

Palliatieve zorg & verslaving

Saskia Buijs

Verslavingsarts KNMG

Kaderarts palliatieve zorg

13 & 14 oktober 2022

Nationaal Congres Palliatieve Zorg

Palliactief



Inhoud presentatie

- Voorstellen en achtergrond
- Algemene informatie verslaving
- Dilemma's palliatieve zorg en verslaving
- Uitdagingen en interacties per middel
- Ruimte voor vragen/discussie





De pioniersfase voorbij!?!...
door educatie naar integratie

Disclosure belangen:

(potentiële) belangenverstrengeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	n.v.t.
<ul style="list-style-type: none">• Sponsoring of onderzoeksgeld• Honorarium of andere (financiële) vergoeding• Aandeelhouder• Andere relatie, namelijk ...	<ul style="list-style-type: none">• n.v.t.• n.v.t.• n.v.t.• n.v.t.

Saskia Buijs

Verslavingsarts
KNMG,
Novadic-Kentron

Kaderarts
palliatieve zorg,
Hospice Balade
Waalwijk

Lid palliatief
consultatieteam
Midden-Brabant

Vandaag is een
vriendin
doodgegaan...

were all addicted
to something
that takes away
the pain.



Uitdaging...

- Palliatieve zorg: weinig kennis van verslaving.
- Verslavingszorg: weinig kennis palliatieve zorg.

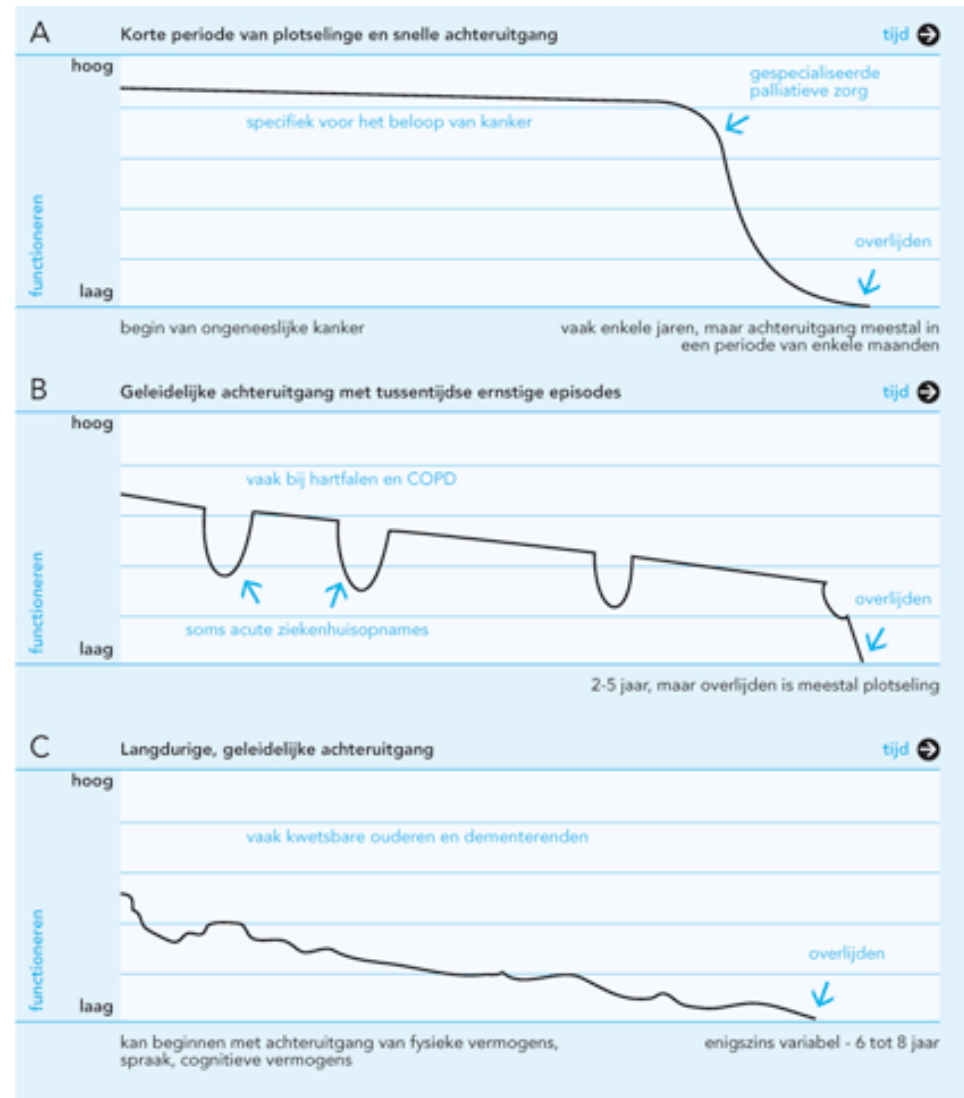


Palliatieve zorg (WHO 2002)

Palliatieve zorg is zorg die de **kwaliteit van het leven** verbetert van **patiënten en hun naasten** die te maken hebben met een **levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid**, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van **vroegtijdige signalering** en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van **fysieke, psychische, sociale en spirituele aard**. Gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid heeft palliatieve zorg oog voor het behoud van **autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden**.



Functioneren in palliatieve fase





Wanneer heeft iemand een verslaving?



Elk
vooroordeel
heeft
zijn nadeel....





Hoeveel % van de Nederlanders voldoet aan de criteria van stoornis in gebruik van een middel?

a. 3 %

b. 8 %

c. 12 %

d. 19%

Criteria DSM-V

“stoornis in gebruik van een middel”

Totaal 11 criteria.

Ernst

- Mild: 2-3 criteria
- Matig: 4-5 criteria
- Ernstig: 6 of meer criteria

Remissie

- Vroeg: 3-12 maanden
- Langdurig: > 12 maanden

Criteria beperkte controle

Beperkte controle

1. Vaker, langer of meer gebruiken dan het plan was.
2. Persisterende wens of mislukte pogingen om te minderen of stoppen.
3. Gebruik en herstel van gebruik kosten veel tijd.
4. Sterk verlangen om te gebruiken (craving).



Criteria sociale beperkingen

Sociale beperkingen

5. Door gebruik tekortschieten op werk, school of thuis.
6. Door gebruik opgeven van hobby's, sociale activiteiten of werk.
7. Blijven gebruiken ondank problemen hierdoor op sociaal e/o relationeel vlak.

Criteria risicogebruik

Risicogebruik

8. Voortdurend gebruik, zelfs bij fysiek gevaar.

9. Voortdurend gebruik, ondanks bewustzijn van lichamelijke/psychische problemen.

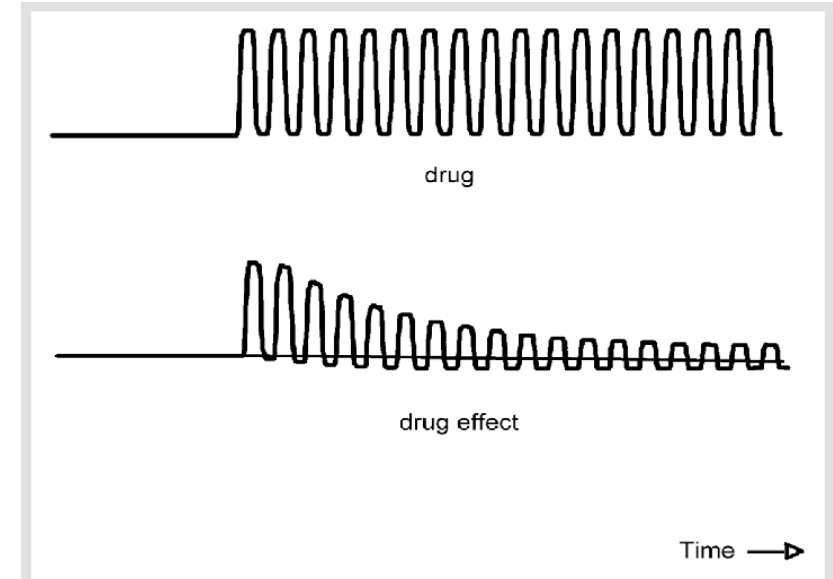
Criteria farmacologisch

10. Tolerantie, 1 van de 2 kenmerken:

- Steeds meer nodig hebben om hetzelfde effect te bereiken.
- Minder effect bij dezelfde hoeveelheid.

11. Onttrekkingsymptomen

- Passend bij specifiek middel, bv alcoholonttrekkingsyndroom.
- Gebruik van het middel gaat onttrekking tegen.



Verślavingszorg in Nederland

- Ziektekostenverzekeringwet (bGGZ en sGGZ)
- Gespecialiseerde instellingen of GGZ breed
- Vrijwillig, dwang, korte detox, lange dubbeldiagnostiek behandeling, justitieel
- 80 % ambulante zorg
- Veel overlap met psychiatrische ziektebeelden

Palliatieve zorg & verslaving

1. Mensen met levensbedreigende somatische aandoening/kwetsbaarheid, palliatieve zorgfase en bijkomende verslaving.
2. Mensen die door hun verslaving zelf in palliatieve fase belanden (omdat we ze niet meer kunnen genezen van hun verslaving).



**life
is
hard**

then you die.

Casus 1

Vrouw, 52 jaar. Al 20 jaar bekend bij onze methadonpost (stabiel).

Werkt in prostitutie (vrijwillig) om daarnaast afhankelijkheid van cocaïne te bekostigen.

Bekend met COPD die nu steeds erger wordt en waardoor ze zuurstofafhankelijk dreigt te worden.

Wil geen zuurstof omdat ze haar werk dan niet meer kan doen.

Al hele leven in deze situatie, wil absoluut geen verslavingsbehandeling meer.

Vraagt om euthanasie. Huisarts belt, kent haar onvoldoende en vraagt advies.

Ethische dilemma's

- Palliatieve zorg of gewoon goede zorg voor doorgebruikers?
- Wanneer start palliatieve zorg binnen verslavingszorg?
- Wanneer is iemand 'uitbehandeld' in de verslavingszorg?
- Grenzen van behandelen: mag iemand doodgaan met een verslaving?
- Nut van dwangbehandeling/herhaalde opnames bij zorgmachtiging?
- Hoe brengen we geschikte patiënten in beeld?

Besluitvormingsproces
richtlijn wordt
geschreven



Besluitvormingsproces
stap 1
*Vaststellen kenmerken
patiënt*

Algemene niet-
stoornis specifieke
indicatoren

Verslaving
specifieke
indicatoren

Stoornis specifieke
symptomen

Algemene niet-stoornis specifieke indicatoren

- Een relatief korte periode van plotselinge en snelle achteruitgang na een min of meer stabiele periode van de ziekte.
- Een geleidelijke, maar progressieve achteruitgang, met tussentijdse exacerbaties.
- Een reeds lang aanwezige maar moeilijk voorspelbare achteruitgang.
- Bevindingen die er op wijzen dat de levensverwachting maximaal een jaar is, zonder achteruitgang of klachten.
- Als de patiënt (of naasten) zelf aangeeft het gevoel te hebben niet lang meer te leven.

Verlaving specifieke indicatoren

- Vrijwel voortdurend onder invloed zijn van middelen ofwel ziek door onthouding.
- Door schadelijke somatische gevolgen van middelengebruik een beperkte verwachte levensduur hebben.
- Een authentieke en persistente wens hebben om het middelengebruik voort te zetten.
- Alle op abstinentie of gebruiksreductie gerichte interventies weigeren of deze slechts kortdurend en zonder resultaat ondergaan.
- Somatische zorg gericht op voorkomen van lichamelijke uitputting en praktische hulp nodig hebben.
- Er hoeft geen actieve of passieve doodswens te bestaan.

Stoornis specifieke symptomen

- Dyspnoe
- Pijn
- Jeuk
- Valgevaar
- Verwardheid
- Neurologische uitval
- Problemen maagdarmstelsel
- Oedeem
- Geheugenproblemen
- ...

Besluitvormingsproces stap 2

Het gesprek aangaan met patiënt en naasten

- Na inventarisatie stap 1
- Laat alle aspecten aan bod komen: somatisch, psychisch, sociaal, spiritueel
- Maak duidelijke afspraken voor vervolg



Besluitvormingsproces stap 3

MDO

- Na checken bij patiënt: MDO.
- Behandelplan bijstellen?
- Consensus?

Uitzonderingen/overwegingen:

- Indien al langere tijd geen abstinentieperiode (minimaal 6 weken) en dit lukt niet: overweeg dwangbehandeling.
- Al eerder abstinentieperiode 6 weken en kan consequenties van doorgaan met middelen overzien: inzetten moreel beraad.

STAP 4a
*Overweeg
dwangbehandeling*

- Nog eenmaal een kans om 6 weken abtinent te zijn: vrijwillig of gedwongen kader?
- Na deze 6 weken opnieuw in gesprek, MDO.
- Wilsbekwaamheid ter zake (doorgebruik) beoordelen.

Stap 4b

Moreel beraad

Kaders

- Onafhankelijke voorzitter -> opgeleid
- Patiënt, naasten en alle betrokken hulpverleners

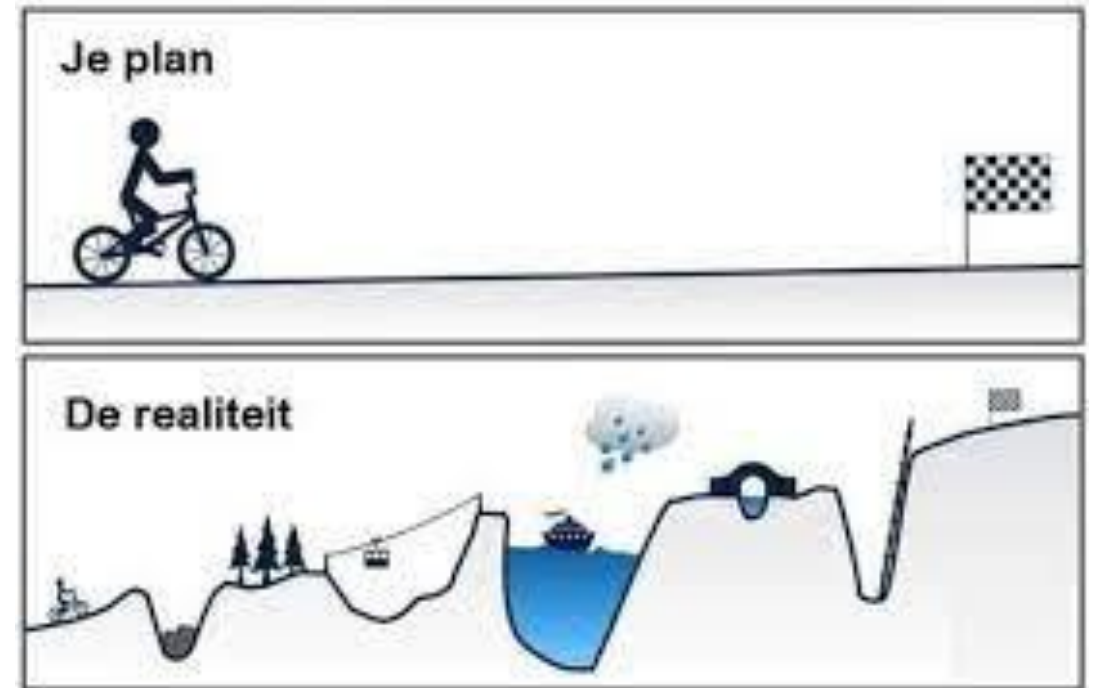
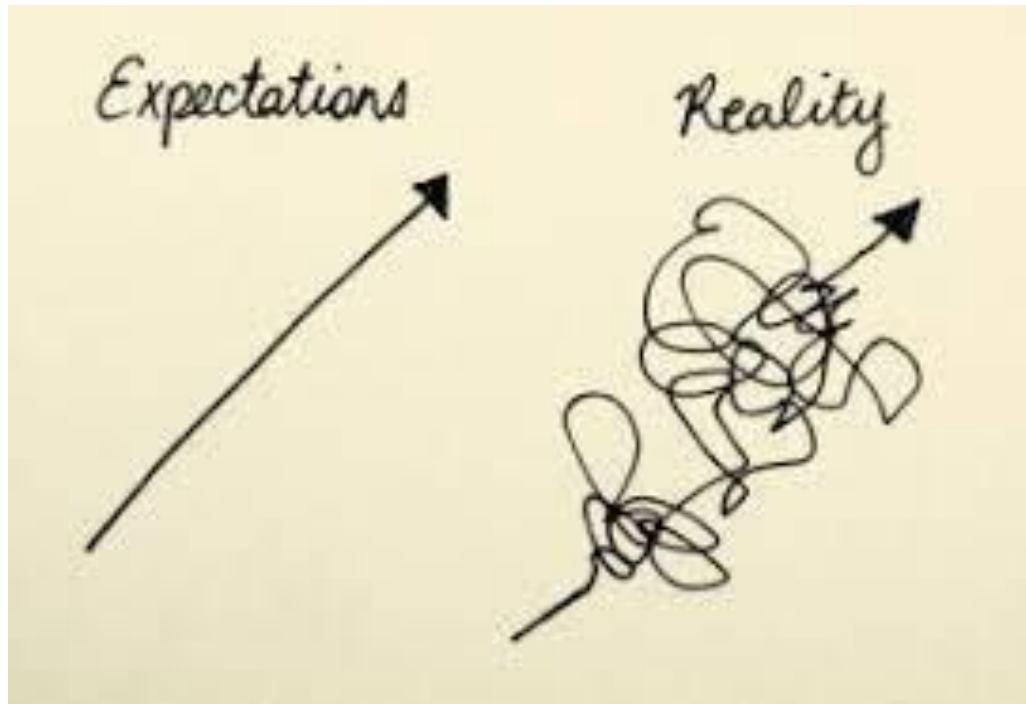
- Wat is precies het probleem?
- Feiten: medisch, zorg, levensbeschouwing, organisatorisch, juridisch
- Morele waarden: welzijn, autonomie patiënt, rechtvaardigheid, verantwoordelijkheid

Besluitvormingsproces stap 5

Uitvoering zorgplan



En dan nu... de praktijk



Dilemma palliatieve zorg en verslaving: Acceptatie en zorginzet

- Geen bijkomend onderliggend somatisch lijden: moeilijk te accepteren dat men niet meer zal genezen
- Buitenwereld stigma
- Geen opvang voor deze groep patiënten
- Geen palliatief zorgtraject beschikbaar
- Geen palliatief expertise teams in verslavingszorg met contacten ketenpartners

Casus 2

Man, 46 jaar met longcarcinoom.

Wil geen behandeling meer hiervoor.

Voorgeschiedenis: persoonlijkheidsproblematiek, LVB, ernstige stoornis in gebruik van opiaten.

Woont in SMO waar ze niet meer voor hem kunnen zorgen.

Regulier hospice weigert hem op te nemen. Thuiszorg komt niet in SMO. Netwerk is er niet.

Heeft geen contact met huisarts. Wat nu?

Dilemma palliatieve zorg en verslaving: Afhankelijkheid en autonomie

- Voorheen grote mate van autonomie
- Moeite met vragen van hulp
- Dak/thuisloosheid en autonomie
- Wantrouwen jegens maatschappij
- Communicatie soms lastig (persoonlijkheidsstoornis, ASS, PTSS)
- Moeite met berusting en overgave

Dilemma palliatieve zorg en verslaving: WAAR? WIE?

- Patiënten in verslavingszorg nu al vaak van ene instantie naar andere.
- Vaak geen veilige plek thuis, slechte hygiëne.
- GGZ instelling en verslavingszorg niet ingericht op palliatieve of terminale zorg.
- Vaak geen mogelijkheid in regulier hospice.
- Belang van hospice of expertise team met verstand van palliatieve zorg, verslaving en psychiatrie.

'Face of care' versus 'place of care' ...

Life's hard and then you die: the end-of-life priorities of people experiencing homelessness in the UK

Wendy Ann Webb, Theresa Mitchell, Paul Snelling and Brian Nyatanga

- Traditional palliative care services are possibly an unattractive resource for this population, so new approaches to care are required
- A strengths-based, trauma-informed, person-centred, collaborative, 'compassionate community' approach to care is recommended
- The development of peer-support workers, trained in the principles of palliative care, should be actively encouraged and supported within the hostel as the hub of a compassionate palliative care community

Casus 3

Man, 58 jaar met ernstige alcoholafhankelijkheid en bijbehorende somatische complicaties.

Heeft geen contact met eigen huisarts.

Al 20 jaar bekend binnen verslavingszorg, eerdere behandelingen geen effect.

Hij wil geen behandelingen meer en wil doordrinken.

Hoe nu verder?

Vragen:

Kun je achter zijn wens staan? Is dwangbehandeling een optie?

Wie gaat voor hem zorgen en hoe? Wat is er nodig?

Dilemma palliatieve zorg en verslaving: co morbiditeit

- Langdurig ongezonde leefstijl
- Roken
- Slechte zelfzorg
- Huisvestingsproblemen
- Minder geld
- Medicatiegebruik door psychiatrische problemen
- Longproblemen
- Huidafwijkingen
- Cardiovasculaire complicaties
- Metabool syndroom
- Infecties

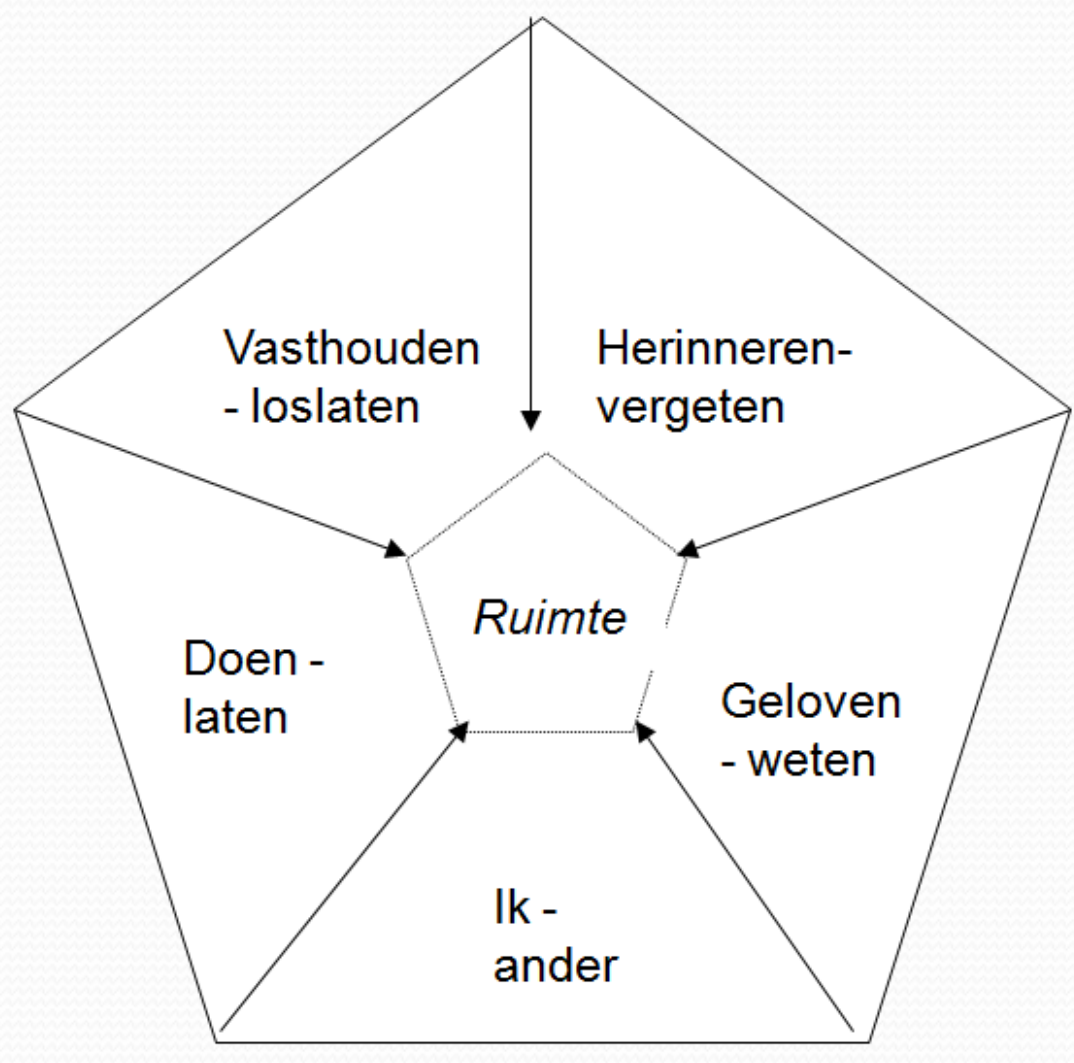
Dilemma palliatieve zorg en verslaving: vermindering cognitieve functies

- Allerlei oorzaken
- Wilsonbekwaamheid: onder invloed van middelen/met een verslaving wilsbekwaam?
- Aantasting brein door alcohol/drugs
- Vaak geen familie meer in beeld die beslissingen voor patiënt wil nemen
- Moreel beraad nodig

Dilemma palliatieve zorg en verslaving: schuldgevoelens en existentiële vragen

- Meer dan gemiddeld verlieservaringen
- Relaties beschadigd door gebruik
- Beperkt netwerk
- Weinig contact met familie
- Geen werk, dagbesteding
- Schuldgevoelens
- Spijtgevoelens
- “Als ik morgen niet meer wakker word is dat prima” niet hetzelfde als actieve doodwens: geeft machteloosheid weer
- Stigma's door zorgverleners en maatschappij

Innerlijke ruimte – ars moriendi



5 spanningsvelden
in beleving van patiënt.

Carlo Leget



Specifiek per middel

Tip: gedetailleerde verslavingsanamnese

- Geen schroom (schaamte zit meestal bij arts/VS, niet bij patiënt).
- Per middel expliciet uitvragen: hoe vaak, hoe veel. Er worden vaak middelen gebruikt die niet spontaan genoemd worden.
- Navragen: medicijnen van andere mensen/illegale circuit?
- Nicotine gebruik.
- Functie van gebruik navragen.
- Stel jezelf de vraag of het nodig is in deze fase van het leven te stoppen met alcohol e/o drugs.

Veel voorkomende klachten

- Slaapstoornissen: meer dan gemiddeld bij verslaving.
- Pijn: hou rekening met chronisch methadon/buprenorfine/heroïne en misbruik van bv oxycodon/fentanyl.
- Gastro-intestinale obstructie bij chronisch opioïd gebruik.
- Verwardheid: delier, psychose tgv onttrekking/overdosering.
- Angst: stoppen met middelen kan veel angst en somberheid geven, zowel de uppers (cocaïne) als downers (THC, GHB, benzo's). Kan langer aanhouden dan lichamelijke ontwenning.

Vervolg veel voorkomende klachten

- Leverfunctiestoornissen/hepatitis (medicatie voorschrijven rekening houden)
- SOA/HIV, vooral bij iv drugsgebruik
- Dyspnoe/COPD
- Seksuele disfunctie (methadon, heroïne, alcohol)
- Neurologische complicaties t.g.v. middelengebruik

Delier

- Onttrekking: nicotine, benzodiazepine, alcohol, opiaten, GHB, overige drugs
- Overdosering: opiaten, GHB
- Bijwerking psychiatrische medicatie
- Andere somatische oorzaken

Depressie

- Verslavende middel is voor veel mensen vorm van “therapie”, als dit wegvalt doordat iemand in palliatieve fase komt en hier geen aandacht voor is -> onderliggende stoornissen aan oppervlakte
- Psychiater in consult vragen bij twijfel

Detoxificatie

- Alcohol: cave onttrekkingsdelier en insulten (behandelen met hoge dosis benzo's + zo nodig midazolam neusspray)
- GHB: overleg met verslavingsarts (benzo's, medicinaal GHB)
- Opiaten (methadon, suboxone, buprenorfine, heroïne, fentanyl, oxycodon, oxynorm, instanyl etc.): indien doel is afbouwen, omrekenen naar methadon in overleg met verslavingsarts
- Nicotine: goede anamnese, start nicotine pleister en zo nodig NVM

Casus 4

- Huisarts belt om advies.
- Man 48 jaar, ernstige stoornis in gebruik van alcohol, 20 EH bier per dag.
- Diagnose gemetastaseerd bronchuscarcinoom.
- Wegens refractaire onrust wens tot start palliatieve sedatie.

Vragen:

- Waar moet u rekening mee houden?
- Welke complicaties zijn te verwachten?
- Welke stappen zou u doorlopen en in welke volgorde?

Alcohol

- Let op: risico op onttrekkingsdelier & insulden.
- Beleid: niet wachten op symptomen, maar inzetten op benzo schema.
- Alcohol en benzodiazepinen effect op GABA: mogelijk hogere doseringen midazolam nodig bij palliatieve sedatie.
- Overweeg eerder inzetten van levomepromazine (Nozinan) naast midazolam.

Stappenplan

1. Bereken basis dosering diazepam die je zou geven bij detox alcohol (gemiddeld 60 mg p.o.): dit is nodig om acute detoxklachten tegen te gaan (delier, onrust, insult).
2. 60 mg diazepam p.o. = 45 mg midazolam p.o = 22,5 mg midazolam s.c.
= 1 mg/uur midazolam s.c. of 6 dd 4 mg midazolam s.c.
3. Daarbij dosis om te sederen optellen.

Praktisch advies sedatie & fors alcoholgebruik

- Start midazolam bolus 10 mg, daarna pomp op 2,5 mg per uur (1,5 + 1 mg).
- Laagdrempelig bolus 10 mg na 4 uur en evt pomp ophogen, z.n. herhalen.
- Laagdrempelig start stap 2: levomepromazine bolus 50 mg (en later 2 dd 25 mg).

Opioïden op recept (of juist niet)

- Overleg met verslavingsarts voor omrekenchema's en omzet methode.
- Voorkeur: omzetting naar gereguleerde afgifte/langwerkend.
- Overweeg omzetting naar methadon of buprenorfine.
- Vraag altijd naar gebruik medicatie via dark web/zwarte markt!



Heroïne

- Gebruik: roken ('chinezzen'), spuiten ('slammen'), snuiven, anaal ('booty bumpen').
- Acute detox is erg heftig: misselijkheid, diarree, buikkrimp, zweten, trillen, pijn in armen/benen, angst, onrust, hoge tensie en koorts.
- Detox op dag 2-3 ergst.
- Bij acuut stop heroïne in palliatieve zorg: overleg met verslavingsarts en start methadon.



Methadon onderhoudsbehandeling

- Vaak ingezet als langdurige substitutiebehandeling van heroïne: 9000 in NL.
- Gemiddelde leeftijd 50 jaar, stijgt door.
- Vaak kwetsbare patiënten: kanker gastro-intestinaal, infectieziekten, COPD, leverziekten.
- Genezing vaak niet meer mogelijk, palliatieve zorgbehoefte.
- Toenemende groep chronische pijn patiënten.

Casus 5

- Arts hospice belt en vraagt advies.
- Man, 56 jaar, sinds 20 jaar in methadon onderhoudsprogramma, 100 mg methadon per dag.
- Pijnklachten in botten (gemetastaseerd prostaatca), heeft pijnstilling nodig.

Vragen:

- Welke pijnstiller zou je aanraden en waarom?
- In welk opzicht moet je rekening houden met zijn onderhoudsbehandeling methadon?
- Kan de methadon gestopt worden als er andere pijnmedicatie gegeven wordt?

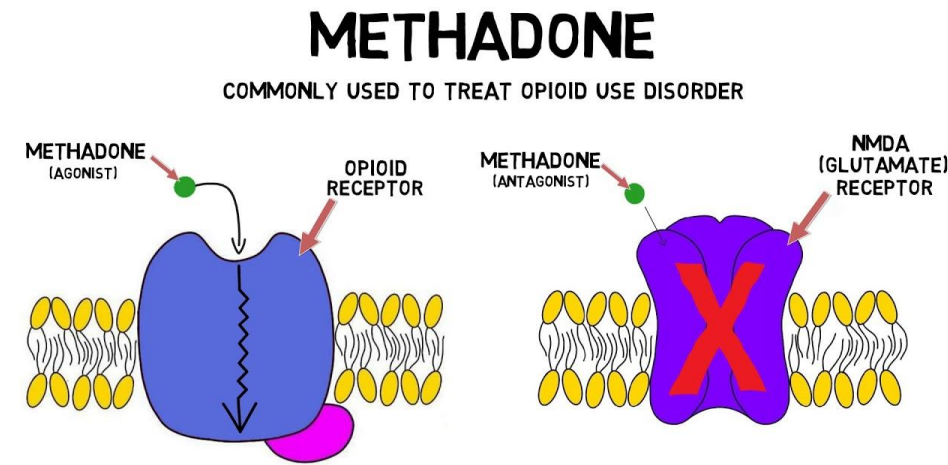
Methadon

- Hoge interindividuele variabiliteit, groot risico op interactie (CYP3A4)
- Lange eliminatietijd
- Wordt 1 x per dag gegeven (i.t.t. in palliatieve setting), 60 - 100 mg.
- Variant: buprenorfine/naloxon (Suboxone)
- Werkingsduur op pijn 6-8 uur, op ontwenningsklachten/craving 24 – 36 uur



Methadon als pijnstiller

- Geen aanpassing bij nierfunctiestoornissen
- Opioid werking en NMDA-receptor-blokker (neuropathische pijn)
- Kan in lage dosering naast andere opioïden (bv 1-2 dd 5 mg)
- Bij pijnbestrijding vaak 2-3 dd
- Risico op stapeling



Langdurig methadongebruik en pijn

- Verhoogde pijngevoeligheid
- Verlaagde pijngrens
- Verlaagde pijntolerantie
- Bij pijn sneller angstiger, machteloos en doemdenken

Let op:

- Onzekerheid bij arts/VS over hoge doses morfine nodig.
- Twijfels over intentie patiënt (inzetten gedrag om meer medicatie te krijgen?).
- Risico op onderbehandeling van de pijn.

Overwegingen methadon palliatieve fase

- Ophogen methadon onderhoudsdosering: alleen bij voldoende ervaring.
- Toevoeging ander opiaat bij acute en heftige pijn.
- Opioïde rotatie: risico op terugval (heroïne) en ernstige onthoudingsverschijnselen.
- Als slikken niet meer kan: subcutaan methadon = 50 – 65 % van de orale onderhoudsdosis, verdeeld over 3 gelijke doseringen.

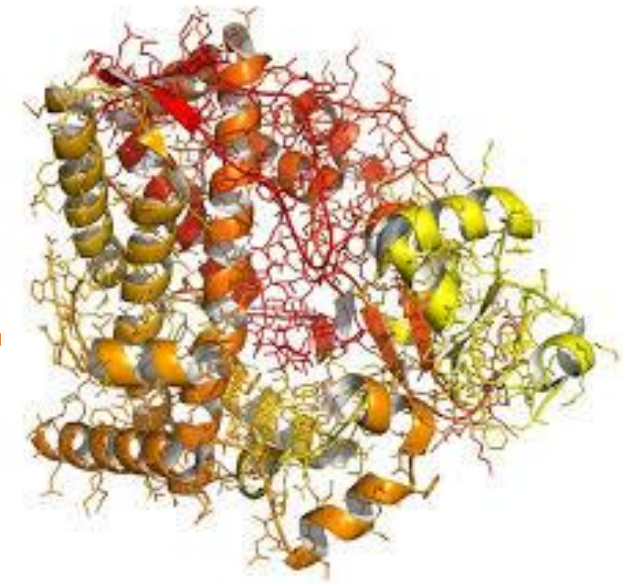
Opvangen pijn bij onderhoudsbehandeling methadon

- Handhaaf huidige onderhoudsdosering (overweeg verhoging als patiënt ook nog heroïne bij gebruikt).
- Bij hevige pijn: 10-15 % van de huidige dosis methadon.
- Als dit meer dan 3 x per dag nodig is: verhoog dagelijkse dosis met 50 % en verdeel over 3 x per dag.
- Slow onset van methadon: beperkte inzet bij acute pijn.
- Lange $T_{1/2}$, risico op overdosering (klein bij onderhoudsbehandeling).

Acute pijn bij methadon onderhoudsbehandeling

- Continueer dagelijkse onderhoudsdosering methadon (of buprenorfine/naloxon).
- Andere kortwerkende opioïden voor de pijn.
- Let op: soms 3 -5 x zo hoge dosering nodig dan gebruikelijk voor goed effect.
- Vaak met kortere intervallen.

Methadon en interactie



- Via CYP3A4
- Bij tegelijkertijd CYP3A4 remmers: methadon spiegel stijgt -> kans op intoxicatie
- Bij tegelijkertijd CYP3A4 inductoren: methadon spiegel daalt -> kans op onttrekking
- Remmers: anti-HIV, antimycotica (kies voor nystatine), macroliden, diltiazem of verapamil
Inductoren: anti-epileptica (fenytoïne, carbamazepine), St Janskruid

Vervolg casus 5

Dezelfde patiënt komt in de fase waarin gesproken wordt over palliatieve sedatie.

Vragen:

1. Wat te doen met methadon als er gesedeerd wordt?
2. Wat zijn de mogelijke complicaties (somatisch, existentieel) tijdens sedatie?

Methadon en interactie

- Dexamethason is milde inductor (let dan op onttrekking methadon!)
- Stop nooit zomaar de methadon bij sedatie: omrekenen naar morfine, let op detox of onttrekking bij start midazolam
- Combinatie methadon en benzo: let op sufheid
- Let op combinatie methadon en SSRI, spironolacton e/o omeprazol: risico op toxiciteit
- Doe altijd medicatie-interactie check als je medicatie naast methadon voorschrijft!

Benzodiazepines

- Let op: wat als mensen worden opgenomen of niet meer kunnen 'bestellen'? Acute detox.
- Detox benzo's: angst, prikkelbaarheid, slaapklachten, spiertrekkingen overgevoeligheid licht/geluid, evenwichtsstoornissen, hartkloppingen, zweten, diarree, insulten, hallucinaties, verwardheid.
- Lorazepam: tablet/injectievloeistof kan ook s.l./s.c./i.v./i.m., om de 6 uur 1-4 mg en zo nodig extra.

Benzodiazepines

Invloed van gebruik hoge dosis benzodiazepines.

- Omzetten op langwerkend: bv diazepam.

Invloed op palliatieve sedatie.

- Basis gebruik omrekenen naar midazolam, daar bovenop protocol.
- Start snel met toevoegen stap 2 in protocol: levomepromazine naast midazolam.
- Stop haldol bij start levomepromazine.
- Hogere dosis of korter interval midazolam vaak nodig.

Antipsychotica

Wat als tabletten niet meer lukt?

- Klassieke antipsychotica: vaak in drankvorm of s.c./i.v. te geven (haldol, nozinan, pipamperon).
- Als orale intake niet meer mogelijk is: voorkeur omzetten naar haldol s.c., kan 1-3 dd of continu in pomp.
- Haldol kan ook buccaal worden gegeven (1 druppel = 0,1 mg)

Stop haldol als gestart wordt met sedatie middels levomepromazine.

Alternatief voor gewone tabletten:

- Risperidon: smelttablet of drank
- Clozapine: drank
- Olanzapine: orodispergeerbare tabletten + i.m. kortwerkend (zyprexa)

Cannabis/wiet = THC



- Lang meetbaar in urine, bij volledige abstinentie nog 6 weken, wordt in weefsel opgeslagen.
- Kan na detoxificatie nog maanden klachten geven van rusteloosheid, somberheid, emotionele labiliteit en slaapproblemen.
- Overweeg inzet van benzodiazepine.

Nicotine

- Vaak niet herkend als verslavend middel
- Acute onttrekking kan veel onrust geven
- Let op: nicotine stoppen en clozapine/olanzapine, spiegel stijgt (verbrandingsproducten tabak op CYP1A2, niet nicotine zelf, nicotinepleisters dus geen effect op spiegel!)
- Goede anamnese
- Anticipeer: nicotine pleister

GHB



- Overleg met verslavingsarts bij iedere patiënt die GHB gebruikt!
- Behandeling met zeer hoog gedoseerd diazepam (8 x 20 mg geen uitzondering) of medicinaal GHB
- NOOIT acuut stoppen zonder vervangend middel op GABA
- Vaak delier bij detox

Ketamine



- Achtergrond ketamine
- Hoe wordt het gebruikt?
- In opkomst
- Herhaald recreatief gebruik: ulceraties blaas met mictieproblemen en pijnklachten
- Detox vaak weinig somatische klachten

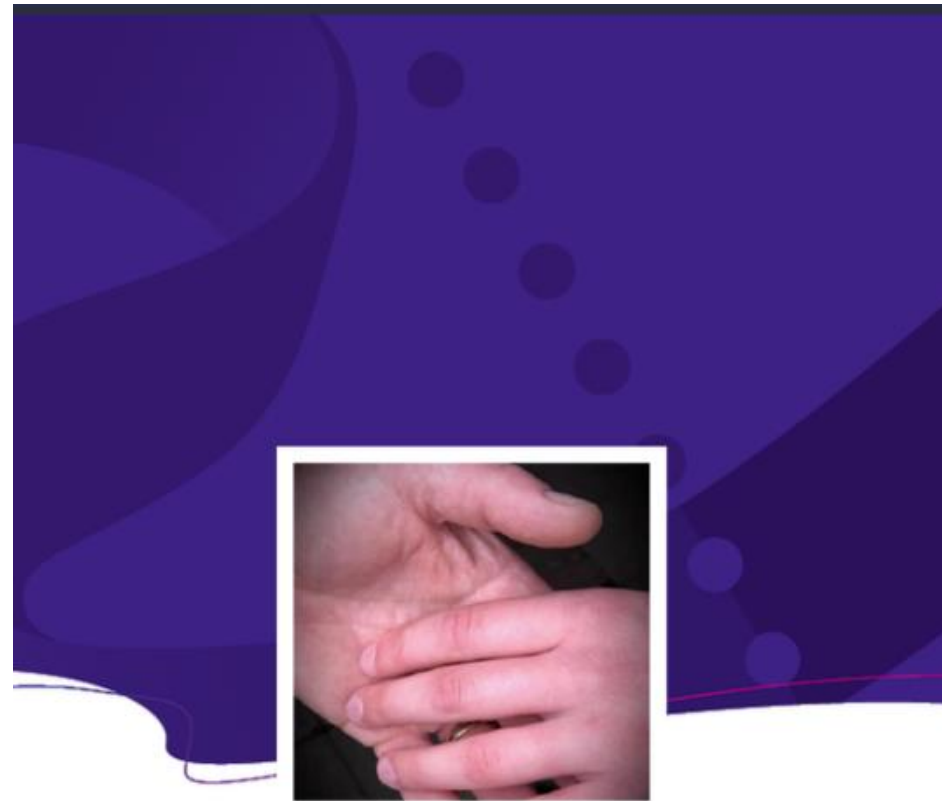
Cocaine / amfetamine

- Wat is speed?
- Hoe wordt cocaine gebruikt?
- Crystal meth = ice = tina
- Risico op hartritmestoornissen, CVA en myocard ischemie



Take home messages + casus

- Nog weinig kennis van palliatieve zorg in de verslavingszorg en andersom.
- Neem uitgebreide verslavingsanamnese af.
- Onderschat effecten en gevaren van stoppen alcohol, nicotine en middelen niet in de palliatieve fase.
- Toename van mensen die middelenafhankelijk zijn, dus ook in palliatieve fase.
- Zorg dat je kennis van drugs up-to-date is, ontwikkelingen gaan snel.
- Zoek contact met verslavingsarts KNMG bij vragen.



Hospice Balade

Hoogwaardige Hospicezorg



Ruimte voor vragen

**DO WHAT IS
RIGHT
NOT WHAT IS EASY**

Casus 6

- Man, 72 jaar, forse stoornis in gebruik van alcohol: fles jenever per dag afgelopen 30 jaar.
- Komt niet in aanmerking voor euthanasie, wil stoppen met eten en drinken.
- Huisarts staat hiervoor open, maar belt verslavingsarts/KPZ om te vragen waar hij allemaal rekening mee moet houden en of dit thuis kan plaatsvinden.

Wat wil je allemaal weten? Wat zijn risico's en hoe ondervang je die?

Wat adviseer je de huisarts?