11): 705-713.

Rosenheck RA & Maris AS (2007). Implementation of supported employment for homeless veterans with psychiatric or addiction disorders: Two-year outcomes. *Psychiatric Services*, 58 (3): 325-333.

Twamley EW, Vella L, Burton CZ, Becker DR, Bell MD & Jeste DV (2012). The efficacy of supported employment for middle-ages and older people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 135: 100-104.

Van Busschbach JT, Michon HW, van Vugt M & Stant AD (2011). Effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in Nederland. Verslag van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie. Basisrapport SCION-I en II. Bevindingen na 30 maanden follow-up. Groningen/Utrecht: Rob Giel Onderzoekscentrum/Trimbos instituut.

Waghorn G, Dias S, Gladman B, Harris M & Saha S (2014). A multi-site randomised controlled trial of evidence-bases supported employment for adults with severe and persistent mental illness. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61: 424-436.

Literatuur Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB)

Gigantesco A, Vittoriello M, Pioli R, Falloon IRH, Rossi G & Morosini P (2006). The VADO approach in psychiatric rehabilitation: A randomized clinical trial. *Psychiatric Services*, 57 (12): 1778-1783.

Rogers ES, Anthony WA, Lyass A & Penck WE (2006). A randomized clinical trial of vocational rehabilitation for people with psychiatric disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 49 (3): 143-156.

Sanches SA, Swildens WE, van Busschbach JT, Stant AD, Feenstra TL & van Weeghel J (2015). Cost effectiveness and budgetary impact of the Boston University approach to Psychiatric Rehabilitation for societal participation in people with severe mental illness: A randomised controlled trial protocol. *BMC Psychiatry*, 15: 217.

Shern DL, Tsemberis S, Anthony W, Lovell AM, Richmond L, Felton CJ, et al. (2000). Serving street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: Outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. *American Journal of Public Health*, 90 (12): 1873-1878.

Swildens W, van Busschbach JT, Michon H, Kroon H, Koeter MWJ, Wiersma D & van Os J (2011). Effectively working on rehabilitation goals: 24-Month outcome of a randomized controlled trial of the Boston Psychiatric Rehabilitation Approach. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56 (12): 751-760.

Van Busschbach JT, Swildens H, Michon H, Kroon H, Koeter M, Wiersma D & van Os J (2016). Effectiever werken aan rehabilitatiedoelen: Langetermijntuitkomsten van een gerandomiseerde studie naar de individuele rehabilitatiebenadering. Tijdschrift voor Psychiatrie, 58: 179-189.

Literatuur Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)

Meis LA, Griffin JM, Greer N, Jensen AC, MacDonald R, Carlyle M, et al. (2013). Couple and family involvement in adult mental health treatment: A systematic review. Clinical Psychology Review, 33: 275-286.

Roozen H, de Waart R & van der Kroft P (2010). Community reinforcement and Family Training: An effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. Addiction, 105: 1729-1738.

Literatuur Crisiskaart

Borschmann R, Barrett B, Hellier JM, Byford S, Henderson C, Rose D, et al. (2013). Joint crisis plans for people with borderline personality disorder: Feasibility and outcomes in a randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry, 202: 357-364.

Campbell LA & Kisely SR (2009). Advance treatment directives for people with severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Art. No.: CD005963.

Farrelly S, Brown GE, Flach C, Barley E, Laugharne R & Henderson C (2013). User-held personalised information for routine care of people with severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 10. Art. No.: CD001711.

Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K & Szmukler G (2004). Effect of joint crisis plan on use of compulsory treatment in psychiatry: Single blind randomised controlled trial. British Medical Journal, 329: 126-130.

McGovern MP, Wrisley BR & Drake RE (2005). Relapse of substance use disorder and its prevention among persons with co-occurring disorders. Psychiatric Services, 56 (10): 1270-1273

Ruchlewska A, Wierdsma AI, Kamperman AM, van der Gaag M, Smulders R, Roosenschoon B-J, et al. (2014). Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: A randomized controlled trial. PlosONE, 9 (3): e91882.

Thornicroft G, Farrelly S, Szmukler G, Birchwood M, Waheed W, Flach C, et al. (2013). Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: A randomised controlled trial. The Lancet, 381: 1634-41.

Literatuur (Flexibele) Assertive Community Treatment

Bak M, Drukker M, de Bie A, à Campo J, Poddighe G, van Os J & Delespaul P (2008). Een observationale trial naar 'assertive outreach' met remissie als uitkomstmaat. Tijdschrift voor Psychiatrie, 50, 253-262.

Burns T (2010). The rise and fall of assertive community treatment. International Review of Psychiatry, 22 (2): 130-137.

Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A & Marshall M (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: Systematic review and meta-regression. *British Medical Journal*, 335: 336–342.

Coldwell CM & Bender WS (2007). The effectiveness of Assertive Community Treatment for homeless populations with severe mental illness: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164: 393-399.

Dekker J, Wijdenes W, Koning Y-A, Gardien R, Hermandes-Willenborg L & Nusselder H (2002). Assertive Community Treatment in Amsterdam. *Community Mental Health Journal*, 38: 425-434.

Dieterich M, Irving CB & Marshall M (2010). Intensive case management for severe mental illness (Review). *The Cochrane Library*, Issue 11.

Drukker M, Maarschalkerweerd M, Bak M, Driessen G, à Campo J, de Bie A, Poddighe G, van Os J & Delespaul P (2008). A real-life observational study of the effectiveness of FACT in a Dutch mental health region. *BMC Psychiatry*, 8: 93 [DOI 10.1186/1471-244X-8-93].

Drukker M, van Os J, Sytema S, Driessen G, Visser E & Delespaul P (2011). Function Assertive Community Treatment (FACT) and psychiatric service use in patients diagnosed with severe mental illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20 (3): 273-278.

Drukker M, Visser E, Sytema S & van Os J (2013). Flexible Assertive Community Treatment, Severity of Symptoms and Psychiatric Health Service Use, a Real life Observational Study. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 9: 202-209.

Essock SM, Mueser KT, Drake RE, Covell NH, McHugo GJ, Frisman LK, et al. (2006). Comparison of ACT and Standard Case Management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatric Services*, 57 (2): 185-196.

Firm M, Hindhaugh K, Hubbeling D, Davies G, Jones B & White SJ (2013). A dismantling study of assertive outreach services: Comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48: 997-1003.

Morse GA, Calsyn RJ, Dean Klinkenberg WD, Helminiak TW, Wolff N, Drake RE, et al. (2006). Treating homeless clients with severe mental illness and substance use disorders: Costs and outcomes. *Community Mental Health Journal*, 42 (4): 377-404.

NICE (2016). NICE Guideline: Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng58/chapter/Recommendations> [17 februari 2017].

Nordén T & Norlander T (2014). Absence of positive results for Flexible Assertive Community Treatment. What is the next approach? *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10: 87-91.

Norlander T & Nordén T (2015). The hour glass model: Are there structural problems with the scarcity of positive results for flexible ACT? *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 11: 155-157.

Nugter MA, Engelsbel F, Bähler M, Keet R & van Veldhuizen R (2016). Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *Community*

Mental Health Journal, 52: 898-907.

Stobbe J, Wierdsma AI, Kok RM, Roosenschoon B-J, Depla M & Mulder CL (2014). The effectiveness of assertive community treatment for elderly patients with severe mental illness: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 14: 42.

Sytema S, Jörg F, Nieboer R & Wunderink L (2014). Adding evidence-based interventions to Assertive Community Treatment: A feasibility study. *Psychiatric Services*, 65 (5): 689-692.

Sytema S, Wunderink L, Bloemers W, Roorda L, & Wiersma D (2007). Assertive Community Treatment in the Netherlands: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116: 105–112.

Van Veldhuizen R, Delespaul P, Kroon H & Mulder N (2015). Flexible ACT & resource-group ACT: Different working procedures which can supplement and strengthen each other. A response. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10: 87-91.

Literatuur Peer support

Bassuk EL, Hanson J, Green RN, Richard M & Laudet A (2016). Peer-delivered recovery support services for addictions in the United States: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 63: 1-9.

Lloyd-Evans B, Mayo-Wilson E, Harrison B, Istead H, Brown E, Pilling S, et al. (2014). A systematic review and meta-analysis of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 14: 39.

Reif S, Braude L, Lyman DR, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, et al. (2014). Peer recovery support for individuals with substance use disorders: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65 (7): 853-861.

Ruger JP, Abdallah AB, Luekens C & Cottler L (2012). Cost-effectiveness of peer-delivered interventions for cocaine and alcohol abuse among women: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 7 (3): e33594.

Simpson A, Flood C, Rowe J, Quigley J, Henry S, Hall C, et al. (2014) Results of a pilot randomised controlled trial to measure the clinical and cost effectiveness of peer support in increasing hope and quality of life in mental health patients discharged from hospital in the UK. *BMC Psychiatry*, 14: 30.

Tracey K & Wallace SP (2016). Benefits of peer support groups in the treatment of addiction. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 7: 243-151.

Literatuur Herstellen Doe Je Zelf

Van Gestel-Timmermans H, Brouwers EPM, van Assen MALM & van Nieuwenhuizen C (2012). Effects of a peer-run course on recovery from serious mental illness: A randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, 63: 54-60.

Literatuur Wellness Recovery Action Plan

Cook JA, Copeland ME, Jonikas JA, Hamilton MM, Razanno LA, Grey DD, et al. (2012a). Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophrenia Bulletin*, 38 (4): 881-891.

Cook JA, Copeland ME, Floyd CB, Jonikas JA, Hamilton MM, Razzano L, et al. (2012b). A randomized controlled trial of effects of wellness recovery action planning on depression, anxiety and recovery. *Psychiatric Services*, 63 (6): 541-547.

Cook JA, Copeland ME, Goldrick V, Jonikas JA, Hamilton MM, Grey DD, Carter TM, et al. (2013). Impact of Wellness Recovery Action Planning on service utilization and need in a randomized controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36 (4): 250–257.

Jonikas JA, Grey DD, Copeland ME, Razanno LA, Hamilton MM, Floyd CB, et al. (2011). Improving propensity for patient self-advocacy through Wellness Recovery Action Planning: Results of a randomized controlled trial. *Community Mental Health Journal*, 49 (3): 260-269.

Literatuur Housing First

Aubry T, Goering P, Veldhuizen S, Adair CE, Bourque J, Distasio J, et al. (2016). A multiple-city RCT of Housing First with assertive community treatment for homeless Canadians with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 67 (3): 275-281.

Aubry T, Nelson G & Tsemberis S (2015b). Housing First for people with severe mental illness who are homeless: A review of the research and findings from the At Home – Chez Soi demonstration project. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60 (11): 467-474.

Aubry T, Tsemberis S, Adair CE, Veldhuizen S, Streiner D, Latimer E, et al. (2015a). One-year outcomes of a randomized controlled trial of Housing First with ACT in five Canadian cities. *Psychiatric Services*, 66 (5): 463-469.

Groton D (2013). Are Housing First programs effective? A research note. *Journal of Sociology & Social Welfare*, XL (1): 51-63.

Kirst M, Zerger S, Misir V, Hwang S & Stergiopoulos V (2015). The impact of a Housing First randomized controlled trial on substance use problems among homeless individuals with mental illness. *Drug and Alcohol Dependence*, 146: 24-29.

Ly A & Latimer E (2015). Housing First impact on costs and associated cost offsets: A review of the literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60 (11): 475-487.

Palepu A, Patterson ML, Moniruzzaman A, Frankish J & Somers J (2013). Housing First improves residential stability in homeless adults with concurrent substance dependence and mental disorders. *American Journal of Public Health*, 103 (Supplement 2): e30-e36.

Rog DJ, Marshall T, Dougherty RH, George P, Daniels AS, Ghose SS & Dephin-Rittmon ME (2014). Permanent supportive housing housing: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65 (3): 287-294.

Somers JM, Moniruzzaman A & Palepu A (2015). Changes in daily substance use among people experiencing homelessness and mental illness: 24-month outcomes following randomization to

Housing First or usual care. *Addiction*, 110: 1605-1614.

Stefancic A & Tsemberis S (2007). Housing First for long-term shelter dwellers with psychiatric disabilities in a suburban county: A four-year study of housing access and retention. *Journal of Primary Prevention*, 28: 265-279.

Stergiopoulos V, Hwang SW, Gozdzik A, Nisenbaum R, Latimer E, Rabouin D, et al. (2015). Effect of scattered-site housing using rent supplements and intensive case management on housing stability among homeless adults with mental illness. *Journal of the American Medical Association*, 313 (9): 905-919.

Tsemberis S, Gulcur L & Nakae M (2004). Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94 (4): 651-656.

Literatuur vaktherapeutische interventies

Albornoz, Y. (2011). The effects of group improvisational music therapy on depression in adolescents and adults with substance abuse: a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20(3), 208-224.

Blum, K., Chen, T. J., Chen, A. L., Madigan, M., Downs, B. W., Waite, R. L., ... & Gold, M. S. (2010). Do dopaminergic gene polymorphisms affect mesolimbic reward activation of music listening response? Therapeutic impact on Reward Deficiency Syndrome (RDS). *Medical hypotheses*, 74(3), 513-520.

Bock, B. C., Fava, J. L., Gaskins, R., Morrow, K. M., Williams, D. M., Jennings, E., & Marcus, B. H. (2012). Yoga as a complementary treatment for smoking cessation in women. *Journal of Women's Health*, 21(2), 240-248.

Cevasco, A. M., Kennedy, R., & Generally, N. R. (2005). Comparison of movement-to-music, rhythm activities, and competitive games on depression, stress, anxiety, and anger of females in substance abuse rehabilitation. *Journal of music therapy*, 42(1), 64-80.

Gardstrom, S. C., & Diestelkamp, W. S. (2013, May). Women with addictions report reduced anxiety after group music therapy: a quasi-experimental study. In *Voices: A World Forum for Music Therapy* (Vol. 13, No. 2).

Gardstrom, S. C., Bartkowski, J., Willenbrink, J., & Diestelkamp, W. S. (2013). The impact of group music therapy on negative affect of people with co-occurring substance use disorders and mental illnesses. *Music Therapy Perspectives*, 31(2), 116-126.

Gold, C., Solli, H. P., Krüger, V., & Lie, S. A. (2009). Dose–response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 29(3), 193-207.

Haasova, M., Warren, F. C., Ussher, M., Janse Van Rensburg, K., Faulkner, G., Cropley, M., ... & Taylor, A. H. (2013). The acute effects of physical activity on cigarette cravings: systematic review and meta-analysis with individual participant data. *Addiction*, 108(1), 26-37.

Huang, H., Yang, F., & Yang, S. (2000). Influence of aerobic training on recovery of heroin addicts.

Chinese Journal of Physical Therapy, 5, 003.

Hwang, E.Y., & Oh, S. (2013). A comparison of music therapy interventions on depressions, anxiety, anger, and stress on alcohol-dependent clients: A pilot study. *Music and Medicine*, 5(3), 136-144.

Li, M., Chen, K., & Mo, Z. (2002). Use of qigong therapy in the detoxification of heroin addicts. *Alternative therapies in health and medicine*, 8(1), 50.

Li, D. X., Zhuang, X. Y., Zhang, Y. P., Guo, H., Wang, Z., Zhang, Q., ... & Yao, Y. G. (2013). Effects of Tai Chi on the protracted abstinence syndrome: a time trial analysis. *The American journal of Chinese medicine*, 41(01), 43-57.

Mays, K. L., Clark, D. L., & Gordon, A. J. (2008). Treating addiction with tunes: a systematic review of music therapy for the treatment of patients with addictions. *Substance Abuse*, 29(4), 51-59.

Morse, S., Giordano, J., Perrine K, Downs, BW, , Waite, RL, et al. (2011). Audio Therapy Significantly Attenuates Aberrant Mood in Residential Patient Addiction Treatment: Putative Activation of Dopaminergic Pathways in the Meso-Limbic Reward Circuitry of Humans. *Journal of Addiction Research and Therapy* 3(1). doi:10.4172/2155-6105.S3-001

Rinehart, M. R. (2015). Clinical Efficacy of Music Therapy in Addiction Counseling: A Systematic Review.

Ross, S., Cidambi, I., Dermatis, H., Weinstein, J., Ziedonis, D., Roth, S., & Galanter, M. (2008). Music therapy: a novel motivational approach for dually diagnosed patients. *Journal of addictive diseases*, 27(1), 41-53.

Silverman, M. J. (2010). The effect of a lyric analysis intervention on withdrawal symptoms and locus of control in patients on a detoxification unit: A randomized effectiveness study. *The Arts in Psychotherapy*, 37(3), 197-201.

Silverman, M. J. (2011b). Effects of music therapy on change and depression on clients in detoxification. *Journal of Addictions Nursing*, 22(4), 185-192.

Silverman, M. J. (2015a). Effects of Educational Music Therapy on Knowledge of Triggers and Coping Skills, Motivation, and Treatment Eagerness in Patients on a Detoxification Unit: A Three-Group Cluster-Randomized Effectiveness Study. *Korean Journal of Music Therapy*, 17(2), 81-101.

Silverman, M. J. (2016). Effects of a Single Lyric Analysis Intervention on Withdrawal and Craving With Inpatients on a Detoxification Unit: A Cluster-Randomized Effectiveness Study. *Substance Use & Misuse*, 1-9.

Smit, Y., de Beurs, D., Van den Bruel, A., Vlayen, J., & Cuijpers, P. (2015). Overview van reviews over vaktherapie in de geestelijke gezondheidszorg – Rapport voor Zorginstituut Nederland. Amsterdam: Vrije Universiteit; België: Medical Evaluation & Technology Assessment.

Ussher, M. H., Taylor, A., & Faulkner, G. (2012). Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 1.

Ussher, M., West, R., McEwen, A., Taylor, A., & Steptoe, A. (2003). Efficacy of exercise counselling

as an aid for smoking cessation: a randomized controlled trial. *Addiction*, 98(4), 523-532.

Vedamurthachar, A., Janakiramaiah, N., Hegde, J. M., Shetty, T. K., Subbakrishna, D. K., Sureshbabu, S. V., & Gangadhar, B. N. (2006). Antidepressant efficacy and hormonal effects of Sudarshana Kriya Yoga (SKY) in alcohol dependent individuals. *Journal of affective disorders*, 94(1), 249-253.

Vickers, K. S., Patten, C. A., Lewis, B. A., Clark, M. M., Ussher, M., Ebbert, J. O., & Hurt, R. D. (2009). Feasibility of an exercise counseling intervention for depressed women smokers. *Nicotine & tobacco research*, 11(8), 985-995.

Wang D, Wang Y, Wang Y, Li R, Zhou C (2014) Impact of Physical Exercise on Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *PLoS ONE* 9(10): e110728. doi:10.1371/journal.pone.0110728

Zhuang, S. M., An, S. H., & Zhao, Y. (2013). Yoga effects on mood and quality of life in Chinese women undergoing heroin detoxification: a randomized controlled trial. *Nursing research*, 62(4), 260-268.

15.2 Samenstelling werkgroep

De ontwikkeling van de MDR was een gezamenlijk initiatief van het Parnassia Addiction Research Centre (PARC) van Brijder Verslavingszorg, het Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam (AMC-UvA), het Trimbos-instituut, Stichting het Zwarte Gat en Stichting Resultaten Scoren. Voor het ontwikkelen van de MDR is een projectgroep, een werkgroep en een focusgroep ingesteld.

Projectgroep

De projectgroep had de algehele leiding en aansturing bij de uitvoering van het project en bestond uit de volgende vertegenwoordigers van de hierboven genoemde instellingen:

- Prof.dr. Vincent Hendriks (PARC-Brijder; Curium, LUMC; projectleider)
 - Dr. Peter Blanken (PARC-Brijder)
 - Prof.dr. Wim van den Brink (AMC-UvA)
 - Dr. Geurt van de Glind (tot juni 2015), opgevolgd door Dr. Esther Croes (Trimbos-instituut)
 - Dhr. Marcel van Natterm (het Zwarte Gat)
 - Dhr. Mike Peters (het Zwarte Gat; wegens overlijden: tot juni 2015)
 - Drs. Martinus Stollenga (ondersteuner namens het Zwarte Gat)
 - Drs. Wim Buisman (tot juni 2015), opgevolgd door Dr. Geurt van de Glind (Resultaten Scoren)
-

Werkgroep

Werkgroep: Op het moment van publicatie is deze generieke module nog niet geautoriseerd door de LVVP. InEen en NVKG hebben afgezien van autorisatie.

De prioriteit van Ineen ligt bij onderwerpen die betrekking hebben op bestuurlijke en organisatorische aspecten van eerstelijnszorg. Deze module is vooral zorginhoudelijk. Met de hoeveelheid zorgstandaarden en modules die op dit moment aan ons voorgelegd worden, zijn wij genoodzaakt prioriteiten te stellen. Wij zien daarom af van het beoordelen en autoriseren van deze module.

De NVKG heeft niet geparticipeerd in deze standaard en de inhoud hiervan is minder relevant voor de dagelijkse praktijk van de klinisch geriatr; daarom heeft deze standaard de autorisatieprocedure van de NVKG niet doorlopen.

De werkgroep had als taken: het deelnemen aan de werkgroepbijeenkomsten (8 bijeenkomsten), het beoordelen van de knelpuntenanalyse en het vaststellen van de uitgangsvragen, het bediscussieren van de uitkomsten uit de literatuurstudies en het vaststellen van de conclusies uit de literatuurstudies, het opstellen van teksten voor de MDR, het vaststellen van de aanbevelingen, het beoordelen van de verwerking van (eventueel) extern commentaar in de commentaarfase, en het vaststellen van de definitieve MDR. De werkgroep bestond uit de hierboven genoemde leden van de projectgroep en uit – daartoe gemandateerde – vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen of overige instellingen. In de werkgroep namen de volgende personen zitting:

- Prof.dr. Wim van den Brink (AMC-UvA; voorzitter)
- Prof.dr. Vincent Hendriks (PARC-Brijder; Curium, LUMC)
- Dr. Peter Blanken (PARC-Brijder)
- Dr. Esther Croes (Trimbos-instituut)
- Dhr. Marcel van Natter (het Zwarte Gat)
- Dhr. Mike Peters (het Zwarte Gat; wegens overlijden: tot juni 2015)
- Drs. Martinus Stollenga (ondersteuner namens het Zwarte Gat)
- Dhr. Floris Bary (het Zwarte Gat)
- Mevr. Kim Nillesen (het Zwarte Gat)
- Dr. Geurt van de Glind (Resultaten Scoren)
- Dr. Arnt Schellekens (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; NVvP)
- Prof.dr. (Emeritus) Gerard Schippers (Nederlandse Vereniging voor de Gezondheidszorg-psychologie; NVGzP)
- Drs. Piet Visser (NIP; wegens overlijden: tot oktober 2015)
- Drs. Monique Staats (NIP; vanaf april 2016)
- Drs. Peter Vossenber (Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland; VVGN)
- Drs. Nelly van der Gaarden (Nederlands Huisartsen Genootschap; NHG)
- Mevr. Cindy Leenders (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland; V&VN)
- Dr. Laurien Hakvoort (Federatie Vaktherapeutische Beroepen; FVB)
- Drs. Jan Seeleman (Landelijke Vereniging POH-GGZ; LV POH-GGZ; tot april 2016)
- Drs. Hans van Nes (Landelijke Vereniging voor Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten; LVVP; vanaf november 2016)

Focusgroep

Voor de ontwikkeling van de MDR werden twee focusgroepen ingesteld: een focusgroep van professionals die werkzaam zijn in de GGz/verslavingszorg, en een focusgroep van ervaringsdeskundigen/patiëntenvertegenwoordigers. Beide focusgroepen zijn twee keer bijeengekomen.

In de focusgroep van professionals namen de volgende personen zitting:

- Drs. Elsbeth de Ruijter (NVvP)
- Dr. Hein Sigling (NVvP)
- Dr. Ben van de Wetering (NVvP)
- Dr. Ellen Vedel (NIP)
- Dr. Peter Greeven (NIP)
- Drs. Maaïke Habra (NIP)
- Drs. Loes Hanck (VGN)
- Drs. Mary Janssen van Raay (VGN)
- Drs. Jan Seeleman (LV POH-GGZ)
- Dr. Hein de Haan (Tactus)
- Drs. Koen van de Kar (NHG)

De focusgroep van ervaringsdeskundigen/patiëntenvertegenwoordigers bestond uit de volgende personen:

- Dhr. Marcel van Natter (het Zwarte Gat)
- Dhr. Floris Bary (het Zwarte Gat)
- Dhr. Johan Zuiderwijk (het Zwarte Gat; Cliëntenraad Brijder Verslavingszorg, Parnassia Groep)
- Mw. Ingrid Bakker (Mainline)
- Drs. Martinus Stollenga (ondersteuner namens het Zwarte Gat)
- In verband met de privacy van de vier overige ervaringsdeskundigen in de focusgroep worden hun namen niet genoemd.

Ondanks aanzienlijke inspanningen had de focusgroep van ervaringsdeskundigen/ patiëntenvertegenwoordigers een beperkte omvang. De focusgroep bestond uit mensen met veelal langdurige ervaring met de verslavingszorg. In de focusgroep bevonden zich vooral mensen die behandeld waren vanwege problemen met het gebruik van stimulantia en/of alcohol.
