
Zorgpad Middelenverslaving

VSV Alrijne Leiderdorp / VSV Leiden

Status: Definitief
Versie/laatst aangepast: april 2020

Disclaimer:

- Dit zorgpad is met de grootst mogelijke zorg opgesteld op basis van de geldende professionele richtlijnen en zorgstandaarden en aangepast aan de regionale situatie in Leiderdorp en Leiden e.o.
- Dit zorgpad kan en mag gebruikt worden door: alle leden van het VSV Alrijne Leiderdorp en VSV Leiden en alle partners in de keten.
- Dit zorgpad is opgesteld als handvat voor zorgprofessionals. Patiënten en zorgorganisaties kunnen op geen enkele wijze rechten ontleen aan de inhoud hiervan.

Flowchart: Zorgpad Drugs

Soort	Afkap-waarde	Detecteerbaarheid na laatste gebruik
Amfetaminen (HARDDRUGS))	1000 µg/l	2-3 dagen
XTC(MDEA) (HARDDRUGS)	500 µg/l	2-3 dagen
Cannabinoiden (SOFTDRUGS) (Marihuana/hasj/THC)	50 µg/l	Eenmalig gebruik: enkele dagen Regelmatig tot dagelijks gebruik: 2-3 wk
Cocaine (HARDDRUGS) (coke/crack)	300 µg/l	2-3 dagen Zwaar gebruik: tot 8 dagen
Opioiden (HARDDRUGS) (morfine/heroïne/codeïne)	300 µg/l	1-3 dagen (metabolieten 5 d)
Benzodiazepines (SOFTDRUGS)	200 µg/l	1-7 dagen
GHB	10 mg/l	12 uur

Positieve anamnese

Direct bij intake urinetest doen (ook als er al actieve begeleiding is in de verslavingszorg)

- Voorlichten over risico's drugsgebruik in zwangerschap
- Erop toezien dat mw. zelf plast!
- Potje of buisje labelen waar mw. bij zit
- Zorg dragen dat urine 24u in het laboratorium is (als dit niet lukt urine koel bewaren), **kopie ID cliënt meenemen, zet door kopie met dikke letters; KOPIE!**
- Aangeven dat er mogelijk nogmaals onaangekondigd een urinemonster gevraagd zal worden

Urinetest negatief

Urinetest **positief** voor softdrugs

Urinetest **positief** voor harddrugs

- Verwijzing 2e lijn
- Casemanager aanstellen
- Consult Maatsch. Werk (MW)
- Aanmelden+bespreken MDO
- Foetusnummer aanmaken
- Toestemming voor overleg HA en andere zorgverleners
- Overleg HA (kan ook zonder toestemming cliënt)
- Veilig Thuis melding

- Waarschuwing
- Urinetest onaangekondigd herhalen bij AM 22-24 wk

Urinetest negatief

Urinetest **2^e keer positief** voor softdrugs

1e lijn

- Overleg 2e lijn, eventueel plaatsindicatie
- Casemanager aanstellen

2e lijn

- Casemanager aanstellen
- Consult Maatschappelijk Werk/PST
- Aanmelden MDO Psychiatrie
- MDO bespreken, advies VT
- Toestemming vragen (ook schriftelijk) voor overleg met andere zorgverleners
- Kinderarts informeren
- CJG, kraamzorg, VLK 1e lijn (HA) op de hoogte

Herhaling urinetest bij 30wk
Positief softdrugs →→
Positief harddrugs: zie boven

Urinetest negatief

Geen verdere actie. Alleen bij verdenking harddrugsgebruik opnieuw testen bij 36 wk en in overleg met KA ook neonat testen.

RISICO'S DRUGSGBRUIK

Canabinoïden: IUGR, soms ontwenings- verschijnselen, subtiele gedragsstoornissen
XTC (MDMA): cogn. afw. (ASD, VSD, klompvoet)
Amfetaminen: vroeggeboorte, IUGR, solutio, NAS
Cocaine: abortus, vroeggeboorte, solutio, hypertensie (ook foetaal!), IUGR, IUVD, intracerebrale bloedingen, NAS, gedragsproblemen (leren/aandacht/taal/emotie)
Opiaten: abortus, IUGR, IUVD, PE, vroeggeboorte, solutio, fluxus PP, NAS, ontwikkelingsproblemen
Benzodiazepines: NAS: prikkelbaar, hyper/hypotonie, slecht drinken, sufheid, veel huilen, problemen ademhaling en temperatuur
GHB: Nog onvoldoende informatie

Inhoud

Flowchart: Drugs	3
Inhoud 4	
1. Achtergronden middelenverslaving	5
1.1. Inleiding.....	5
1.2. DSM-5 criteria voor stoornis van gebruik van middelen:	5
1.3. Afhankelijkheid	6
1.4. Etiologie	6
1.5. Comorbiditeit.....	6
1.6. Gevolgen voor een verslaafde zwangere	6
1.7. Gevolgen voor het (ongeboren) kind.....	7
2. Drugsverslaving: stappenplan	8
Stap 1: Vragen stellen.....	8
Stap 2: Metabolietscreening in urine bij intake en random tijdens zwangerschap.....	9
Stap 3: Multidisciplinaire begeleiding bij drugsgebruik of positieve screening	9
Stap 4: Obstetrisch beleid	10
3. Medicatieverslaving	11
3.1. Benzodiazepinen.....	11
3.2. Pijnstillers.....	12
3.3. Herkennen van een verslaving.....	12
3.4. Beleid.....	12
4. Drugs en borstvoeding	14
Borstvoeding	15
5. Beleid observatie neonat	16
6. Beleid kraambed	19
Maatschappelijk werk bij middelengebruik tijdens zwangerschap	20
7. Ketenpartners	22
Bronnen	25
Bijlage 1: Overwegingen medicamenteuze behandeling specifieke middelen	26
Bijlage 2: Finnegan score	27

1. Achtergronden middelenverslaving

1.1. Inleiding

Verslaving is sinds 2004 door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gedefinieerd als een hersenziekte. De DSM 5-criteria voor verslaving zijn hieronder vermeld. Bij verslaving raken de dagelijkse activiteiten en verantwoordelijkheden ondergeschikt. In het geval van een zwangerschap staat het belang van het kind vaak niet meer voorop.

Bij verslaving kan sprake zijn van een fysieke of psychische afhankelijkheid, vaak een combinatie van beide. Meestal is sprake van verslaving aan meer dan één middel en ook van roken en alcoholgebruik. De prevalentie van middelenmisbruik is grotendeels onbekend. Cannabisgebruik werd in een algemene Rotterdamse populatie door 3% van de zwangere vrouwen gerapporteerd en komt dus veel vaker voor dan gedacht. Vergeleken met bekende positieve urinecontroles bestond er een onderrapportage (El Marroun et al 2011). De zorg voor een verslaafde zwangere is multidisciplinair, waarbij het belang van het kind voorop dient te staan.

Naast de extra zorg en aandacht voor het doorlopen van een ongecompliceerde zwangerschap en goede groei en ontwikkeling van de foetus, is de zorg rondom de zwangere en de periode na de geboorte zeer belangrijk.

Er is veelal sprake van een complexiteit aan problematiek voor de zwangere en het (ongeboren) kind. Bij de begeleiding van een zwangere met een verslaving is het daarom van essentieel belang dat er tussen verschillende disciplines met regelmaat multidisciplinair overleg plaats vindt.

1.2. DSM-5 criteria voor stoornis van gebruik van middelen:

Volgens de DSM-5 criteria is er sprake van een stoornis wanneer er minstens twee van de volgende symptomen binnen een periode van een jaar optreden met daardoor significante beperkingen of lijdensdruk.

1. Gebruik in grotere hoeveelheden of langduriger dan de bedoeling was.
2. Persisterende wens of vergeefse pogingen om te minderen.
3. Veel tijd steken in het middel (verkrijgen, gebruiken of ervan herstellen).
4. Hunkering ('craving') naar het middel.
5. Niet kunnen nakomen van verplichtingen (thuis, school, werk) door middelengebruik.
6. Doorgaan met het middelengebruik ondanks sociale of interpersoonlijke problemen.
7. Belangrijke activiteiten (sociaal, beroepsmatig, vrije tijd) opgeven of minderen vanwege middelengebruik.
8. Recidiverend gebruik in situaties waarin dit fysiek gevaar oplevert.
9. Doorgaan met gebruik ondanks de wetenschap dat er een lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk is veroorzaakt of verergerd door het middel.
10. Tolerantie, gedefinieerd als:
 - a. Behoefte aan een duidelijk toegenomen hoeveelheid van het middel om een intoxicatie of het gewenst effect te bereiken
 - b. Een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid van het middel
11. Onttrekkingssymptomen, blijkend uit:
 - a. Voor het middel kenmerkende onttrekkingssyndroom (per middel gespecificeerd);
 - b. Het middel wordt gebruikt om onttrekkingssymptomen te verlichten of voorkomen.

Naast het verslaafd raken aan middelen, kan er ook een verslaving ontstaan aan een activiteit zoals gokken, internet of gamen.

In dit zorgpad wordt ook ingegaan op verslaving aan medicatie, zoals slaapmedicatie en pijnstilling.

1.3. Afhankelijkheid

De afhankelijkheid van een middel kan zowel geestelijk als lichamelijk zijn. Bij geestelijke afhankelijkheid voelt iemand zich niet meer prettig zonder het gebruik. Bij lichamelijke afhankelijkheid is het lichaam gewend aan het gebruik dat er ontwenningssverschijnselen optreden wanneer het middel niet meer wordt gebruikt. Dit kan zich uiten in trillen, misselijkheid, slapeloosheid enz. Wanneer het middel niet meer gebruikt wordt zijn de ontwenningssverschijnselen meestal na een aantal weken voorbij.

1.4. Etiologie

Verslaving wordt steeds meer gezien als een chronische ziekte met biologische, persoonlijke en sociale oorzaken en gevolgen. Volgens de WHO (2004) is verslaving een hersenziekte net als andere psychiatrische aandoeningen. De oorzaak van een verslaving is een combinatie van genetische kwetsbaarheid, vroegkinderlijke traumatisering en omgevingsfactoren. Door afhankelijkheid van een verslavend middel treden er veranderingen op in het brein. Koob en Volkow hebben een verslavingscyclus opgesteld. Deze cyclus bestaat uit drie fasen, waarbij er in toenemende mate sprake is van compulsiviteit, ook wel dwangmatigheid. Er is steeds minder sprake van impulsiviteit oftewel ineffectief gecontroleerd gedrag. Naarmate de dwang sterker wordt, zal de positieve versterking en de negatieve bekrachtiging van het gedrag afnemen. De verslaving geeft verslaafden dan geen lekker gevoel meer, maar het gebruik is nodig omdat ze zich anders niet goed voelen.

Er zijn een aantal factoren die meespelen of iemand een verhoogd risico heeft om verslaafd te raken, namelijk:

- De eigenschappen van het middel. Een middel kan in meer of mindere mate verslavend zijn. Zo zijn slaap en kalmeringsmiddelen erg verslavend. Al na een aantal weken kan er verslaving optreden.
- De lichamelijke constitutie. Wanneer het beloningscentrum en de controle mechanismen over impulsen in de hersenen minder goed functioneren. Het beloningssysteem wordt aangestuurd door dopaminereceptoren. Bepaalde genen kunnen ervoor zorgen dat dit systeem minder goed functioneert. Daarnaast speelt het vermogen om met krachtige impulsen om te gaan een belangrijke rol. Dit wordt gereguleerd in de frontaalkwab. De manier waarop de hersenen functioneren is erfelijk. Wanneer er bij een van de ouders een verslaving voorkomt is de kans vergroot dat een van de kinderen ook verslaafd raakt.
- Persoonlijke eigenschappen. Het hebben van persoonlijke problemen, psychische aandoeningen (zie kopje comorbiditeit).
- Sociale en maatschappelijke situatie.

1.5. Comorbiditeit

Een verslaving komt nooit alleen. Door het gebruik van middelen kan een psychische aandoening ontstaan. Daarnaast is het andersom zo dat mensen met een psychische aandoening vaak verslavende middelen gebruiken om de gevolgen van de psychische aandoening te onderdrukken. De combinatie van verslaving en andere psychische ziekten wordt comorbiditeit genoemd. Een psychische ziekte, naast de ernst van de verslaving heeft een grote invloed op het vermogen van mensen om sturing aan hun leven te geven. De autonomie is als het ware verstoord. Bij behandeling van een verslaafde zwangere is het daarom van belang om met verschillende disciplines een behandelplan op te stellen zodat er zowel naar het lichamelijke, psychische als sociale vlak gekeken wordt.

1.6. Gevolgen voor een verslaafde zwangere

Niet elke verslaafde zwangere heeft even grote problemen. Zo kan iemand bijvoorbeeld

verslaafd zijn aan alcohol maar het leven nog goed op orde hebben. Toch worden de problemen vaak groter wanneer er langere tijd sprake is van een verslaving. Een ernstige langdurige verslaafde heeft vaak problemen op meerdere levensgebieden, zoals bijvoorbeeld: schulden, werkeloos, geen of weinig vrienden, geen/weinig contact met de familie, ernstige gezondheidsschade, eenzaamheid, verwaarlozing, dakloosheid enz.

1.7. Gevolgen voor het (ongeboren) kind

Vooraf de eerste periode van de zwangerschap is een heel gevoelige periode. Tijdens de organogenese worden de belangrijkste organen van het kind gevormd. Alles wat er in deze periode fout gaat heeft ernstige gevolgen voor het kind. Verslaving in deze eerste periode van de zwangerschap, kan de ontwikkeling van het kind verstoren.

Wanneer er sprake is van een grote ontwikkelingsstoornis kan het leiden tot een spontane abortus. Daarnaast kan het ook leiden tot een verstoorde ontwikkeling van de organen zoals het hart en de hersenen. Nadat de placenta is aangelegd ontstaat er een barrière van de placenta van de moeder naar het kind. Veel verslavende middelen zijn in staat om door deze barrière te gaan en komen terecht bij de foetus. Tot en met de laatste periode van de zwangerschap blijft de foetus zich verder ontwikkelen en heeft een verslaving invloed op de ontwikkeling en groei van het kind. Dit kan leiden tot gezondheidsproblemen, Intra uteriene groeiretardatie, het foetaal alcoholyndroom, IUVD, ontweningsverschijnselen na de geboorte en op latere leeftijd gedragsproblemen.

Afhankelijk van de soort verslaving, kan dit terecht komen in de borstvoeding. Dit brengt uiteraard de nodige gevolgen voor het kind met zich mee en is afhankelijk van het soort middel. Daarnaast is het krijgen van een kind een grote verandering voor ouders. Het zorgen voor een pasgeboren kind terwijl de moeder verslaafd is kan leiden tot een onmogelijke situatie. Het is erg belangrijk dat hiervoor aandacht is vanuit de hulpverleners.

2. Drugsverslaving: stappenplan

Stap 1: Vragen stellen

Bij intake van iedere zwangere vragen:

- Drugsgebruik in verleden? Zo ja, wanneer, welke en hoeveel?
- Bekend bij verslavingszorg? Zo ja, waar en naam instelling/verslavingsarts?
- Drugsgebruik huidig of recentelijk? Zo ja, welke en hoeveel?
- Drugsgebruik partner of andere huisgenoot?

Indien een van bovenstaande items met ja beantwoord wordt:

1. Extra aandacht voor de sociale situatie en problematiek die met drugsgebruik kan samenhangen.
2. Voorlichten over risico's en gevolgen van drugsgebruik tijdens de zwangerschap.
3. Streef naar één (maximaal twee) casemanager(s), afspreken bij intake, controles zo mogelijk op vaste spreekuren.
4. Toestemming vragen voor overleg met huisarts en andere zorgverleners en voor bespreken op multidisciplinair overleg. Er moet sprake zijn van gerichte toestemming: dus goed informeren met welke zorgverlener er waarvoor overleg zal zijn (informatie / aanmelding / consultatie / doorverwijzing). Patiënt hoeft geen schriftelijke toestemming te geven, maar moet wel instemmen met het voorgestelde plan. De zorgverlener legt de toestemming vast in het dossier
5. Uitleg dat wij meerdere malen (begeleide!) urinecontroles zullen doen. Zeker als zij niet (meer) gebruikt, is het helpend om dat ook te kunnen bevestigen. Urine daarom ook direct al bij de intake screenen op metabolieten

Op basis van de flowchart bij positieve screening::

1. Vanuit 1^e lijn overleg met 2^e lijn, mogelijkheden: plaatsindicatie (B/D) of overname
2. Uitleg dat er standaard wordt overlegd met maatschappelijk werk. De casemanager neemt contact op met het MW van team Ouderbegeleiding (PGSM 99145, ETouder@lumc.nl) of in Alrijne met Maatschappelijk werk (28332, nanoort@alrijne.nl).
3. Casemanager zet patiënte op de lijst 'MDO kwetsbare zwangere/psychiatrie' in LUMC of in Alrijne op MDO kwetsbare zwangere. Patiënten met harddrugsgebruik of herhaalde positieve testen voor softdrugs worden altijd besproken, waarbij ook (anoniem) advies van VT wordt gevraagd. Als patiënte geen toestemming geeft voor overleg, wel aanmelden en in eerste instantie anoniem bespreken op het MDO. Bij gereede twijfel over de veiligheid van het kind wordt de Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling gevolgd.
4. Inventariseren of verslavingszorg betrokken is en zo nodig hiervoor aanmelden
5. Bij psychiatrische comorbiditeit consult Psychiatrie aanvragen.
6. Uitleg dat het team de medische en psychosociale situatie na de bevalling zal overdragen aan de 1^e lijn en zo nodig 2^e lijn. D.w.z. dat het team de verloskundige, huisarts, kraamzorg, consultatiebureau en andere betrokken hulpverleners zal informeren.
7. Uitleg dat de kinderarts altijd in consult wordt gevraagd bij aangetoond gebruik

tijdens de zwangerschap en dat opname van het kind hierbij dan ook nodig is.

Stap 2: Metabolietscreening in urine bij intake en random tijdens zwangerschap

Benadrukken dat mevrouw zelf moet plassen en eventueel controle hierop. Potje direct labelen en verzenden naar lab, indien dit niet lukt urine koel bewaren. Halfwaardetijd metabolieten varieert van enkele weken voor cannabis, tot enkele uren voor GHB.

Stap 3: Multidisciplinaire begeleiding bij drugsgebruik of positieve screening

Ethische en juridische overwegingen:

Er is een ethisch conflict tussen het zelfbeschikkingsrecht van de moeder en de gezondheid van het kind. Alleen bij hoge uitzondering, is onvrijwillige opname in een psychiatrisch ziekenhuis (of andere instelling met een BOPZ-aanmerking) volgens Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (WBOPZ) <https://www.dwangindezorg.nl/psychiatrische-problemen/procedures/gedwongen-opname/wat-is-een-gedwongen-opname> met een rechterlijke machtiging (RM) of, bij acute situaties, inbewaringstelling (IBS) een mogelijkheid. Er moet dan sprake zijn van gevaar voor zichzelf of een ander (de ongeboren baby) op basis van een stoornis van geestesvermogens. Verslaving zelf geldt niet als een stoornis, maar meestal is er naast verslaving ook sprake van ernstige psychiatrie. Juridisch kan de baby pas aangemerkt worden als een 'ander' vanaf de grens van levensvatbaarheid bij 24 weken. Vanaf 24 weken is het mogelijk om een kindbeschermingsmaatregel (onder toezicht stelling (OTS)) uit te spreken door de rechter. Daartoe zal tijds in de zwangerschap een melding bij Veilig Thuis gedaan moeten worden die de Raad voor de kindbescherming verzoekt om deze kindbeschermingsmaatregel aan te vragen. Aansluitend aan de partus kan een Machtiging Uithuisplaatsing (MUHP) uitgesproken worden. Bij een OTS en te verwachte MUHP kan een kind overgebracht worden naar ander ziekenhuis en zo voor moeder onbekende verblijfplaats.

Begeleiding en behandelopties

1. Niet-medicamenteus (primair):
 - a. Bespreken op het MDO kwetsbare zwangere/psychiatrie LUMC of MDO kwetsbare zwangere Alrijne Leiderdorp. Vaak bestaan er meerdere probleemgebieden: werk, relatie, huisvesting, financiën, voeding, justitie, toegang tot zorg etc. Een multidisciplinaire aanpak is noodzakelijk, met aandacht voor psychosociale aspecten, samenwerking met GGD/GGZ, verslavingszorg, Veilig Thuis, wijkteams, Raad voor de Kinderbescherming, eerste lijn en kinderarts. Er dient een peripartum preventie-/behandelplan te worden opgesteld.
 - b. Begeleiding is gericht op gedragsverandering, bijvoorbeeld via cognitieve gedragstherapie en motiveringstechnieken, individueel of in groepsbehandeling. Schakel hierbij het beschikbare steunsysteem in.
2. Staken middelengebruik en medicamenteuze behandeling:
 - c. Plotseling staken van opiaten kan gevaarlijk zijn, ook voor de foetus. Opiaten liever niet staken >32 weken (bij partus cq vroeggeboorte bij voorkeur gecontroleerd pp afkicken van de neonat). Overleg altijd met psychiater en verslavingsarts (en kinderarts) alvorens te staken of medicatie te starten

Zie bijlage 1 voor specifieke overwegingen bij omzettingen, dit overigens altijd in overleg met de betrokken psychiater en verslavingsarts

Stap 4: Obstetrisch beleid

Tijdens zwangerschap

- a. Meerdere malen (begeleide!) urinecontroles op metaboliëten verrichten.
- b. Conform flowchart overleg met 2e lijn.
- c. Conform flowchart wordt altijd consultatief wordt overlegd met Veilig Thuis (anoniem advies). Het gaat hier om twee kwetsbare patiënten: moeder en kind. Zo nodig wordt het Meldcode Huiselijk Geweld en kindermishandeling gevolgd.
- d. Geavanceerd ultrageluid onderzoek bij 20 weken. Foetale groei vervolgen bij 28 en 32 weken.
- e. Bespreek consequenties van gebruik en stuur aan op gedragsverandering. Gebruik van middelen tijdens zwangerschap en borstvoeding actief ontmoedigen.
- f. Motivatie toetsen door na te gaan of patiënte afspraken nakomt, werkt aan stabiliteit en meewerkt aan urinecontroles.
- g. Bespreken op MDO kwetsbare zwangere/psychiatrie of MDO kwetsbare zwangeren met betrokken zorgverleners (intern en extern) voor afspreken beleid kraambed, consult kinderarts en verwachte opnameduur neonat en het al of niet geven van borstvoeding
- h. In sommige gevallen, in overleg met psychiater of verslavingsarts, tot driemaal per week urine onder toezicht controleren.

Intrapartum

- e. Bij gebruik van opiaten moet vaak de dosis van pijnstilling aangepast worden.

Postpartum

- i. Consult kinderarts en observatie van de pasgeborene van minimaal 24 uur (met urinecontrole), bij actueel gebruik, tot een week of langer
- j. Bij regelmatig gebruik borstvoeding ontraden. Lage dosis methadon of buprenorfine is geen absolute contra-indicatie voor borstvoeding (dit overdragen aan kraamzorg)

3. Medicatieverslaving

Tijdens de zwangerschap wordt er regelmatig gebruikt gemaakt van medicatie. In dit zorgpad wordt niet ingegaan op het gebruik van anti-depressiva. Hierover is meer informatie te vinden in het protocol psychofarmaca tijdens de zwangerschap op de website van LEO (www.verloskundigenleo.nl). Wel wordt er in dit zorgpad ingegaan op het langdurige gebruik van benzodiazepinen en pijnstilling.

3.1. Benzodiazepinen

Benzodiazepinen hebben een rustgevendende en ontspannende werking. Benzodiazepinen kunnen voorgeschreven worden bij slaapproblemen, bij angst of onrust, bij andere aandoeningen zoals: epilepsie, behandeling van onthoudingsverschijnselen bij mensen die hun alcoholverslaving afbouwen en spierspasmen. Voorbeelden van benzodiazepinen zijn: Brotizolam, flunitrazepam, loprazolam, midazolam, nitrazepam, temazepam, zolpidem, zopiclon, diazepam, flurazepam, lorazepam, lormetazepam, nitrazepam, oxazepam, alprazolam, bromazepam, chloordiazepoxide, clobazepam, prazepam en clorazepinezuur.

Benzodiazepinen werken versuffend en daarnaast ontspannen ze de spieren. Daarnaast kunnen bepaalde benzodiazepinen emoties afvlakken, Er zijn benzodiazepinen die maar korte tijd werken en middelen die langer werken. Door gewenning neemt de werking na verloop van tijd af. Benzodiazepinen zijn zeer verslavend en worden regelmatig door zwangere vrouwen langdurig gebruikt. De verslavende werking van benzodiazepinen wordt vaak onderschat.

Het gebruik van benzodiazepinen kan gevolgen hebben voor het ongeboren kind. Er bestaat een mogelijke associatie tussen chronisch gebruik van benzodiazepinen in het 1^e trimester met foetale schisis. Bij chronisch gebruik in het 3^e trimester bestaat een risico op het 'floppy infant syndroom (ademhalingsdepressie, hypotonie en hypothermie) en op neonatale onthoudingsverschijnselen (prikkelbaarheid, hypertonie, slecht drinken, veel huilen). Er zijn aanwijzingen voor groeivertraging, ontwikkelings- en motorische achterstand als langetermijneffecten bij chronisch gebruik. Het beleid bij benzodiazepinen gebruik is beschreven in het psychofarmaca protocol van LEO en is als volgt:

Beleid

- Gebruik van benzodiazepinen > 2x per week moet tijdens de zwangerschap worden afgeraden, vanwege mogelijke foetale gewenning en neonatale abstinentie.
- SEO bij intermitterend gebruik (≤ 2x per week) van benzodiazepinen. Bij frequenter gebruik tijdens het 1e trimester: GUG1 onderzoek.
- In de zwangerschap voorkeur voor middelen met een korte halfwaardetijd en weinig actieve metabolieten.
- Geleidelijke afbouw van medicatie in de laatste zwangerschapsmaand om neonatale onttrekking te voorkomen.

Beleid pasgeborene

- Minimaal 24 uur observatie op de kraamafdeling bij gebruik > 2x per week in het 3e trimester.

Beleid bij borstvoeding

- Bij regelmatig gebruik (> 2x per week) wordt borstvoeding ontraden, sedatie van het kind kan leiden tot voedingsproblemen en een gestoorde temperatuurregulatie.
- Bij incidenteel gebruik (tot 2x per week) is borstvoeding toegestaan, maar moet worden gekozen voor middelen met een korte halfwaardetijd.
- Bij gebruik van benzodiazepinen als slaapmedicatie is het verstandig de nachtvoeding over te slaan. Bij een hoger dan de minimale dosering (zie www.deverloskundigenleo.nl) is het verstandig om 24 uur na inname niet te voeden.

- Kraambed - Bij een stabiele psychiatrische conditie van de moeder opname alleen voor de duur van de observatie van de pasgeborene.

Wanneer uit de anamnese blijkt dat een zwangere vrouw verslaafd lijkt te zijn aan benzodiazepinen, kan de hulpverlener de zwangere doorverwijzen naar verschillende instanties. Er zijn verschillende behandelingen om het gebruik van benzodiazepinen te minderen en uiteindelijk te stoppen. Via Jellinek wordt er bijvoorbeeld cognitieve therapie of een minnesota behandeling aangeboden. Daarnaast wordt er via www.benzodebaas.nl een online hulpprogramma aangeboden.

3.2. Pijnstillers

Er bestaan drie soorten pijnstillers, namelijk: paracetamol, NSAID's en opiaten. In dit zorgpad zal kort ingegaan worden op de verslaving aan opiaten tijdens een zwangerschap. Paracetamol mag, zolang de maximale dosering niet overschreden wordt, heel de zwangerschap gebruikt worden. Het gebruik van NSAID's (ontstekingsremmers) wordt afgeraden tijdens de tweede helft van de zwangerschap. Ook in de eerste helft van de zwangerschap is het niet aan te raden om NSAID's te gebruiken. Opiaten hebben net als benzodiazepinen een zeer verslavende werking.

3.3. Herkennen van een verslaving

Het herkennen van een verslaving is als hulpverlener niet gemakkelijk. In de literatuur is hierover niet duidelijk te vinden op welke wijze een verslaving als hulpverlener te herkennen is. Het is belangrijk om bij de intake alert te zijn op het gedeelte middelengebruik en hier zo nodig regelmatig op terug te komen. Daarnaast zal de groep kwetsbare zwangeren, die in het zorgpad kwetsbare zwangeren beschreven worden, goed begeleid moeten worden omdat zij mogelijk een verhoogd risico hebben op een verslaving.

Alarmsignalen zijn de symptomen die volgens de DSM-5 bij een verslavingsstoornis passen, zoals bij in de inleiding zijn beschreven.

Daarnaast kunnen het niet nakomen van afspraken, te laat komen op afspraken, snel afgeleid zijn en onrust tekenen zijn van verslaving.

3.4. Beleid

Tijdens de behandeling wordt er in eerste instantie gekeken of de vrouw inzicht toont in haar situatie, openstaat voor hulp en meer grip probeert te krijgen op haar verslaving. Voorbeelden daarvan zijn of zij afspraken nakomt bij de gynaecoloog of verloskundige, meewerkt aan urinecontroles en werkt aan stabiliteit.

Wanneer blijkt dat een aantal beslissingen van de zwangere ten nadele zijn van de foetus, is het de vraag of de zelfbeschikking zwaarder weegt dan de gezondheid van de foetus. Zie paragraaf ethische en juridische overwegingen genoemd bij drugsverslaving op pagina 9 in dit zorgpad.

Cognitieve gedragstherapie en de community reinforcement approach (CRA) methodiek zijn niet-medicamenteuze behandelingsopties die zich richten op verslavingsgedrag. Dit kan zowel individueel als in groepsverband. Er worden coping strategieën aangeleerd en er wordt aandacht besteed aan terugvalpreventie. CRA richt op het ontwikkelen van een alternatieve leefstijl. Er zijn verschillende verslavingsklinieken in de regio terug te vinden, zoals onder andere Brijder, Jellinek, of Bouman.

Behandeling in een multidisciplinair team is noodzakelijk omdat er naast verslavingsproblematiek vaak sprake is van meerdere problemen op het gebied van werk,

relatie, huisvesting, financiën, voeding, justitie, toegang tot zorg en het niet hebben van een adequaat steunsysteem.

Uiteindelijk zal er zorg op maat geboden worden , dit naast de medische begeleiding. De zorg zal in samenwerking met alle instanties rondom de verslaafde zwangere besproken/afgesteld en uitgevoerd worden. Geregeld zal er MDO plaatsvinden waarbij ook geëvalueerd wordt of de veiligheid nog steeds voldoende gegarandeerd wordt. Indien er na de partus nog zorgen zijn, wordt deze actief overgedragen aan een professional die betrokken blijft in dit gezin b.v. huisarts, hulpverlenende instantie of Veilig Thuis (na doorlopen Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling).

4. Drugs en borstvoeding

Drugs	Effecten	Zwangerschap	Borstvoeding
Amfetamines	Solutio placentae Vroeggeboorte Groeivertraging Cerebrale witte stof afwijkingen Cerebrale bloedingen (IVH/SAB) Intra-uteriene vruchtdood Neonataal abstinentie syndroom (NAS)	2e lijn GUO 1 Groeï vervolgen	Verminderde productie Geen borstvoeding
Cocaïne	Maternaal: hypertensieve crises (CVA) Solutio placentae Vroeggeboorte Foetale groeivertraging Ondervoeding moeder IUVD Foetale tachycardie en hypertensie Cerebrale bloedingen/infarcten Neonataal abstinentie syndroom (NAS) Mogelijke effecten op aandacht/emotie/taal en geheugen	2e lijn GUO 1 Groeï vervolgen	Geen borstvoeding
Cannabis	Groeivertraging Vroeggeboorte Milde neonatale onttrekkingsverschijnselen (NAS) Subtiële gedragsstoornissen	1e lijn/2e lijn (plaatsindicatie) GUO 1 Groeï vervolgen	Bij regelmatig gebruik afraden
Opiaten	Abortus Pre-eclampsie Vroeggeboorte/PPROM Solutio placentae Placenta-insufficiëntie/ Groeivertraging IUVD Fluxus postpartum Neonataal: NAS in 70-95%, tot enkele weken Ontwikkelingsstoornissen door NAS of sociale omgevingsfactoren	2e lijn GUO 1	Geen borstvoeding Wel bij methadon in lage dosis (<20 mg)
XTC (MDMA)	Waarschijnlijk teratogeen: hartafwijkingen (ASD, VSD) en musculoskeletale afwijkingen (klompvoet) Vertraagde motorische ontwikkeling kind	1e/2e lijn* GUO 1	Geen borstvoeding
GHB	Onvoldoende gegevens bekend	1e/2e lijn* GUO 1	Geen borstvoeding
LSD (geen test)	Onvoldoende gegevens	2e lijn GUO 1	Geen borstvoeding
Paddo's	Onvoldoende gegevens	1e/2e lijn* GUO 1	Geen borstvoeding

*Afhankelijk van eenmalig versus frequent en/of persisterend gebruik

Borstvoeding

Borstvoeding algemeen:

In het algemeen wordt borstvoeding ontraden bij harddrugsgebruik en bij regelmatig gebruik van cannabis. Bij recreatieve gebruik van cannabis kan overwogen worden borstvoeding toe te staan. Bij gebruik van methadon in een lage dosis (<20 mg/dag) bij een stabiele situatie is borstvoeding toegestaan.

Specifieke drugs en borstvoeding:

- *Cannabis*: THC is vetoplosbaar en komt in de moedermelk terecht. De verhouding THC tussen moedermelk en maternaal plasma is fors, met gerapporteerde ratio's van 1 of hoger. Er zijn bij neonaten die via de borstvoeding aan THC waren blootgesteld, effecten beschreven, zoals sedatie, verminderde groei, verminderde tonus, verminderde zuigreflex en voedingsproblemen. Er zijn wisselende associaties gevonden met een verminderde motorische ontwikkeling.
- *Opioiden*: Heroïne komt in de moedermelk terecht. Bij sterk wisselende concentraties in het bloed van de moeder is er een risico op afhankelijkheid bij de neonaat. De concentratie van methadon in de moedermelk is zeer laag. Er is geen absolute contra-indicatie voor het geven van borstvoeding wanneer moeder stabiel is ingesteld op een lage dosis methadon, dan wel buprenorfine.
- *Cocaïne*: cocaïne komt binnen 15 minuten in het maternale plasma terecht en vervolgens in de moedermelk. De mogelijkheid om cocaïne te metaboliseren en te elimineren is onvoldoende ontwikkeld bij een neonaat. Hierdoor kan blootstelling aan een kleine hoeveelheid cocaïne al schadelijk zijn. In case reports zijn problemen bij het kind, zoals convulsies, hypertensie, tachycardie, onrust en prikkelbaarheid beschreven.
- *Amfetaminen*: amfetaminen hebben een remmend effect op prolactine en zorgen daarmee voor een verminderde melkproductie. Ze komen in de moedermelk terecht in doseringen die hoger kunnen liggen dan in maternaal plasma. In case reports zijn problemen bij het kind, zoals onrust, slaapproblemen en in een enkel geval overlijden beschreven.
- *XTC (MDMA)*: XTC komt in de moedermelk terecht. Er zijn geen onderzoeken bekend over de effecten hiervan op het kind.
- *GHB*: het is onbekend of GHB in de moedermelk wordt uitgescheiden. Ondanks de korte halfwaardetijd kan het een sederend effect hebben op de neonaat en leiden tot ademhalings- en voedingsproblemen.

5. Beleid observatie neonaat

Bij antepartum blootstelling aan drugs en maternale morfinomimetica kunnen postpartum symptomen optreden passend bij het neonatale abstinentiesyndroom (NAS). Het tijdstip van optreden en de duur van de ontwenning is afhankelijk van het tijdstip van de laatste voor de bevalling gebruikte dosis door de moeder, de hoogte van deze dosis en de halfwaardetijd van het gebruikte opiaat. NAS komt het meest typisch voor na antenatale blootstelling aan heroïne en methadon (respectievelijk 50-60% en 70-90%).

Symptomen Neonataal Abstinentie Syndroom (NAS)

- CZS (50-100%): tremoren, verhoogde spiertonus, motorische onrust, verhoogde zuigbehoefte, gestoord slaappatroon, convulsies
- Gastro-intestinaal (15-50%): voedingsproblemen, regurgitatie, braken, diarree
- Respiratoir (62%): tachypnoe, dyspnoe
- Overige (4-18%): excoriaties, krabeffecten, transpireren, verstopte neus, niezen
- Acute abstinentieverschijnselen kunnen ontstaan als bij antenatale blootstelling aan narcotica postpartum Naloxon (Narcan) wordt gegeven!

Bij gebruik van verschillende drugs ontstaat een variabel ontwenningpatroon. Tot de leeftijd van 6 maanden kan een subacuut abstinentiepatroon blijven bestaan met rusteloosheid, verstoord slaap-waakritme en braken.

Beleid postpartum

Bij aangetoond maternaal gebruik van harddrugs tijdens de zwangerschap en rondom de partus, ofwel persistent (minimaal 2 positieve controles) gebruik van softdrugs:

- Opname neonaat ter observatie gedurende 1 week, zo nodig langer
 - Bij harddrugs: op HC (initieel)/MC aan de monitor
 - Bij softdrugs: op kraamafdeling, kan bij geen/milde symptomen korter
- Dubowitzscore bij twijfel over de zwangerschapsduur
- Finnegan-score (zie onder)
- Zo nodig verzorging in een prikkelarme omgeving (rustig/donker), inbakeren
- Enterale voeding: starten met 8 voedingen, zo nodig 12 bij ernstige onrust/voedingsproblemen, zo nodig per sonde
- In principe geen borstvoeding (zie paragrafen 4 en 6)
- Strikte afspraken met ouders t.a.v. verzorging en bezoektijden
- Observatie bovenstaande door verpleegkundigen
- Vaste verpleegkundige en vaste (gespreks-)arts
- Zo nodig consult fysiotherapie voor spanningsreductie
- Consult maatschappelijk werk (voortvloeiend uit MDO kwetsbare zwangere)
- Zo nodig: volg Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling

Aanvullende diagnostiek

- Navelstrengbloed: Volledig bloedbeeld (VBB)
- Overig lab 1e dag: elektrolyten (kan in bloedgas), glucosecontroles volgens hypoglycemie protocol
- Op indicatie aanvullend onderzoek naar symptomen passend bij hypoglykemie, hypocalciëmie, hypernatriëmie, hyperthyreoïdie, infectie en polycytemie
- Binnen 24 uur na geboorte: urine op opiaten, methadon, cocaïne, barbituraten, amfetaminen, benzodiazepinen, GHB, cannabis: plaszakje of zo nodig met katheter
- Op indicatie infectie/SOA-onderzoek (urine CMV, TORCHES, lues, hepatitis B/C, HIV) (als moeder antenataal hiermee bekend is kan navelstrengbloed worden ingestuurd)
- Echo cerebrum in de eerste week ter evaluatie van structurele afwijkingen en eventuele

bloedingen/infarcten. Bij cocaïne al in de eerste 3 dagen na de geboorte, gezien hoger risico op cerebrale bloedingen.

Finnegan-score (zie bijlage 2)

Finnegan ontwierp in 1986 een scoresysteem om abstinentieverschijnselen van drugs bij neonaten te kwantificeren en het effect van eventuele medicatie te evalueren. Alle neonaten met (mogelijk) antenatale drugsexpositie worden gescoord volgens deze methode, waarop het te volgen beleid wordt bepaald. Hierbij moet opgemerkt worden dat de Finnegan-score strikt genomen alleen gevalideerd is voor antenatale blootstelling aan opiaten en dat prematuren minder typische abstinentieverschijnselen vertonen en meestal ook lagere Finnegan-scores hebben.

Interval score:

- 0-48 uur na geboorte: om de 3 uur scoren
- >48 uur na geboorte: score om de 8 uur
- Score > 8: om de 3 uur scoren
- Score < 8: om de 8 uur scoren

Duur:

- Indien geen medicamenteuze therapie nodig: 5 dagen scoren
- Na staken van medicamenteuze therapie nog 3 dagen scoren. Indien de score stabiliseert of daalt wordt het scoren gestaakt; indien de score stijgt, tot minimaal 5 dagen na staken van therapie blijven scoren

Algemene aandachtspunten:

- Noteer de score bij het juiste tijdstip (eindstip van de observatieperiode)
- Geef scorepunten voor alle symptomen die waargenomen zijn tijdens de observatieperiode, ook al zijn ze verdwenen tijdens het scoren
- Reflexen, spiertonus en ademhalingsfrequentie zijn alleen in rust (niet tijdens slaap) goed te beoordelen
- Tel de ademhalingsfrequentie gedurende een hele minuut
- Meet de temperatuur steeds op dezelfde plaats
- Geen scorepunten voor transpireren indien dit het gevolg is van extra warm inpakken
- Noteer de toegediende dosis en het tijdstip van medicatie op de scorelijst

Medicamenteuze therapie

Start medicamenteuze therapie indien de Finnegan-score gemiddeld > 8 is op 2 opeenvolgende tijdstippen (met 3 uur interval). De eerste keuzemiddelen zijn fenobarbital en methadon. In andere centra wordt soms morfine gebruikt. Voordelen van methadon boven morfine zijn de lagere doseringsfrequentie en de betere beschikbaarheid bij orale inname

Fenobarbital (luminal)

- Oplaaddosis: 15-20 mg/kg iv/po
- Onderhoudsdosis: 4-6 mg/kg/dag iv/po in 2 dd, start 12 uur na oplaaddosis
 - Dosis handhaven indien score in de eerste 48 uur na start therapie in dezelfde range blijft
 - Indien de score > 8 o.b.v. 2 metingen in 48 uur, bepaal de fenobarbitalspiegel (streefwaarde 20-40 mg/l). Als te laag: halve oplaad fenobarbital en onderhoud verhogen. Als goed start methadon erbij.
 - Bij gelijktijdig gebruik van fenobarbital en methadon kan soms enzyminductie in de lever plaats vinden, waardoor een hogere dosering fenobarbital nodig is om dezelfde serumspiegel te behouden. De fenobarbitalspiegel dient derhalve zo nodig te worden herhaald. Verhoging van de methadondosering dient te worden

- vermeden.
- Dosis omlaag indien score binnen 48 uur daalt naar lagere waarde.

Methadon

- 0.5-1 mg/kg/dag in 2 doseringen per os
- Bij score <8 gedurende 3 opeenvolgende dagen: methadon afbouwen door elke 2-3 dagen de dosering met 10-20% te verlagen (halfwaardetijd ca 26 uur). De laatste stappen voor het stoppen gaan vaak langzamer daar het relatieve verschil in methadonspiegel groter is.
- Fenobarbital na staken van methadon continueren in therapeutische spiegel (zo nodig 1x per 1-2 weken spiegel bepalen). Bij scores <8 kind het kind 'uit fenobarbital laten groeien' en zo mogelijk poliklinisch halveren en staken.

Follow-up na ontslag

- Psychosociale begeleiding: overleg maatschappelijk werk
- Sluiten **zorgketen**: HA, CB, verloskundige, verslavingsarts en andere betrokkenen (in principe is toestemming ouders hiervoor nodig). Indien geen toestemming en het kind in ontwikkeling wordt bedreigd ad hoc een MDO beleggen.
- Zo nodig volg Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling
- Polikliniek kindergeneeskunde: consult LUMC Frans Smiers (aandachtsgebied kindermishandeling) of bij algemene perifere kinderarts op leeftijd van 1 maand

6. Beleid kraambed

Bij maternaal middelengebruik zal het beleid postpartum sterk afhangen van de gebruikte drugs, de sociale omstandigheden, bijkomende psychiatrische problematiek en het al of niet gemeld zijn bij Veilig Thuis. Het is belangrijk om al tijdens de zwangerschap goede afspraken te maken over de (verwachte) duur van de opname van moeder en kind, consult kinderarts en observatie van de neonat en het al of niet geven van borstvoeding. De afspraken worden gemaakt op het MDO kwetsbare zwangere/(psychiatrie), worden besproken met patiënte (en eventuele partner) en vastgelegd in HiX. Het is zinvol de kraamzorgorganisatie al tijdens de zwangerschap te informeren, zodat er tijdig een intake huisbezoek gedaan kan worden.

Maatschappelijk werk bij middelengebruik tijdens zwangerschap

Beschreven wordt hoe de psychosociale zorg geregeld moet worden rondom drugsverslaafde ouders/drugsgebruik in de zwangerschap.

Algemene opmerkingen

Drugsgebruik van ouders vormt een groot risico voor de ontwikkeling van hun kinderen. In de hulpverlening aan drugsverslaafde ouders staat het kind centraal. Ons doel is patiënte en kind zo optimaal mogelijk tijdens zwangerschap en bevalling te begeleiden. In de zorg aan ouders/zwangeren met verslavingsproblemen is goede samenwerking tussen medisch team, maatschappelijk werk en externe ketenpartners noodzakelijk.

Handelwijze

Met patiënte bespreken:

- Dat het consult bij maatschappelijk werk/PST plaatsvindt om de psychosociale situatie in kaart te brengen en deze zo nodig te verbeteren
- Of wij informatie mogen opvragen bij betrokken hulpverleners/instellingen/huisarts en haar situatie in ons MDO te kunnen bespreken
- Informeren of er al een contact is bij de Verslavingszorg, zo ja bij wie. Indien niet: overweeg dit tot stand te brengen, zo nodig via consult Psychiatrie
- Bij psychiatrische comorbiditeit: consult Psychiatrie
- Noteren contactgegevens (ook mailadres en telefoonnummer voor als zij niet te bereiken is)
- Dat wij altijd overleggen met Veilig Thuis, in eerste instantie consultatief (anoniem advies),. Wij hebben twee patiënten: moeder en kind en wij volgen landelijke richtlijnen in het kader van de veiligheid van beiden.
- Dat wij meerdere malen (begeleide!) urinecontroles zullen doen. Zeker als zij niet (meer) gebruikt, is het helpend om dat ook te kunnen bevestigen.
- dat wij haar altijd op een vaste dag (LUMC donderdag) op onze polikliniek willen zien, omdat we zo proberen een vast team om hen/haar heen te creëren.
- Dat de kinderarts in consult wordt gevraagd

Maatschappelijk werker/PST:

- Maakt een afspraak met patiënt of voegt in na de policonrole voor psychosociale diagnostiek (LUMC)
- Gaat na of zij bekend is bij andere hulpverleners in- en extern en schakelt deze desgewenst in
- Zet een hulpverleningsplan op in overleg met patiënt, behandelteam en eventuele betrokken hulpverleners
- Rapporteert bevindingen en vervolgafspraken in HiX
- Rapporteert ook in het foetaal dossier en na geboorte in het dossier van het kind
- Volgt patiënte tijdens zwangerschap en soms eerste periode postpartum, veelal op de achtergrond om te kijken of opgestarte hulpverlening goed loopt.

Verantwoordelijkheden / bevoegdheden

De **casemanager** is verantwoordelijk voor:

- het bieden van continuïteit van zorg
- het aanvragen van het consult maatschappelijk werk/PST en het bespreken met patiënt
- het uitzetten van urinecontroles
- het partusbeleid en afstemming van het preventieplan met betrokken verslavingsarts en/of psychiater indien betrokken
- het via HiX op de hoogte blijven van de medische- en psychosociale situatie
- het voorbereiden van een eventuele bespreking in het MDO kwetsbare zwangere/psychiatrie (LUMC) of MDO kwetsbare zwangeren (Alrijne Leiderdorp).
- de nacontrole bij de gynaecoloog, AIOS of verloskundige is een evaluatiemoment en afsluiting in het GHJ of Alrijne Leiderdorp, waarbij zo nodig gekeken kan worden of de huidige hulpverlening voldoet.

Eventueel voorafgaand aan de nacontrole contact met maatschappelijk werk/PST.

De **maatschappelijk werker/PST** is verantwoordelijk voor:

- het in kaart brengen van de psychosociale situatie en de reeds lopende hulpverleningscontacten
- contact met Veilig Thuis voor consult (anoniem advies) en zo nodig volgen van Meldcode Huiselijk Geweld en kindermishandeling, eventueel ondersteuning via aandachtsfunctionaris KMHG
- het met de casemanager en/of Veilig Thuis vaststellen van de benodigde vervolghulpverlening en dit uitzetten
- rapporteren aan de verloskundige en neonatologie (en evt. overige betrokken afdelingen)

Basisvoorwaarden om kind naar huis te laten gaan

Er moet voldaan zijn aan de basale voorzieningen (jeugdverpleegkundige of ambulante hulpverlening kan dit controleren):

- Huisvesting
- Gas, licht en water
- Baby spullen zoals een bedje, badje, kleding(voor de eerste periode), voeding (voor de eerste periode)

Daarnaast zijn de volgende punten belangrijk:

- Voldoende hulpverlening in de thuissituatie
- De leefwijze van de ouders is stabiel genoeg (t.a.v. geestelijk welzijn, relatie, financiën, huisvesting etc.)
- Er is geen sprake van geweld/verwaarlozing oudere kinderen (bij uithuisplaatsing oudere kinderen gezinsvoogd de huidige situatie laten beoordelen)
- Geen druggebruik of een mate van druggebruik die geen negatieve invloed heeft op de opvoedingssituatie
- Voldoende sociaal netwerk van familie, vrienden

7. Ketenpartners

Binnen het LUMC

Afdeling Neonatologie

- Kinderarts-neonatoloog
Drs. E.G.J. (Esther) Rijntjes-Jacobs) E.G.J.Rijntjes_Jacobs@lumc.nl
Tel: 64132

Afdeling Verloskunde

- Gynaecoloog-perinatoloog
Tel: 071-5299280 Dr. I.L. (Inge) van Kamp, I.L.van_Kamp@lumc.nl
- Verloskundigen
Tel: 64069 G.J.J. (Godelieve) van Roosmalen, G.J.J.van_Roosmalen@lumc.nl en
Dr. M. (Marrit) Smit, M.Smit@lumc.nl
- Verloskundige en psycholoog
Tel:
Drs. A. (Anne-Marie) Sluijs, A.Sluijs@lumc.nl
- Polikliniek Verloskunde per mail:
verloskunde@lumc.nl
Tel. 071-5263325 (werkdagen 9-12 en 14-16 uur)

Afdeling Psychiatrie

- Psychiaters
Dr. I.M. (Irene) van Vliet, tevens chef de (poli-)clinique I.M.van_Vliet@lumc.nl
Dr. J.G.F.M. (Jacqueline) Hovens J.G.F.M.Hovens@lumc.nl
- Polikliniek Psychiatrie
Tel. 071- 5263785

Binnen het Alrijne Leiderdorp

Psychosociaal team

- Maatschappelijk Werker: N.A. (Annelies) Noort, nanoort@alrijne.nl / pst@alrijne.nl
Tel. (071-58)28332
- Aandachtsfunctionaris Kindermishandeling en huiselijk geweld (KMHG):
P.J.M. (Petra) de Wit, pjmdewit@alrijne.nl
Tel. (071-58)28433 voor ondersteuning bij melding VeiligThuis
- Verpleegkundig Specialist GGZ
M.A.G.B. (Marieke) van Piere, magbvanpiere@alrijne.nl

Afdeling Neonatologie

- Kinderarts-neonatoloog
H.M. (Hester) Havers, hmhavers@alrijne.nl

Afdeling Verloskunde

- Gynaecoloog
M.J. (Marjolein) de Vries, mjdevries@alrijne.nl
- Verloskundige
C.J.P. (Janneke) Hoek - Nijssen, cjphoek@alrijne.nl

Externe ketenpartners

Huisarts

Veilig Thuis (VT)

<http://www.veiligthuishollandsmidden.nl/>

Tel. 088-3083040 (Gouda, o.a. Leiden, contactpersonen/vertrouwensartsen: Ingrid van Olden (LUMC) en Sylvia Verhoog (Alrijne))

Landelijk nummer: 0800-2000

Hollands Midden: 088-3083636

Vaste samenwerkingspartners in MDO Psychiatrie en Zwangerschap/Kwetsbare zwangeren en PSV Kindermishandeling. Advies en onderzoek naar vermoedens kindermishandeling. Na een melding bij Veilig Thuis starten zij een onderzoek naar de omstandigheden van het kind. Veilig Thuis organiseert de benodigde hulp en kan bij ernstige zorgen door leiden naar de Raad voor de Kinderbescherming om een kindbeschermingsmaatregel aan te vragen.

Bureau Basiszorgcoördinatie Kwetsbare Kinderen (BKK)

BKK Hollands Midden.

Tel. 088 - 308 36 00,

E. bkk@ggdhm.nl

<https://www.ggdhm.nl/professionals/item/scholen-kinderopvang/basiszorgcoordinatie-kwetsbare-kinderen-bkk>

Doel is het voorkomen van ernstige problemen bij kinderen van ouders met psychiatrische problemen en/of verslavingsproblematiek door coördinatie van zorg.

Brijder verslavingszorg (Ouder en kind)

www.brijder.nl

Tel. 088 - 357 10 57,

E: verwijzers@parnassiagroep.nl

Ambulante begeleiding bij druggebruik maar ook klinische setting moeder en kind in Den Haag.

<https://www.brijder.nl/wie-we-zijn/nieuws/detailpagina/-/wcl/uvw1KzIHwVwo/49717/brijder-ouder-kind-biedt-intensievere-zorg-aan-verslaafde-ouder>

RESET thuisbegeleiding (door Activite)

Contactpersonen: Hennelies van Velzen, Marinka van Cleef en Janneke Dohmen

Tel: 06 - 10 00 45 31

E: thuisbegeleiding@activite.nl

<http://www.activite.nl/home/zorg-aanvragen/reset---thuisbegeleiding-voor-risicogezinnen>

Thuisbegeleiding risicogezinnen (maximaal 85 uur, gedurende 12 maanden).

RESET thuisbegeleiding/gezinscoaching (door Mika)

www.mika.nl,

Tel. 088-9004949

Thuisbegeleiding door gezinscoaches, thuisbegeleiders en videohometrainers. Bieden ook Reset thuisbegeleiding. Werkgebied Zuid-Holland (niet in Den Haag).

Jeugdgezondheidszorg 0-4 jr (= Consultatiebureau)

<http://www.cjgleden.nl>

Tel. 088 - 254 23 84

Onderdeel van Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). Sowieso bij zwangeren met complexe problematiek vooraanmelding doen. Volgen ontwikkeling kind. Kunnen indien nodig 1 gezin 1 plan inzetten. Starten veelal ook Stevig Ouderschap.

(Prenataal) Stevig Ouderschap

<https://www.stevigouderschap.nl/>

Extra ondersteuning voor (kwetsbare) ouders met een (kwetsbare) pasgeborene. Voor gezinnen met een pasgeboren kind die extra steun kunnen gebruiken bij opvoeding kind(eren). Een gespecialiseerde wijkverpleegkundige komt gedurende 18 maanden 6 keer thuis op bezoek (ca 1 ½ uur per keer).

Wordt standaard ingezet bij tienerzwangerschappen. Nu ook in verschillende gemeenten mogelijk om prenataal te starten. <https://www.stevigouderschap.nl/verwijzing>

Jeugdzorg, Jeugd- en gezinsteams (JGT)

<https://jeugdengzinstteams.nl/>

www.cardea.nl

Tel: 071 – 579 50 50

Een jeugd- en opvoedorganisatie, regio Zuid-Holland Noord. De behandeling richt zich op kinderen tussen de 0-4 jaar en hun ouder(s) en heeft tot doel ouders te versterken in hun(opvoedings-) vaardigheden en te ondersteunen bij de specifieke problematiek.

IMH

Therapie en begeleiding voor ouders (vaak met psychiatrische/verslavingsproblematiek) met een kind van 0-4 jaar. Relatie tussen ouder en kind staat centraal.

Bronnen

- Zorg voor verslaafde zwangeren, Samenwerkingsprotocol regio Midden-Holland (Groene Hart ziekenhuis Gouda)
- Handboek psychiatrie en zwangerschap, Lambregste-van den Berg, van Kamp en Wennink
- Advies Prenatale kindbescherming, [http://www.knov.nl/fms/file/knov.nl/knov_downloads/2291/file/RSJ_Advies_Prenatale Kinderbescherming.pdf?download_category=overig](http://www.knov.nl/fms/file/knov.nl/knov_downloads/2291/file/RSJ_Advies_Prenatale_Kinderbescherming.pdf?download_category=overig)
- Vruchtbaarheid en zwangerschap, risico per fase, <http://www.drugsinfo.nl/publiek/vruchtbaarheid-en-zwangerschap/risico-per-fase/zwangerschap>
- Middelen en verslaving, <https://www.novadic-kentron.nl/middelen-en-verslaving/soorten-verslaving/>
- Slaap en kalmeringsmiddelen, <http://www.choicesverslavingszorg.nl/verslavingen/slaap-en-kalmeringsmiddelen-verslaving/>
- Sociale gevolgen verslaving, <http://www.ivo.nl/UserFiles/File/Publicaties/2012%2007%20-%20Sociale%20gevolgen%20van%20verslaving%20-%20reeks%2071.pdf>
- Verslaving comorbiditeit, <http://www.boumanggz.nl/verslaving/comorbiditeit/>
- Protocol zwangerschap en verslaving WKZ Utrecht, maart 2008
- Wat zijn Benzodiazepinen, <http://www.benzodebaas.nl/Feiten/Wat-zijn-benzodiazepinen.aspx>
- Psychofarmica tijdens graviditeit en lactatie 2014, http://www.verloskundigenleo.nl/protocollen/Zwangerschap/Psychofarmaca_tijdens_graviditeit_en_lactatie2014.pdf

Bijlage 1: Overwegingen medicamenteuze behandeling specifieke middelen

- a. Cannabis: benzodiazepinen. Passeren placenta en komen in borstvoeding. Mogelijkheid onthoudingsverschijnselen kind.
- b. Heroïne: omzetten naar methadon of buprenorfine: verbetering gedrag, vermindering vroeggeboorte en IUGR. Geleidelijk afbouwen. Zo laag mogelijk doseren zonder onthoudingsklachten. Driemaal per week urinecontrole om 'bijgebruik' te monitoren.
- c. Cocaïne: staken kan abrupt, geen lichamelijke afhankelijkheid, wel geestelijk! Vaak zorgmijders en polymiddelgebruik. Behandeling gericht op abstinente blijven. Driemaal per week urine onder toezicht controleren.
- d. Gammahydroxyboterzuur (GHB): specialistisch, voorbehouden aan verslavingszorg. Instellen op Xyrem© bij ernstige onthouding, indien mild: diazepam 1d10mg. Zie LUMC-protocol over GHB in iProva.
- e. Paddo's: een lichamelijke of geestelijke afhankelijkheid. Bij agitatie eventueel lage dosis benzodiazepinen. Bij hyperthermie snelle koeling vereist. Eventueel symptoombestrijding met hoge dosis benzodiazepine en IC-bewaking.

Bijlage 2: Finnegan score

Naam:

Geboortedatum:

Datum:

Uur

Tractus	Symptomen	Score	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
	Huilen met hoge stem	2																								
	Continue huilen met hoge stem	3																								
	Slaapt <1 uur na de voeding	3																								
	Slaapt <2 uur na de voeding	2																								
	Slaapt <3 uur na de voeding	1																								
	Verhoogde Mororeflex	2																								
CZS	Uitgesproken Mororeflex	3																								
	Milde tremoren bij prikkelen	1																								
	Ernstige tremoren bij prikkelen	2																								
	Milde tremoren in rust	3																								
	Ernstige tremoren in rust	4																								
	Verhoogde spiertonus	2																								
	Ontvelling	1																								
	Myoclonieën	3																								
	Convulsies	5																								
	Transpireren	1																								
	Temperatuur 37° - 38.5° C	1																								
Autonoom /	Temperatuur ≥38.5° C	2																								
Respiratoir	Vaak geeuwen (>3-4 maal)	1																								
	Gemarmerde huid	1																								
	Verstopte neus	1																								
	Niezen (>3-4 maal)	1																								
	Neusvleugelen	2																								
	Ademhaling >60/min	1																								
	Ademhaling >60 min + intrekkingen	2																								
	Heftig zuigen op vuistjes	1																								
	Slecht drinken	2																								
Gastro-	Mondjes teruggeven	2																								
intestinaal	Projectielbraken	3																								
	Zachte ontlasting	2																								
	Diarree	3																								
	Totaalscore																									