

# Richtlijn Forensische Geneeskunde

## Beoordeling intoxicaties bij ingesloten personen

### Inhoudsopgave

<b>1. Onderwerp</b>	1
<b>2. Doelstelling</b>	1
<b>3. Toepassingsgebied</b>	1
<b>4. Uitgangspunt</b>	1
<b>5. Toestemming</b>	1
<b>6. Werkwijze</b>	2
6.1 Categorieën	2
6.2 Onderzoek	4
6.3 Opmerkingen	5
<b>7. Verslaglegging</b>	6
<b>8. Informatiebronnen</b>	6
8.1 Literatuuroverzicht	6
8.2 Websites	7
<b>Bijlagen</b>	
Bijlage 1: Alcoholonthoudingssyndroom	8
Bijlage 2: Wekadvis	10



# Beoordeling Intoxicaties bij ingesloten personen

## 1. Onderwerp

- Personen die onder invloed van alcohol, drugs en/of medicamenten (inclusief zgn. bolletjesslikkers) worden ingesloten in de politiecel vallen vanaf dat moment onder verantwoordelijkheid van de politie. De politie zal hierbij vaak een beroep doen op een forensisch arts (FA) voor beoordeling van de medische toestand van betrokkene. Onderzoek kan nodig zijn om te beoordelen of verblijf in de cel medisch verantwoord is en/of behandeling of verwijzing noodzakelijk is. De FA fungeert hierbij als adviseur van politie / justitie maar vaak ook als behandelaar zoals omschreven in de WGBO. Medische zorgverlening en advisering dienen in principe gescheiden zijn, maar in de praktijk is deze scheiding vaak niet mogelijk.

## 2. Doelstelling

- Deze richtlijn biedt een uniforme handswijze voor beoordeling van ingesloten personen die onder invloed van alcohol en/of drugs (lijken te) zijn om gezondheidsrisico's voor hen te vermijden.

## 3. Toepassingsgebied

- Deze richtlijn is een leidraad voor forensisch artsen bij het beoordelen van intoxicaties in de politiecel.
- Deze richtlijn moet gezien worden als een leidraad waarvan beredeneerd, beargumenteerd en onderbouwd afgeweken kan worden.

## 4. Uitgangspunt

- Deze richtlijn beperkt zich tot de beoordeling van intoxicaties bij ingesloten personen en het voorkómen van medisch onverantwoorde situaties.
- Voor achtergrondinformatie wordt verwezen naar onderliggende documenten.

## 5. Toestemming

- Hoewel beoordeling formeel niet valt onder de WGBO en toestemming dus niet nodig is, wordt toch aanbevolen dat de FA de arrestant informeert over doel en functie van diens bezoek en hiervoor toestemming vraagt van de arrestant.
- Bij een niet-aanspreekbare arrestant en in noodsituaties wordt uitgegaan van veronderstelde toestemming.

## 6. Werkwijze beoordeling intoxicaties bij ingesloten personen

- Het maakt een groot verschil of iemand (1) die een paar glazen (te veel) op heeft wegens 'baldadigheid' wordt ingesloten of dat iemand (2) laveloos wordt aangetroffen en het politiebureau wordt binnen gedragen of (3) heel agressief is en verzet biedt of (4) in een opwindingsstoestand verkeert en niet meer aanspreekbaar of benaderbaar is (denk bijvoorbeeld aan EDS; zie hiervoor de landelijke richtlijn EDS). In het eerste geval (1) is medische interventie nauwelijks zinvol, (2) en (3) houden een aanzienlijk en toenemend gezondheidsrisico in (is betrokkene stomdronken, onder invloed van drugs of zijn er medisch urgente ziektebeelden zoals: CVA, hypoglycaemie bij diabetes mellitus, hersenletsel? valt verslechtering / verandering van de huidige situatie te verwachten?) terwijl (4) direct levensbedreigend is en acute medische behandeling vereist.
- Mengintoxicaties (alcohol in combinatie met drugs, meerdere gelijktijdig gebruikte soorten drugs) geven een verhoogd risico op acute gezondheidsproblemen.
- Ingeslotenen met een (vermoedelijke) intoxicatie dienen bij voorkeur in een cameracel (dronkenmanscel) te worden geplaatst.
- Het is zinnig om al bij de melding het risico in te schatten aan de hand van informatie over het bewustzijn (wakker, suf of slapend) en de stoffen die vermoedelijk gebruikt zijn. Ook eventueel letsel – in het bijzonder hoofdletsel - moet nadrukkelijk meegewogen worden.
- Als de FA niet direct ter plaatse gaat of kan komen moeten instructies gegeven worden om bij verslechtering van de toestand direct contact op te nemen met de FA of 112 te bellen.
- Naar aanleiding van de melding wordt ingeschat in welke categorie de ingesloten persoon valt:
  - A. Wakker of goed wekbaar: alleen alcoholgebruik toegegeven; mogelijk niet toegegeven bijgebruik drugs aan de orde (mengintoxicatie). geen letsel aangegeven of zichtbaar
  - B. Verminderd of niet (goed) wekbaar: mogelijk meng intoxicatie; al dan niet met zichtbaar letsel
  - C. Bolletjesslikkers zonder klinische symptomen (cocaïne, heroïne)
  - D. Opwindingsstoestand / excited delirium syndroom (EDS)

### 6.1 Categorieën

- *Categorie A*

Deze arrestanten hebben geen hoge urgentie. Het onderzoek kan zich beperken tot de anamnese en vaststellen van de laatste alcoholinname en alcoholtolerantie. Afhankelijk van klachten en letsels (en eventueel onderliggende ziektes) kan gericht verder onderzoek verricht worden. De vervolgccontroles door de arrestantenverzorger kunnen zich meestal beperken tot de standaard (politie)controles / wekadvis.

Afhankelijk van lokale afspraken kan bepaald worden dat het advies voor een ingesloten persoon die vermoedelijk alleen alcohol op heeft, aanspreekbaar is, zelf -eventueel met ondersteuning- kan lopen (EMV >9), aangeeft geen medicatie te gebruiken en geen verwondingen heeft, telefonisch kan

worden afgehandeld met daarbij een wekadvis (om de 1 of 2 uur).

- *Categorie B*

Deze arrestanten – zeker indien ABCD-instabiel - moeten zo spoedig mogelijk worden bezocht door de arts. Indien dit niet mogelijk is dient de ambulance ingeschakeld te worden om de patiënt af te voeren naar het ziekenhuis. Naast de heteroanamnese staat hier het lichamelijk onderzoek volgens de ABCDE-systematiek centraal.

Afhankelijk van de vitale functies en de EMV-score (zie later) kan bij een EMV-score van minder dan 12 verder medisch onderzoek geïndiceerd zijn voor **uitsluiten van o.a.:**

- **(neuro)chirurgische calamiteiten (buik/ledematen/hoofd)**
- **neurologisch acute ziektebeelden (w.o. CVA, epilepsie);**
- **internistische problemen (bloedglucose, temperatuur, tensie, pols, ademfrequentie)**
- **lekkende of geknapte inwendig getransporteerde cocaïne bollen;**

Bij een EMV score van 9 of minder of een score op één der onderdelen van minder dan E2, M4 of V3 moet presentatie / opname in het ziekenhuis dringend overwogen worden (spoedindicatie).

Op indicatie kan de FA ook besluiten om bij een hogere score in te sturen. Indien niet ingestuurd wordt, dient de FA wel extra alert te zijn op verslechtering van de situatie en moet een controlefrequentie van minimaal 1 maal per half uur geadviseerd worden gedurende de eerste 4 uren.

Hercontrole door de FA dient laagdrempelig te zijn en na verzoek vlot uitgevoerd te worden.

De beslissing om te verwijzen naar een spoedeisende hulp afdeling van een ziekenhuis dient eerder genomen te worden dan bij categorie A gezien het minder voorspelbare beloop in geval van intoxicatie met drugs (in de ruimste zin van de betekenis).

- *Categorie B*

Bij bolletjesslikkers beperkt het medisch onderzoek zich tot het vaststellen van de gezondheidstoestand, vergelijkbaar met personen in groep A, door middel van anamnese en eventueel een zeer globaal lichamelijk onderzoek gericht op uitsluiting van klinische symptomen van intoxicatie.

Vervolgens worden deze personen (bij voorkeur via de KMAR) voor insluiting verwezen naar Justitieel Complex Schiphol (of naar een vergelijkbare instelling zoals bijvoorbeeld het JCvSZ), waar de specifieke logistiek en medische zorg voor dergelijke arrestanten aanwezig en geborgd is. Om deze gewenste situatie in de periferie te verwezenlijken zullen per regio afspraken met de betrokken partijen gemaakt moeten worden. Bij verdenking van lekkage van inwendig getransporteerde cocaïnebollen moet altijd met spoed ingestuurd worden.

- *Categorie D*

Arrestanten met verschijnselen van EDS dienen altijd ingestuurd te worden naar het ziekenhuis. Zie verder de richtlijn EDS (site FMG: publicaties/richtlijn-excited delirium).

Het is niet in alle gevallen te voorkomen dat een persoon met EDS wordt ingesloten door de politie. De forensisch arts treft de persoon zeer waarschijnlijk na de 'acute' fase aan, dat wil zeggen als de opwinding al op zijn retour is. Als het opgewonden gedrag niet meer op de voorgrond staat is het

zeer wel mogelijk dat er nog wel sprake is van ontregeling van de lichaamstemperatuur. Onbehandeld kan dit alsnog het overlijden van de persoon tot gevolg hebben. Personen die met veel geweld door de politie onder controle zijn gebracht, moeten daarom na arrestatie op korte termijn (binnen 15 minuten) door een forensisch arts beoordeeld worden. Let hierbij speciaal op bloeddruk, pols, lichaamstemperatuur, tekenen van uitdroging en bloedglucose.

## 6.2 Onderzoek

- **Autoanamnese:**

- het recent gebeurde: gebruikte middelen, klachten, reeds bestaande ziekten, medicatiegebruik

- **Heteroanamnese (politie):**

- aanleiding voor aanhouding: ordeverstoring of i.k.v. het strafrecht? (kan iets zeggen over de fysieke en/of mentale toestand ingeslotene)
- gang van zaken tijdens aanhouding (geweld, verzet, wel of niet geboeid, inzet hond, etc)
- hoe binnen gebracht? (lopend, gedragen, coöperatief, verward, schreeuwend, etc)
- fouilleren (medicatie, drugs, medische gegevens)

- **Lichamelijk onderzoek:**

- vitale functies:
  - **Airway** (braaksel, gebit, verwondingen in en om de mond; controle evt. letsel CWK)
  - **Breathing** (frequentie, ademdiepte en -symmetrie, kleur gelaat / nagels, borst-buik-ademhaling)
  - **Circulation** (pols, bloeddruk, O<sub>2</sub>-saturatie, hartritme; bloedingen m.n. buik-bekken)
  - **Disabilities** (bewustzijn, reflexen, pupillen, symmetrie bewegen, hypoglycaemie)

controle bewustzijnstoestand aan de hand van **Glasgow Coma Scale/ EMV-score:**

**E (actief openen van de ogen):**

- 1 punt: niet
- 2 punten: op pijnprikkels
- 3 punten: op aanspreken
- 4 punten: spontaan

**M (motorische reactie van de armen op prikkels):**

- 1 punt: geen reactie
- 2 punten: strekken
- 3 punten: abnormaal buigen
- 4 punten: normaal buigen
- 5 punten: lokaliseren
- 6 punten: opdrachten uitvoerend

### **V (verbale reactie):**

1 punt: geen reactie

2 punten: klanken

3 punten: inadequaaf (woorden)

4 punten: verward (zinnen)

5 punten georiënteerd, helder

Bij geïntubeerde personen dient V=T genoteerd te worden

- **Exposure / Environment** (lichaamstemperatuur; nat/droog; omgeving aantreffen (bijv CO))

#### - hoofd:

- uitwendig zichtbaar letsel, zwellingen, bloedingen
- pupillen: vorm, grootte, symmetrie, lichtreactie (cave kunstooq)

#### - buik:

- uitwendig letsel
- peristaltiek
- dempingen
- palpabele weerstanden (bolletjes e.d.)
- défense musculaire / acute buik

#### - ledematen:

- stand / uitwendig zichtbaar letsel
- injectie kenmerken
- zwellingen, ontstekingen

aanvullend neurologisch onderzoek: nekstijfheid, oriëntatie in trias, FAST (Face Arms Speech Time), etc

## **6.3 Opmerkingen**

- Bij personen met bedreigde vitale functies dienen stabiliserende maatregelen genomen te worden en wordt met spoed een ambulance aangevraagd (A1 indicatie). Stabiliserende maatregelen moeten volgens het Basic Life Support principe (ademhaling en circulatie ondersteunend) uitgevoerd worden. Daarna betrokkene met de ambulance laten afvoeren naar het ziekenhuis, waarbij de patiënt door de arts aangekondigd en overgedragen wordt. De arts blijft altijd ter plaatse bij de patiënt totdat de ambulance de zorg overgenomen heeft c.q. de patiënt heeft afgevoerd.
- Bij geïntoxiceerden worden in principe geen sedativa of andere psychotrope medicatie verstrekt, ook al geeft de betrokkene aan dat hij/zij abstinatieverschijnselen zal krijgen of dat hij/zij volgens een eerder doseringsvoorschrift bepaalde medicamenten zou moeten innemen. Ook met medicatie op voorschrift moet zeer terughoudend worden omgegaan omdat dit in combinatie met intoxicatie(s) tot onverwachte of ongewenste bijwerkingen of complicaties kan leiden.

Leidraad: bij intoxicatie de eerste 12 uur geen (eigen) medicatie. Uitzonderingen hierop zijn:

- alcoholverslaving, omdat snel kans op onttrekkingsverschijnselen en delier door vit B1-tekort kan ontstaan; vit B1 toediening (parenteraal of per os) is dan noodzakelijk
- IADM (insuline afhankelijke diabetes); let op: in combinatie met alcohol vindt versterkte afbraak van glucose plaats waardoor een groter risico op een hypoglycaemie ontstaat; aanpassing van de dosering insuline (minder) is dan noodzakelijk.

Bij een beeld van agitatie dient de FA indien mogelijk na te gaan of middelen gebruikt zijn en zo ja welke middelen (bijv. via controle fouillering, heteroanamnese). Op grond hiervan vinden verdere acties plaats.

## 7. Verslaglegging

- Het (elektronisch) medisch dossier dient door de FA ingevuld (bijgehouden en bewaard) te worden. Met name de volgende onderdelen moeten in begrijpelijke taal beschreven worden:
  - reden van insluiting (voor zover medisch relevant!)
  - tijdstip van insluiting
  - tijdstip van onderzoek
  - (vermoedelijk) gebruikte middelen
  - gedrag en bewustzijnsgraad
  - ademhaling en circulatie
  - grootte en reacties pupillen
  - motoriek / spontane bewegingen
  - beleid, controles, wekadvis
- Instructie voor arrestant verzorging (bijvoorbeeld wekadvis).
- De arts laat schriftelijk of digitaal uitleg en instructie voor wat betreft behandeling en medicatievoorschrift achter op het betreffende politiebureau/arrestantencomplex.

## 8. Informatiebronnen

### 8.1 Literatuuroverzicht

- Medicamenteuze ondersteuning bij de behandeling van alcoholafhankelijkheid. Boonstra MH. In: Geneesmiddelenbulletin 2003; 37:35-41.
- The Royal College of Physicians report on alcohol: guidelines for managing Wernicke's encephalopathy in the Accident and Emergency department. Thomson AD, et al. In: Alcohol and Alcoholism. 2002; 37:513-21.
- Teksten over benzodiazepinen (I/C/10) en teksten over vitamines (XVI/A). In: Farmacotherapeutisch kompas
- Richtlijn detoxificatie en behandeling van alcoholverslaving 2013; Trimbos Instituut

- ABCDE-kaart NHG 2016

## 8.2 Websites

- [www.forgen.nl](http://www.forgen.nl)
- [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)
- [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)
- [www.ggd.amsterdam.nl](http://www.ggd.amsterdam.nl)
- [www.artsennet.nl](http://www.artsennet.nl)
- [www.nhg.org](http://www.nhg.org)

## Bijlagen:

### 1 Alcoholonthoudingssyndroom

### 2 Wekadvis



## Bijlage 1: Alcoholonthoudingssyndroom

Indien overmatig en langdurig alcoholgebruik abrupt wordt gestaakt, kunnen onthoudingsverschijnselen optreden: het alcoholonthoudingssyndroom. Over het algemeen wordt aangenomen dat de ernst van de verschijnselen en het tijdstip waarop deze zich openbaren, gerelateerd zijn aan de hoeveelheid vooraf geconsumeerde alcohol én de periode van overmatig gebruik. Het verloop van de onthoudingsverschijnselen is echter slechts grofweg te voorspellen.

### Verschijnselen

- Lichte tot milde onthoudingsverschijnselen treden in de eerste 6-12 uur na het stoppen van de alcoholinname op: trillen, misselijkheid, braken, zweten, geen eetlust, slapeloosheid, angst, hartkloppingen, hoge bloeddruk, lichtschuwheid, angst, agitatie, hoofdpijn. De intensiteit kent een piek tussen 24 en 36 uur en neemt hierna snel af.
- De ernstiger onthoudingsverschijnselen zijn tactiele en visuele hallucinaties, insulten en delier met verwardheid en desoriëntatie: het delirium tremens. Deze beginnen meestal binnen 24 uur na het staken van alcoholconsumptie. Deze hallucinaties treden meestal op als beelden, maar ook harde geluiden en beschuldigende stemmen komen voor. Het onthoudingsinsult treedt meestal op tussen 6 en 48 uur na staken of snel verminderen van alcoholconsumptie.

Een alcoholverslaafde met delier of insulten hoort niet in de cel, maar dient te worden opgenomen (afd interne of psychiatrie alg ziekenhuis, verslavingskliniek, zo mogelijk JCvSZ). Bij anamnese van eerder opgetreden insulten en delier bij onthouding dient **sneller** opname te worden overwogen.

### Medicamenteuze behandeling bij alcoholonthoudingsverschijnselen

In de politiecel wordt in principe geen detoxificatie uitgevoerd. Behandeling moet erop gericht zijn om ernstige onthoudingsverschijnselen en bijkomende complicaties te voorkómen. Uitgangspunt moet altijd bewaking van de vitale functies zijn (ABCD; zie eerder).

Middelen die in de kliniek bij detoxificatie worden gebruikt zoals naltrexon (Revia), disulfiram (Refusal), acamprosaat (Campral), baclofen (Lioresal) en ondersteunende medicatie zoals antipsychotica en anti epileptica worden in de politiecel niet verstrekt tenzij de arrestant deze middelen al (verifieerbaar!) voorgeschreven heeft gekregen en de medicatie ook nog dient te gebruiken.

### Behandeling met benzodiazepine en thiamine bij alcoholverslaving

Behandeling van onthoudingsverschijnselen geschiedt in principe met langwerkende benzodiazepines omdat hiermee de kans op insulten of delier wordt verminderd. De eerste keus is diazepam.

Bij (bekende) leverfunctiestoornissen dient een kortwerkende benzodiazepine zoals oxazepam te worden toegepast. Chloordiazepoxide heeft onterecht de naam het middel van eerste keuze te zijn,

maar kan indien nodig ook worden toegepast. Met andere benzodiazepines is beduidend minder ervaring bij behandeling van onthoudingsverschijnselen.

Veelal zal een arrestant relatief kort (1 tot 3 dagen) kort in de politiecel verblijven zodat een echt afbouwschema vaak niet mogelijk zal zijn. Indien er wel mogelijkheden bestaan zijn onderstaande afbouwschema's – te starten na ontzuivering - mogelijk :

- thiamine 3 x daags 25 mg voor de duur van de insluiting,  
N.B.: thiamine altijd verstrekken vóórdát voedsel wordt gegeven omdat anders risico op acuut Wernicke-syndroom ( bewustzijnsstoornis, gangataxie, oculomotorische disfunctie/nystagmus, lichamelijke uitputting; acuut levensbedreigend!) bestaat
- bij een leeftijd < 50 jaar\* afbouwschema diazepam (tabl. van 10 mg):  
dag 1 en 2: 3-4 x daags 1 tabl., dag 3 en 4: 2 x daags 1 tabl., dag 5 en 6: 1 x daags 1 tabl; daarna stoppen; let op mogelijke stapeling!!
- bij een leeftijd > 50 jaar (i.v.m. kans op leverfunctiestoornissen) afbouwschema oxazepam:  
dag 1: 4 x daags 50 mg; dag 2: 4 x daags 40 mg; dag 3: 4 x daags 30 mg;  
dag 4: 4 x daags 20 mg en dag 5: 4 x daags 10 mg, daarna stoppen.
- afbouwschema chloordiazepoxide (tabl. van 25 mg):  
dag 1: 3-4 x daags 2 tabl., dag 2: 3-4 x daags 1 tabl., dag 3 en 4: 2 x daags 1 tabl.,  
dag 5 en 6: 1 x daags 1 tabl.

*\* deze leeftijdsgrens is arbitrair omdat leverfunctiestoornissen al na 10-15 jaar excessief gebruik kunnen optreden.*

## Bijlage 2: Wekadvis

Het wekadvis betekent dat de arrestantenbewaker betrokkene gedurende de eerste 6 uur ieder uur moet wakken. Er dient daarbij goed opgelet te worden dat betrokkene echt wakker wordt en adequaat reageert op gestelde vragen. Er moet ook naar klachten of verandering van klachten worden gevraagd. In het wekadvis-schema (zie bijlage) wordt door de arts aangegeven op welke tijdstippen en voor hoe lang de betrokken persoon gewekt moet worden. In het schema is ook aangegeven op welke wijze dit gedaan moet worden.

Na de eerste 6 uur kan worden volstaan met wakken eens per 2 uur. Een standaard wekadvis moet gedurende 24 uur na het trauma worden uitgevoerd. Bij alcoholintoxicatie kan deze periode veel korter zijn al naar gelang de inschatting van de arts.

Bijzonderheden: als het niet lukt om betrokkene te wakken, als betrokkene niet adequaat reageert of als er sprake is van toename van de aangegeven klachten wordt direct contact opgenomen met de dienstdoend forensisch arts. Deze komt dan zo spoedig mogelijk zelf naar het arrestantencomplex of laat direct een ambulance komen als de inschatting is dat het een noodgeval betreft.

### VOORBEELD WEKADVIES t.b.v. arrestantenbewaker

**WEKADVIES** cel ... naam ..... geb.dat. ....

©GGD IJsseland versie 21 mrt 2013

#### BIJ VERDENKING OP HERSENLETSEL

Het is belangrijk iemand met een hersenschudding gedurende de eerste 24 uur te controleren om mogelijke bloedingen in de hersenen te signaleren. Dit wordt een wekadvis genoemd. Een wekadvis houdt in dat betrokkene om de één à twee uur (bepaald door de arts) gewekt moet worden om te controleren of hij of zij nog goed wakker te krijgen is en goed reageert.

In onderstaand schema is aangegeven op welke tijdstippen betrokkene gewekt MOET worden. Het is van belang dat je controleert dat de persoon echt wakker is en goed reageert op een gericht gestelde vraag zoals "welke dag is het", "waar ben je nu", "hoe oud ben je", etc. Alleen geluid of "ja" of "nee" is niet voldoende: er moet een duidelijk en gericht antwoord op de vraag komen waaraan je kan zien dat de persoon echt wakker en helder is. Vraag daarbij ook of betrokkene (een van de onderstaande) klachten heeft.

..... dag	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u
paraaf cellenwacht													
..... dag	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u	.00 u
paraaf cellenwacht													

Neem direct contact op met de dienstdoend forensisch arts wanneer er sprake is van

- \* fors toenemende hoofdpijn
- \* aanhoudende misselijkheid
- \* herhaald braken
- \* verwardheid
- \* sufheid