

Handreiking voor GHB behandeling

Evelien Joosten
Anneke van Wamel
Harmen Beurmanjer
Boukje Dijkstra

NISPA
Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction

© 2020 NISPA
Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen

ISBN9789082637717

Vormgeving en productie

Canon Nederland N.V.

Artikelnummer

AF1736

Beeld

Gettyimages.nl

Alle rechten voorbehouden, niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt worden, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, of enige andere wijze, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Naar deze handreiking kan als volgt worden verwezen:

Joosten E.A.G., Wamel, A., Beurmanjer H. & Dijkstra B.A.G. (2020). Handreiking voor GHb behandeling. Nijmegen: NISPA.

Begeleidings- en meeleescommissie

Dr. Evelien Joosten, projectcoördinator GHB-terugvalmanagement
Drs. Anneke van Wamel, wetenschappelijk medewerker Trimbos-instituut
Harmen Beurmanjer MSc, GHB-onderzoeker Novadic-Kentron/NISPA
Dr. Boukje Dijkstra, directeur NISPA en wetenschappelijk onderzoeker
Prof. dr. Arnt Schellekens, directeur NISPA en psychiater Radboudumc
Dr. Ton Nabben, wetenschappelijk onderzoeker Bonger instituut voor criminologie
Rend Jasim MSc, psycholoog Jellinek (Arkin)
Roshie Naseer MSc, verpleegkundig specialist Jellinek (Arkin)
Billy Kiggen, ervaringsdeskundig GGZ-Agoog Novadic-Kentron
Maryvonne Gatzgristos-Hut, ervaringsdeskundige
Prof. dr. Anneke Goudriaan, bijzonder hoogleraar werkingsmechanismen en behandeling verslaving en GZ-psycholoog
Prof. dr. Wim van den Brink, emeritaat hoogleraar Verslaving
Dr. Joanneke van der Nagel, Psychiater / Onderzoeker/ opleider Tactus verslavingszorg
Drs. Ellis van Paassen - Magnee, Adviseur zorgkwaliteit, Magneet-T

Financiering

ZonMw / Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Uitvoering

Radboudumc, NISPA, Novadic-Kentron, Jellinek (Arkin), Trimbos-instituut, Bonger instituut.

Projectduur

Oktober 2017 tot en met maart 2020

Correspondentie: contact@nisp.nl



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Radboud University



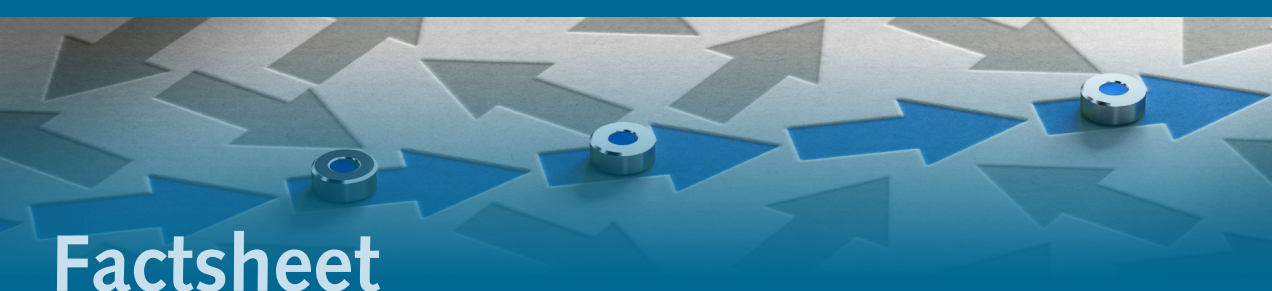
Radboudumc
university medical center



Bonger Instituut

Inhoudsopgave

Factsheet	07
Inleiding	11
Hoofdstuk 1 Doelgroep	13
Hoofdstuk 2 Organisatie van zorg	15
Hoofdstuk 3 Kernelementen	17
Hoofdstuk 4 Screening, diagnostiek en monitoring	19
Hoofdstuk 5 Interventies	23
Hoofdstuk 5 Interventies – Specifieke thema's	25
5.1 Licht Verstandelijke Beperking (LVB)	25
5.2 Cognitief functioneren	26
5.3 Sociale omgeving	27
5.4 Huisvesting	28
5.5 Werken, leren en dagbesteding	29
5.6 Financiën	29
5.7 Angst	30
5.8 Trauma	32
5.9 Stemming	33
5.10 Emotie-regulatie en persoonlijkheid	34
5.11 Slaap	35
Referenties	37
Bijlage	39



Factsheet

Kenmerken GHB verslaving en kernelementen GHB behandeling voor behandelaren

Overzicht voor behandelaren

Patiënten met een stoornis in het gebruik van GHB lijken veel op patiënten met een stoornis in het gebruik van andere middelen. Ze onderscheiden zich echter door hun relatief jonge leeftijd en korte verslavingsduur in relatie tot vaak ernstige problematiek en hoge terugval. Hieronder staat een overzicht van veelvoorkomende problemen, kenmerken van de hulpvraag en aandachtspunten bij behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van GHB.

GHB gebruik kan leiden tot:

- Intoxicatiesymptomen zijn o.a. misselijkheid, duizeligheid, euforie. Bij hogere doseringen kan het leiden tot ongeremd gedrag en out-gaan (coma).
- Onthoudingssymptomen: o.a. craving, tremoren, angst, motorische onrust, delier.
- GHB-gebruik wordt bij verslavingsproblematiek gekenmerkt door een intensief patroon met een gemiddelde frequentie van elke twee uur.

Kenmerken bijkomende problematiek:

- Poly-middelengebruik en hoge (kruis)tolerantie voor alcohol en sedativa.
- Aanwezigheid van angst- en stemmingsklachten (na detoxificatie).
- Aanwezigheid van cognitieve problemen.
- Beperkte/ geen zinvolle dagbesteding en/of steunend (en niet gebruikend) netwerk.
- Patiënten ervaren ondanks nadelen, vooral veel voordelen van GHB.

Kenmerken hulpvraag van de patiënt:

- Vaak gericht op niet meer afhankelijk willen zijn van GHB, maar niet direct een abstinentiewens.
- Overige hulpvragen zijn vaak gericht op angst, stemming en emotieregulatie.
- Vraag om hulp bij praktische zaken als woning, werk en vrijetijdsbesteding.
- Beperkt inzicht ten aanzien van de (lange termijn) effecten van GHB.
- Hoge mate van demoralisatie, vaak al meerdere behandelingen gestart in het verleden.
- Het vele “out-gaan” en bijkomstig “vreemde gedrag” wordt door naasten en hulpverlening vaak als zeer problematisch ervaren. Patiënten zijn zich hier vaak beperkt van bewust en ervaren out gaan vaak niet als problematisch en zien het soms zelfs als doel zodat ze even kunnen slapen.



Aandachtspunten bij behandeling

Patiënten met een GHB-verslaving zijn gebaat bij (reguliere) verslavingsbehandeling. Daarbij moet met het volgende rekening gehouden worden:

- Er dient bijzondere aandacht te zijn voor motiverende gespreksvoering, waarbij de doelen van de patiënt belangrijk zijn. Hierbij zal met kleine tussendoelen gewerkt moeten worden.
- Houding van de behandelaar dient flexibel te zijn (binnen de grenzen) en vooral in het begin van de behandeling is het contact vooral gericht op het voorkomen van drop-out uit de behandeling.
- Patiënten kunnen gemakkelijk overschat worden in hun (coping)vaardigheden, ze missen vaak overzicht en raken snel overspoeld. Structureren van het gesprek, gedrag en dagstructuur is van belang.
- Psycho-educatie over de werking van GHB en verschillende effecten op korte en lange termijn binnen de context van motiverende gespreksvoering is belangrijk, rekening houdend met het gegeven dat patiënten vaak vooral positieve associaties met GHB hebben.
- Ervaringsdeskundigen kunnen bijdragen aan (h)erkenning van klachten, psycho-educatie en een steunende rol in de behandeling.

Voortraject

- Stel gezamenlijk het behandelplan op (maatwerk) met realistische en flexibele doelen op korte en lange termijn op verschillende levensgebieden.
- Neem echt tijd voor het creëren van commitment aan behandeling en formuleren van concrete persoonlijke doelen.
- Inventariseer het sociale netwerk, woonsituatie, financiën en dagbesteding. Vraag in het voortraject direct al een WMO indicatie aan. Wijs een casemanager of trajectbegeleider aan die het hele traject volgt. Overweeg outreachende zorg als F-ACT of IHT. Start goede samenwerking op met netwerkpartners.
- Probeer gedurende het voortraject psycho-educatie te geven over GHB en afhankelijkheid. Een ervaringsdeskundige kan hierin een belangrijke rol spelen.



Detoxificatie, klinische opname en diagnostiek

- Geef voorafgaand aan detoxificatie goede voorlichting over deze opname: hoe ziet de detoxificatie eruit en wat kan de patiënt verwachten. Bespreek met de patiënt wat nodig is zodat hij/zij kan opgenomen worden in de kliniek en faciliteer praktische oplossingen.
- Houdt als behandelaar/casemanager contact met de patiënt tijdens detoxificatie, blijf motiveren en bespreek met patiënt of er nieuwe doelen ontstaan. Wanneer de behandelaar verandert na detoxificatie, laat deze dan al een keer aansluiten in kliniek voor kennismaking en warme overdracht.
- Probeer met de patiënt en een naaste al een eerste signaleringsplan (terugvalpreventieplan) op te stellen.
- Stel een concreet plan op hoe patiënt na detoxificatie kan aansluiten bij vervolgbehandeling.

Vervolgbehandeling

- Zorg dat de eerste afspraak van de vervolgbehandeling met de patiënt al gemaakt is voordat deze de kliniek verlaat.
- Actualiseer behandelplan met doelen en signaleringsplan.
- Biedt een geïntegreerde behandeling waarbij zowel ruimte is voor psychische, sociale en WMO-thema's.
- Zorg voor een goede samenwerking met F-ACT, IHT en netwerkpartners.
- Voer goede diagnostiek uit.

Monitoring van de behandeling

Behandeling wordt gemonitord middels vragenlijsten die zijn opgenomen in de handreiking. Het systematisch uitvragen van klachten levert veel informatie op. Vragenlijsten geven daarnaast een goede aanleiding om het gesprek met patiënten te voeren over de huidige situatie en de voortgang van de behandeling. Leefgebieden waarop gemonitord kan worden zijn psychische (angst, depressie), lichamelijke (cognitieve stoornissen, slaapproblemen) en sociale leefgebieden.

Inleiding

In de *Handreiking voor GHB behandeling* worden interventies besproken die van belang zijn voor de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van GHB. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen medische, psychologische en psychosociale interventies. Acute zorg bij intoxicatie van GHB valt buiten de scope van deze handreiking, hiervoor zijn reeds richtlijnen gepubliceerd (Resultaten Scoren, 2013).

Deze handreiking bevat praktische informatie voor zowel professionals als voor ervaringsdeskundigen, patiënten en naasten. Voor gedetailleerde informatie wordt verwezen naar het achtergronddocument GHB behandeling. Deze is primair bedoeld voor zorgverleners in de verslavingszorg. Maar ook andere disciplines die bij de screening, diagnostiek, behandeling en/of begeleiding van GHB patiënten betrokken zijn, kunnen er hun voordeel mee doen.

Gezien de diversiteit van de GHB-populatie moet de behandeling op de persoon worden afgestemd: aan patiënten met complexere problematiek wordt geadviseerd intensievere interventies aan te bieden dan aan patiënten met mildere problematiek. Dat brengt met zich mee dat de informatiedichtheid van het achtergronddocument hoog is. Deze handreiking geeft samen met de factsheet een verkorte en toegankelijke weergave van de inhoud. In verband met de leesbaarheid zijn in deze handreiking enkel bronvermeldingen van richtlijnen en handboeken in de tekst terug te vinden. Andere bronvermeldingen zijn in het achterliggende achtergronddocument terug te vinden.

De insteek van deze handreiking is het herstel van functioneren op verschillende levensgebieden. De handreiking is ingedeeld in de volgende onderdelen:

- Doelgroep
- Organisatie van zorg
- Kernelementen
- Screening, diagnostiek en monitoring
- Interventies
- Interventies – Specifieke thema's

In de bijlage staat een checklist met alle interventies die toegepast dienen te worden binnen de behandeling bij GHB-problematiek. Deze checklist kan een belangrijk onderdeel vormen binnen de overdracht van zorg bij een GHB-behandeling.

Hoofdstuk 1 Doelgroep

Prevalentie

Volgens recente gegevens gebruikten 40.000-50.000 Nederlandse volwassenen GHB in het voorafgaande jaar (0,3-0,5%), dat ligt in de buurt van 1 op 300 volwassenen. Dit gebruik lijkt niet af te wijken van dat in andere landen, maar veel is hier niet over bekend vanwege slechte of ontbrekende registraties. Ook Nederlandse scholieren gebruiken niet vaak GHB, maar het gebruik ligt wel hoger in bepaalde groepen jongeren. Zo kan onder clubbezoekers het gebruik oplopen tot ruim 10%.

Cijfers over het aantal probleemgebruikers van GHB ontbreken in Nederland. Wel is bekend dat probleemgebruik is geclusterd in een aantal regio's en dat de vier belangrijkste groepen met problematisch GHB-gebruik bestaan uit de 'klassieke verslaafden', straatjongeren, uitgaanders en thuisgebruikers.

Problematisch gebruik

Regelmatig gebruik van GHB kan resulteren in tolerantie en afhankelijkheid binnen enkele weken. GHB-afhankelijke patiënten laten een intensief patroon van gebruik zien met een gemiddelde frequentie van elke twee uur. De gemiddelde dosis is afhankelijk van een aantal factoren, maar ligt rond 7,1 ml per inname met een totaal gemiddelde van 90 ml/dag. Het staken van frequent GHB-gebruik in hoge doseringen kan leiden tot ernstige en levensbedreigende ontwenningssymptomen.

Het beloop van een stoornis in het gebruik van GHB lijkt zich te kenmerken door drie fasen: positieve bekrachtigingsfase, dosisescalatiefase en negatieve bekrachtigingsfase. Hiermee laten stoornissen in het gebruik van GHB een vergelijkbaar verloop zien, zoals ook gerapporteerd bij andere middelenstoornissen. Een opvallende uitzondering bij het middel GHB is het ontbreken van een negatieve feedbackloop. Dat wil zeggen, het middel geeft geen kater of restverschijnselen zoals veel andere middelen dat wel doen. Het middel heeft sterk belonende effecten, zonder dat gebruikers ontmoedigd worden door vervelende neveneffecten. Dit is bijvoorbeeld goed zichtbaar bij een overdosis GHB, waarbij men tijdelijk het bewustzijn verliest, maar dit achteraf niet als problematisch ervaart.

Hulpvraag

De GHB-hulpvraag in Nederlandse verslavingszorginstellingen nam tussen 2007 en 2012 sterk toe (van 63 naar bijna 800 aanmeldingen). Na 2012 is deze snelle groei afgenomen, maar het aandeel GHB-patiënten blijft stijgen. Vanwege de privacywetgeving zijn er op dit moment geen recentere cijfers voor handen.

Het aantal jongeren onder de 20 jaar in de verslavingszorg met een GHB-hulpvraag stijgt, maar de grootste stijging bevindt zich in de groep 20 tot 40 jaar. Het aantal mensen dat voor de eerste keer hulp zoekt bij de verslavingszorg met GHB-problematiek blijkt relatief stabiel. De stijging wordt met name veroorzaakt door hulpvragers die al in zorg zijn geweest (78%). Het aandeel GHB-patiënten in de verslavingszorg blijft met 1% vooralsnog klein. De terugval na behandeling is echter groot. Recente studies tussen 2011 en 2015 laten verbetering zien in terugvalpercentages, van 65% naar 51%.

GHB-patiënten zijn over het algemeen jonger dan de gemiddelde patiënt in de verslavingszorg, maar desondanks lijkt er sprake te zijn van chronische problemen. GHB-patiënten zijn vaker aan meer middelen verslaafd (60% versus 40%) en komen vaker opnieuw in zorg (43% versus 22,4%). De kans op recidive is tussen de twee tot vijf keer zo hoog als bij andere middelen. De intensiteit van zorg voor GHB-patiënten is relatief groot door meer behandelcontacten en een hoger percentage klinische opnamen. Daarnaast is er vaak sprake van comorbide psychiatrische stoornissen. Patiënten in de eerste GHB-monitor rapporteerden in 64.3% van de gevallen een actuele psychiatrische stoornis. Daarnaast heeft deze doelgroep over het algemeen problemen op meerdere levensgebieden, waaronder:

- poly-middelengebruik en hoge (kruis)tolerantie voor alcohol en sedativa,
- aanwezigheid van angst- en stemmingsklachten (na detoxificatie),
- aanwezigheid van cognitieve problemen (vooral bij patiënten met GHB-geïnduceerde coma's),
- beperkte of geen zinvolle dagbesteding en/of steunend (en niet gebruikend) netwerk,
- hebben beperkt inzicht in de (lange termijn) effecten van GHB en 'out-gaan'.

Patiënten ervaren ondanks nadelen, vooral veel voordelen van GHB, en de hulpvraag is dan ook vaak gericht op angst, stemming en emotieregulatie. Ze vragen om hulp bij praktische zaken als woning, werk en vrije tijdsbesteding. Gezien de complexiteit en chroniciteit van de problematiek op verschillende levensgebieden dient de zorg voor GHB-patiënten zich hier ook op te richten. Om die reden wordt aanbevolen dat patiënten die zich voor zorg aanmelden de standaardbehandeling gericht op hun verslaving krijgen, aangevuld met interventies op verschillende levensgebieden zoals wonen, financiën, sociale contacten, dagbesteding en comorbide psychiatrische stoornissen. Bovendien dient er rekening gehouden te worden met de hoge mate van demoralisatie die patiënten ervaren doordat ze vaak al meerdere behandelingen gestart zijn in het verleden. Signaleren hiervan en extra nadruk op remoralisatie kunnen de motivatie van cliënten vergroten. Het is belangrijk om hoop en vertrouwen naar de patiënt uit te stralen ondanks (meerdere) terugvallen in GHB-gebruik.

Hoofdstuk 2 Organisatie van zorg

Behandeling van en zorg aan deze doelgroep vraagt om een aantal kenmerken:

- outreachend werken
- breed samengesteld multidisciplinair team
- frequent contact
- contact met belangrijke naasten en omgeving van de patiënt
- zorg gericht op verschillende levensgebieden
- gelijktijdige behandeling van verslaving en psychiatrische problematiek
- een goede samenwerking met netwerkpartners

FACT, casemanagement en bemoeizorg zijn voorbeelden van reeds bestaande methodieken die deze elementen bevatten. Zoals eerder beschreven hebben GHB-patiënten problemen en hulpvragen op verschillende levensgebieden. Een multidisciplinair team is nodig voor het werken aan herstel op al deze gebieden. Intensive Home Treatment (IHT) kan worden ingezet wanneer de reguliere behandeling te weinig biedt en er tijdelijk intensivering van zorg nodig is, bijvoorbeeld bij een crisis. Ook is er aandacht nodig voor het steunsysteem, activering en de inzet van ervaringsdeskundigheid.

Centrale casemanager

Bij deze doelgroep is het advies om vanaf de intake een casemanager in te zetten die gedurende de behandeling betrokken blijft en contactpersoon is naar alle betrokkenen. Dat zijn zowel hulpverleners als naastbetrokkenen. Deze casemanager kan bijvoorbeeld een veldwerker of ervaringsdeskundige zijn.

Continuïteit van zorg

Verbinding en drempelloze overgang tussen detoxificatie, (klinische) diagnostiek en vervolgbehandeling is essentieel om het risico op terugval te verminderen.

In de meeste situaties kan beter gewacht worden met detoxificatie totdat deze meteen gevolgd kan worden met diagnostiek en vervolgbehandeling. Wanneer een langer durend klinisch behandel aanbod nodig is, kan gedacht worden aan een klinische afdeling binnen de verslavingszorg, dubbele diagnose afdeling, LVB-afdeling of aanvullende psychiatrische behandeling.

Casuïstiek overleg

Naast de bestaande overlegstructuren is het van belang dat er een apart casuïstiekoverleg en/of intervisie bestaat voor het bespreken van individuele casussen met complexe GHB-problematiek. Naast de betrokken hulpverleners van de afdeling schuiven indien nodig ook direct betrokkenen van de patiënt aan bij het overleg, zoals bijvoorbeeld de woonbegeleider, trajectbegeleider of ketenpartner. De partijen vormen ter plekke en gezamenlijk en zo compleet mogelijk beeld van de problematiek. Vervolgens stellen zij een gezamenlijk gedragen plan van aanpak op.

Belangrijk is dat de patiënt zelf ook betrokken wordt bij (een gedeelte van) het overleg, bij voorkeur samen met iemand uit zijn steunsysteem. Gezamenlijk kan dan gekeken worden

wat haalbare doelen zijn op korte en langere termijn en wat hiervoor nodig is om deze doelen te bereiken.

Betrekken van belangrijke naasten in de behandeling

De familie en de naaste omgeving van een GHB-patiënt worden zoveel mogelijk actief bij de behandeling betrokken. Naastbetrokken kunnen risicomomenten signaleren die patiënten zelf (nog) niet zien, hulp bieden op moeilijke momenten en ondersteunen bij het herstel. Patiënten zullen soms aanvankelijk moeite hebben hun familie actief te betrekken, daarom wordt vanaf het begin van de behandeling stilgestaan bij het belang hiervan. Als een sociaal steunnetwerk ontbreekt, kan de behandelaar samen met de patiënt verkennen welke andere steunmogelijkheden er zijn. Denk aan: zelfhulpgroepen, andere patiënten, supportgroep, behandelaar, maatschappelijk werker, kerk of sportclub. Bij deze doelgroep is samenwerking met het professionele begeleidingsnetwerk vaak essentieel.

Inzet van ervaringsdeskundigheid

Uit de focusgroepen blijkt dat GHB-patiënten moeite hebben om te overzien wat stoppen met GHB daadwerkelijk inhoudt en waar ze na de behandeling mee te maken gaan krijgen. Een ervaringsdeskundige kan vanuit eigen ervaring én eigen herstel een belangrijke meerwaarde hebben in de behandeling. Ervaringsdeskundigen hebben een belangrijke rol bij de behandeling vooral bij GHB-problematiek. Zij geven patiënten vertrouwen door een rolmodel te zijn en spreken uit ervaring. Ervaringsdeskundigen bieden ondersteuning bij het uitwerken en uitvoering van het behandelplan vanuit het patiënten perspectief. Het is daarbij wel belangrijk dat de ervaringsdeskundige een duidelijke rol en positie in het behandelteam heeft. Er zijn verschillende handreikingen beschikbaar om de implementatie van ervaringsdeskundigheid in instellingen en teams ondersteunen.

(Voorkomen van) Crisis

Een crisis is een ernstige verstoring van het alledaagse functioneren. In een crisissituatie is het belangrijk snel en flexibel actie te ondernemen in de vorm van een crisisinterventie. Hierbij kan gedacht worden aan Intensive Home Treatment (IHT) of crisisinterventie binnen het FACT. Voor deze doelgroep moeten goede afspraken gemaakt worden binnen het netwerk van hulpverleners, gemeente en politie en kan een crisiskaart opgesteld worden. Het is altijd beter een crisis te voorkomen door vroegtijdig in de situatie in te grijpen. Hiervoor kan samen met de patiënt en zijn omgeving een signaleringsplan opgesteld worden. Een andere mogelijkheid is het creëren van een time-out plek. Dat kan een 'bed op recept' (BOR) zijn, maar ook een plek bij vriend, familie of opvanghuis.

Hoofdstuk 3 Kernelementen

In dit hoofdstuk beschrijven we de kernelementen die de basis van de behandeling vormen. Naast een concreet behandelplan en behandeldoelen, is de juiste houding en benadering van de hulpverlener cruciaal.

Behandelplan en doelen

- Het behandelplan wordt gezamenlijk met de patiënt opgesteld en bestaat uit doelen op verschillende levensgebieden.
- Het gaat hierbij om realistische en persoonlijke doelen op korte en langere termijn zodat de patiënt succeservaringen op korte termijn kan opdoen, om uiteindelijk ook grotere doelen op langere termijn te behalen.
- De voortgang van de behandeling en doelen worden tussentijds tijdig geëvalueerd en indien nodig bijgesteld.

Houding en benadering

Bij GHB-patiënten moet in eerste instantie geïnvesteerd worden in het vertrouwen van de patiënt, om voortijdig afhaken te voorkomen. Het is belangrijk om hoop en vertrouwen naar de patiënt uit te stralen.

- Patiënten worden gestimuleerd om een belangrijke naaste binnen de behandeling te betrekken, dit is geen vereiste.
- Daarnaast dient met kleine haalbare persoonlijke doelen gewerkt te worden die voor de patiënt structurerend werken.
- In het kort werkt de hulpverlener als volgt: flexibel, laagdrempelig, makkelijk te bereiken, herstelgericht, straalt vertrouwen uit, geeft hoop en zorgt voor een goede afstemming en samenwerking met verschillende partijen die betrokken zijn bij de zorg rondom de patiënt. Het is bovendien van belang om 'out-of-the-box' te kunnen denken, creatief naar oplossingen te zoeken en daadkracht te tonen.

Gebaseerd op motiverende gespreksvoering is het van belang om het verhaal van de patiënt de ruimte te geven, dient de hulpverlener empathie te tonen en over goede luistervaardigheden te beschikken. De hulpverlener brengt begrip op voor de situatie van de patiënt en de inherente moeilijkheden. Vooral het belonen van gedane moeite, ongeacht het resultaat, is van belang. Confronteren werkt hierbij contraproductief. Empathie en niet-veroordelende feedback is met name belangrijk wanneer een patiënt twijfelt bij het nemen van beslissingen over het veranderen van gedrag.

Motivatie en verwachtingen bij behandeling

Het is belangrijk om vanaf het eerste contact stil te staan bij de verwachtingen van de patiënt rondom de behandeling en de persoonlijke doelen. Deze doelen zijn meestal beperkt gericht op het middelengebruik en dat is op zich zelf geen probleem. Als behandelaar wil je in het begin vooral bewerkstelligen dat een patiënt gaat overwegen/zien dat het middelengebruik een mogelijke barrière vormt in het behalen van het behandeldoel. Bij patiënten die dit anders zien, dan wel voortdurend onder invloed zijn, is het van belang om toe te werken naar een detoxificatie. Op deze manier krijgen ze een kans om een keer zonder onder invloed te zijn hun situatie te evalueren met behandelaar.

Hoofdstuk 4 Screening, diagnostiek en monitoring

Voor de behandeling zijn goede screening, diagnostiek en monitoring van groot belang. De behandeling en de intensiteit daarvan kan daardoor afgestemd worden op de individuele patiënt.

Voor anamnese, screening en lichamelijk onderzoek voorafgaande aan de detoxificatie wordt verwezen naar de Richtlijn detoxificatie van psychoactieve middelen (Dijkstra et al., 2017) en specifiek naar het hoofdstuk Gamma-hydroxybutyraat (GHB) (Kamal, 2017) in de bijbehorende handleiding.

Bij de start van de behandeling is het van belang om vooral drop-out te voorkomen en de situatie van de patiënt in kaart te brengen. Dit geeft richting aan de screening en diagnostiek die nodig zijn voor het vormgeven van de behandeling.

Inventarisatie van de problematiek

Bij aanmelding voor behandeling is het van belang dat er in de eerste plaats gewerkt wordt aan het creëren van een band tussen behandelaar en patiënt. Vervolgens is een goede screening van middelengebruik, behandeldoelen en andere problemen van belang. In de bijlage is een checklist intake en screening opgenomen. In de inventarisatie worden de volgende onderdelen besproken met de patiënt om vervolgens de behandeling vorm te geven:

Reden van aanmelding

- Waarom heeft patiënt zich aangemeld, wat wil deze graag veranderen aan zijn/haar situatie en waarom?

Middelengebruik

- Welke middelen gebruikt de patiënt? Vraag naar hoeveelheid en frequentie (zie ook MATE en GHB-vragenlijst).

Eerdere stoppogingen en behandeling

- Heeft de patiënt zelf al pogingen ondernomen om te stoppen met het GHB-gebruik? Zo ja, wat hielp hierbij?
- Heeft de patiënt al eerdere behandelingen gehad gericht op GHB-gebruik? (Indien patiënt verschillende GHB-detoxificaties heeft gehad, vraag na of het doel van behandeling anders is dan abstinentie). Wat ging er goed en wil hij/zij anders doen deze keer?

Verwachtingen

- Wat verwacht de patiënt van de huidige behandeling en van de behandelaar?

Leefgebieden

- In kaart brengen van de sociaal maatschappelijke situatie (o.a. leef- en woonomgeving, sociaal netwerk, dagbesteding, financiën). Hierbij dient in het bijzonder aandacht besteed te worden aan wonen.
- Heeft de patiënt iemand in zijn naaste omgeving die betrokken kan worden bij de behandeling ter ondersteuning? Heeft patiënt kinderen waarvoor hij/zij moet zorgen?

Vaardigheden en beperkingen

- Over welke vaardigheden beschikt de patiënt die steunend kunnen zijn in het volgen van de behandeling.
- Heeft de patiënt bepaalde beperkingen die het lastiger maken om behandeling te volgen. Denk hierbij ook aan (cognitieve) vaardigheden en psychopathologie, waaronder angstklachten, stemmingsklachten, emotie-regulatie problematiek, LVB, cognitieve problemen, trauma en/of slaapklachten.
- Bij patiënten die het moeilijk vinden om beide punten te benoemen kan gevraagd worden of een naaste wil aansluiten.

Instrumenten en vragenlijsten voor screening en monitoring

Belangrijk is om uitleg te geven over hoe en waarom de testen worden uitgevoerd. Voorafgaand dient opgemerkt te worden dat niet alle vragenlijsten die hieronder genoemd worden gevalideerd zijn om af te nemen bij patiënten met een lager begripsvermogen, patiënten die de Nederlandse taal niet goed machtig zijn en patiënten met ernstige psychiatrische comorbiditeit. Daarnaast zal het gebruik van vragenlijsten afhangen van de situatie waarin de patiënt zich verkeert en de fase van behandeling.

MATE: Metingen voor Addicties voor Triage en Evaluatie

Monitoring van de behandeling binnen de verslavingszorg vindt standaard plaats middels de MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) en met name middels module 1.

GHB-vragenlijst

Deze vragenlijst is een aanvulling op de MATE met betrekking tot GHB-gebruik. De lijst bevat o.a. een meer gedetailleerde beschrijving van het patroon van gebruik, zoals gebruiksfrequentie, aantal milliliters, motivatie voor gebruik en situaties waarin gebruikt wordt.

DASS: Depressie, Angst en Stress Schaal (Onderdeel van de MATE)

De DASS bestaat uit drie sub-schalen met elk 14 items; Depressie, Angst en Stress. De DASS is een betrouwbaar instrument, dat in zeer uiteenlopende populaties is toegepast, inclusief patiënten met middelen afhankelijkheid.

Visual Analogue Scale (VAS): craving

De VAS bestaat uit een horizontale lijn waar aan de linkerzijde 'Helemaal geen trek' en aan de rechterzijde 'Ontzettend sterke trek' staat. De patiënt markeert op de lijn het punt waarvan hij/zij vindt dat het overeenkomt met zijn/haar huidige verlangen/ trek naar GHB. De VAS-score wordt bepaald door het aantal millimeters te meten van de linkerzijde van de lijn tot aan de markering door de patiënt.

Montreal Cognitive assessment (MoCa): aanwezigheid van cognitieve stoornissen

De MoCa is een beknopt screeningsinstrument voor lichte cognitieve stoornissen. Verschillende cognitieve domeinen worden beoordeeld: aandacht en concentratie, executieve functies, geheugen, taal, visuo-constructieve vaardigheden, conceptueel denken, rekenen en oriëntatie. Het instrument geeft betrouwbare informatie over cognitieve beperkingen en is onderzocht in uiteenlopende klinische populaties, waaronder patiënten met middelenafhankelijkheid.

Pittsburgh slaapqualiteitsindex (PSQI): slaapklachten

De Pittsburgh slaapqualiteitsindex (PSQI) meet de slaapqualiteit van de voorbije maand door zelfrapportage.

Urineonderzoek

GHB is kort detecteerbaar in urine. Desalniettemin kan urineonderzoek ingezet worden ter monitoring, motivatie en ondersteuning van het bereiken van abstinentie. Een urineonderzoek is bedoeld als ondersteuning van een behandeling en niet als een controlemiddel waarop sancties staan. Een urineonderzoek kan alleen worden uitgevoerd als *van tevoren* met de patiënt is doorgesproken waarom deze belangrijk wordt geacht.

Hoofdstuk 5 Interventies

Er zijn momenteel geen interventies bekend die zich richten op terugvalpreventie specifiek voor GHB-patiënten. Er is weinig evidentie voor enkelvoudige interventies gericht op terugvalpreventie. Er wordt wel evidentie gevonden voor samengestelde interventies waar focus op terugval een deel uit maakt van een samengestelde interventie.

Signaleringsplan

Het signaleringsplan heeft als doel om een dreigende terugval in GHB-gebruik te zien aankomen door zowel de hulpverlener als de patiënt. De patiënt kan door het gebruik van een signaleringsplan leren hulp te vragen voordat hij/zij uit balans raakt.

- Een korte omschrijving van vroege voortekenen van een terugval (waarschuwingssignalen).
- Een actieplan met een korte en duidelijke beschrijving wat de patiënt het beste kan doen wanneer een terugval dreigt.

Advies is om in een vroeg stadium (liefst al vóór de detoxificatie) te starten met het opstellen van een signaleringsplan en hierbij in een vroeg stadium ook de omgeving te betrekken.

Psycho-educatie

Psycho-educatie is geen op zichzelf staand behandellement, maar maakt altijd onderdeel uit van een interventie. Omdat het probleembesef bij GHB-patiënten vaak grotendeels ontbreekt, is goede en specifieke informatie voor patiënt én zijn systeem erg belangrijk. Informatie dient feitelijk te zijn en aan te sluiten bij het niveau (houdt rekening met eventuele cognitieve beperkingen) en beleavingswereld van de patiënt. Er zijn diverse interventies beschikbaar die psycho-educatiecomponenten bevatten. Trainingen als Liberman (omgaan met verslaving en co-morbide psychiatrische problematiek), Herstellen doe je zelf, VERS en slaaptrainingen bevatten allemaal een psycho-educatief deel. Specifieke psycho-educatie over GHB is op dit moment in ontwikkeling.

Psychologische en psychosociale interventies

Een interventie die zowel voor als na detoxificatie toegepast kan worden is de standaard interventie *CGT bij problematisch middelengebruik* (Schippers et al., 2014). Deze interventie kan toegepast worden om de motivatie voor de behandeling en uiteindelijke abstinentie te vergroten. Een gedragsmatige manier om patiënten in behandeling te houden is *Contingency Management (CM)*.

Interventies dienen aandacht te besteden aan de verschillende levensgebieden en comorbide psychiatrische klachten die patiënten kunnen ervaren met aanvullend thema's als voeding, sport en zelfzorg.

Medische interventies

Op dit moment bestaat er nog geen consensus over de meest adequate dosis van baclofen in de verslavingszorg bij GHB-verslaving. In de lijn van reeds uitgevoerde studies wordt geadviseerd om relatief lage dosis baclofen (45-60mg per dag) voor te schrijven om risico op (co)-intoxicatie te voorkomen (Beurmanjer et al., 2018; Dijkstra et al., 2017). Er dient bij het off-label voorschrijven van baclofen monitoring plaats te vinden op bijwerkingen. Voor verdere informatie over off-label gebruik en exacte dosering van baclofen bij GHB-verslaving wordt verwezen naar de bijlage van het achtergronddocument.

Hoofdstuk 5 Interventies – Specifieke thema's

In dit gedeelte worden een aantal specifieke thema's toegelicht: licht verstandelijke beperking (LVB); cognitief functioneren; sociale omgeving; huisvesting; werken, leren en/of dagbesteding; financiën; angststoornissen; stemmingsstoornissen; emotie-regulatie; en slaap. Hierbij dient rekening gehouden te worden met comorbiditeit en overlap in klachten die de patiënt presenteert.

Naast of in combinatie met deze thema's is er bij GHB-patiënten die op jonge leeftijd begonnen zijn met hun gebruik mogelijk sprake van ontwikkelingsproblematiek of ontwikkelingsstoornissen (zoals bijvoorbeeld autisme en ADHD).

5.1 Licht Verstandelijke Beperking (LVB)

Professionals geven aan dat er in de groep problematisch GHB-gebruikers relatief veel sprake is van LVB-problematiek. Mensen met een LVB hebben een cognitieve beperking, die gepaard gaat met adaptieve beperkingen (het vermogen om je in het leven staande te houden). Zij hebben vaak moeite met het verwerken van nieuwe en complexe informatie, en leggen moeilijk verbanden.

Ook raken mensen met een verstandelijke beperking sneller (mentaal) vermoeid als zij veel informatie aangereikt krijgen. Er zijn daarom aangepaste cognitief gedragstherapeutische protocollen voor deze doelgroep, zoals de algemeen verkrijgbare CGT+. Motiverende gespreksvoering sluit qua methodiek doorgaans goed aan bij deze doelgroep. Voor alle methodieken geldt dat ze bij voorkeur worden toegepast door professionals met ervaring, affiniteit en competenties in het werken met deze doelgroep.

Via het Centrum Verslaving en LVB¹ zijn materialen en deskundigheidsbevordering te vinden. Dit centrum heeft o.a. tot doel om kennis en expertise op het gebied van LVB en verslaving te bundelen en beschikbaar te stellen. Daarnaast wordt voor aanvullende informatie verwezen de Leidraad LVB en middelengebruik in het vizier² en het handboek LVB en verslaving (Nagel et al., 2017a).

Screening

Er wordt geadviseerd dat er binnen de verslavingszorg structureel gescreend wordt op eventuele beperkingen. Dit kan middels:

- Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking (SCIL), maar ook met
- Montreal Cognitive Assessment (MoCA),
- Om het gebruik van middelen in de LVB-groep in kaart te brengen is er inmiddels een specifiek instrument beschikbaar, de SumID-Q.

1 www.lvbenverslaving.nl

2 <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/onderzoek/gewoon-bijzonder/lvb-in-het-vizier>

Psychologische en psychosociale interventies

Voor patiënten met een LVB en een verslaving zijn steeds meer behandelinterventies beschikbaar.

- *Cognitieve Gedragstherapie Plus (CGT+)* (Nagel & Kiewik, 2016) die samen met de handreiking *(H)erkend en juist behandeld* (Nagel et al., 2017b), een stevig en landelijk beschikbaar basisaanbod biedt.
- Daarnaast zijn er specifieke trainingen beschikbaar gericht op minderen in middelengebruik gericht op LVB. Een overzicht van interventies is te vinden op de website van de Leidraad LVB en middelengebruik in het vizier² en op de site van academische werkplaats Kajak³.
- Binnen instellingen voor hulpverlening aan mensen met een LVB in de forensische zorg is een behandelmodule *Weet wat je kan* ontwikkeld. Deze psycho-educatieve module over LVB is kosteloos te downloaden via de websites van het KFZ, Transfore en Trajectum.

Voor alle interventies geldt dat zij bij voorkeur worden ingebed in een traject met ketenzorgpartners zoals LVB-instellingen.

5.2 Cognitief functioneren

De kans op een terugval in GHB-gebruik wordt vergroot wanneer er sprake is van (persisterende) cognitieve stoornissen. Door de variatie in GHB-concentratie in de vloeibare drug, nemen GHB-gebruikers regelmatig te veel GHB in. Het gevaar is tijdelijk in coma raken ('out gaan'), wat gepaard kan gaan met tijdelijk geheugenverlies en afname van cognitieve vaardigheden.

Executieve functies als taakinitiatie (beginnen aan de opgedragen taak), aandacht richten en volgehouden aandacht, emotieregulatie, inhibitie (vermogen om je gedag af te remmen) en zelfinzicht zijn van grote invloed op het kunnen begrijpen en meewerken aan interventies die in de verslavingszorg worden aangeboden.

Screening

Vanuit de GHB-monitor wordt de Montreal Cognitive Assessment (MoCA) aangeraden om te screenen op cognitieve beperkingen. Als de MoCa score aanleiding heeft tot vermoeden van cognitieve beperkingen dient een neuropsychologisch onderzoek plaats te vinden.

Psychologische en psychosociale interventies

Cognitieve functies zijn van grote invloed op het kunnen begrijpen en meewerken aan interventies die in de verslavingszorg worden aangeboden en tevens op het zelfstandig kunnen functioneren na behandeling in de samenleving. Patiënten met cognitieve

3 www.academischewerkplaatskajak.nl

stoornissen ondervinden problemen op deze gebieden waardoor ze veel en mogelijk blijvende hulp nodig hebben bij het oppakken van hun leven na behandeling. Het gevaar is anders groot dat zij gefrustreerd en teleurgesteld raken en terugvallen in het gebruik.

5.3 Sociale omgeving

Wanneer een patiënt weinig of geen niet-gebruikende sociale contacten heeft is het van belang hier nader aandacht aan te besteden tijdens de behandeling. Hierbij zal samen met de patiënt gekeken moeten worden hoe deze meer gezonde contacten kan op doen. Sommige patiënten kiezen ervoor het contact met alle gebruikersvrienden te beëindigen, hoewel dit op zichzelf geen slecht idee is, brengt het wel nieuwe risico's met zich mee. In het onderzoek van Beurmanjer en collega's (2019) gaven sommige patiënten aan dat de eenzaamheid na het verbreken van het contact met gebruikersvrienden vaak aanleiding is voor een terugval in GHB-gebruik. Patiënten gaven aan dat ze het ontmoeten van nieuwe mensen en opbouwen van nieuwe sociale contacten zonder GHB moeilijk vinden. Onzekerheid, schaamte en sociale angst hebben een negatieve invloed op het betrekken van naasten en het aangaan van nieuwe sociale contacten.

Screening en diagnostiek

Bij aanvang van de behandeling wordt gestart met het in kaart brengen van het sociale netwerk van de patiënt. Voor het in kaart brengen van het sociale netwerk van de patiënt kan gebruik gemaakt worden van het Cirkeldiagram zoals wordt gebruikt binnen CRA (zie bijlage in achtergronddocument).

Psychologische en psychosociale interventies

Er zijn verschillende methodieken die aandacht besteden aan het sociale netwerk van een patiënt en het betrekken van belangrijke naasten binnen de behandeling. Voorbeelden hiervan zijn: het Minnesota Model, de Community Reinforcement Approach (CRA), Strengths Model en Flexible Assertive Community Treatment (FACT). Deze methoden helpen patiënten hun persoonlijke en omgevingskrachten te ontdekken en bij het verwerven van hulpbronnen uit de omgeving.

Voor het opbouwen van een nieuw netwerk zijn sociale (communicatieve) vaardigheden van belang. Er zijn verschillende technieken ontwikkeld om patiënten sociale vaardigheden aan te leren. In de verslavingszorg wordt veelvuldig gebruik gemaakt van interventies gericht op sociale angststoornis, de Goldsteintraining en eigen sociale vaardigheidstrainingen van instellingen. Tot slot kan het doen van vrijwilligerswerk, een maatjes- of buddyproject of werken als ervaringsdeskundige bijdragen aan het opbouwen sociale contacten.

5.4 Huisvesting

De hulpvraag van patiënten richt zich vaak meer op psychosociale problemen zoals huisvesting en minder op het middel GHB zelf. In de literatuur blijkt dat praktische zaken zoals woonruimte pas laat geregeld worden of dat er onvoldoende aandacht voor is binnen het behandelaanbod. Hulpverleners geven aan dat beter gewacht kan worden met een klinische opname wanneer er geen directe aansluiting is in de vorm van woonbegeleiding na detoxificatie. Dit vanwege het grote risico op terugval wanneer de patiënt terugkeert in de oude woonomgeving. Wonen in een andere regio wordt tot slot in sommige gevallen geadviseerd om de kans op een terugval te verkleinen (bijvoorbeeld wanneer dealers in dezelfde straat wonen en/of wanneer patiënten terug moeten gaan naar de oude omgeving met gebruikersvrienden. Hierover moeten wel goede afspraken met andere gemeenten gemaakt worden, omdat begeleid wonen vanuit de WMO-gelden van de gemeente moeten komen.

Screening en diagnostiek

Bij de start van de behandeling dient de problematiek op verschillende leefgebieden, waaronder ook de woonsituatie, van de patiënt in kaart gebracht te worden. Hierbij kunnen de volgende vragen gesteld worden:

- Waar woont of verblijft de patiënt momenteel?
- Wat wil de patiënt op het gebied van wonen?
- Wat heeft hij/zij zelf al ondernomen om verandering aan te brengen op de woonsituatie?
- Welke problemen worden ondervonden (bijvoorbeeld dealers of andere gebruikers in de straat)?
- Welke problemen worden ondervonden bij het vinden van een nieuwe woonomgeving?
- Zijn er alternatieven?
- Komt de patiënt in aanmerking voor begeleid wonen?

Risicotaxatie-instrument Sociale uitsluiting' (Tax-Su) is het risicotaxatie-instrument dat gebruikt wordt binnen Housing First.

Psychologische en psychosociale interventies

Bij het thema huisvesting gaat het om psychosociale interventies waarbij een integrale ondersteuning van belang is voor herstel. Ondersteuning is naast wonen ook nodig op de gebieden van financiën, dagbesteding en opbouw van sociaal netwerk. Een voorbeeld van een interventie op het gebied van wonen is Housing First⁴.

4 <http://housingfirstnederland.nl/>

5.5 Werken, leren en dagbesteding

GHB heeft in het leven van de patiënten veelal de plaats ingenomen van elke andere daginvulling, soms gedurende een lange periode. Er zal tijd nodig zijn om een meer gezonde invulling te vinden en daarbij zal ook gedurende langere tijd ondersteuning nodig zijn. Het zoeken naar passende daginvulling betreft zowel activiteiten gericht op ontspanning en vrije tijd, als activiteiten gericht op werken en, gezien de leeftijd en vaak slechte startpositie van de doelgroep, ook op leren.

Het gebrek aan dagelijkse activiteiten blijkt daarnaast een reden voor een snelle terugval in GHB gebruik te zijn. Professionals adviseren om passende dagactiviteiten al voorafgaande aan de detoxificatie te regelen. In de behandeling moet stil gestaan worden bij het maken van een weekplanning (bieden van structuur).

Screening en diagnostiek

Een hulpmiddel bij het zoeken naar activiteiten is de Plezierige Activiteiten Lijst (PAL, zie bijlage achtergronddocument).

Psychologische en psychosociale interventies

Er zijn diverse interventies beschikbaar die gericht zijn op het in kaart brengen van competenties, kwaliteiten en wensen:

- Community Reinforcement Approach: Binnen CRA is veel aandacht voor alternatieve bekrachtigers gericht op ontspanning, plezierige activiteiten en sport, maar ook werk en zingeving.
- Individuele Plaatsing en Steun (IPS): is specifiek gericht op het verkrijgen van (vrijwilligers)werk en biedt ondersteuning bij zowel het vinden van een passende plek als bij het functioneren als werknemer.
- Begeleid leren heeft een soortgelijke opzet, maar dan gericht op het vinden van een passende opleidingsplek, eveneens met doorlopende ondersteuning na start van de opleiding of scholing.
- Herstelen doe je zelf en WRAP (Wellness Recovery Action Plan): geven aandacht voor werk en dagbesteding, in beide gevallen onder begeleiding van ervaringsdeskundigen, die hun eigen ervaringen en valkuilen kunnen inbrengen.
- Andere soortgelijke interventies zijn Roads en Samen Herstellen.

5.6 Financiën

Het thema financiën hangt nauw samen met andere psychosociale gebieden als wonen, werk en dagbesteding. Patiënten met GHB-verslavingsproblematiek worden vaak onder toezicht gesteld als het gaat om hun financiën. Het is belangrijk dat er nauwe samenwerking is met maatschappelijke organisaties rondom financiën.

Screening en diagnostiek

Aan het begin van de behandeling dient navraag gedaan te worden of de patiënt schulden heeft en/ of patiënt schuldhelpverlening heeft. Patiënten weten vaak niet dat of hoeveel schulden ze hebben. Een WMO-consultant kan hierbij een belangrijke rol vervullen.

Psychologische en psychosociale interventies

Geld speelt een rol bij verslavingsgedrag. Financiële problemen geven stress en maken de kans op een terugval groter.

- Voor de psycho-educatie kan gebruik worden gemaakt van de sessie Omgaan met geld binnen de Liberman module (Blankman, 2016).
- Binnen interventies als Strengths Model, Herstellen doe je zelf, WRAP (Wellness Recovery Action Plan), en Housing First is aandacht voor het thema financiën.

5.7 Angst

Angst en stress kunnen een belangrijke motivatie zijn om GHB (weer) te gaan gebruiken. Onder invloed van GHB zijn deze klachten vaak grotendeels weg, maar zodra het middel uitwerkt komen deze weer terug. Het is niet ongewoon dat patiënten na detoxificatie zich voor langere tijd angstig voelen; dit uit zich vooral in sociale angst en soms ook agorafobe klachten.

Voorafgaand aan de detoxificatie is het belangrijk om duidelijk te zijn over het feit dat tijdens de eerste 6 maanden heftige angstgevoelens kunnen optreden. In deze handreiking wordt in het bijzonder stil gestaan bij sociale angst, aangezien GHB-patiënten aangeven moeite te hebben met het aangeven van grenzen, moeite hebben met contact maken met anderen zonder het gebruik van GHB, en gevoelens ervaren van faalangst, onzeker voelen e.d.

Voor meer informatie over verslaving en angststoornissen wordt verwezen naar de richtlijn Middelenproblematiek en Angststoornissen die in 2012 ontwikkeld is binnen Resultaten Scoren (Snoek et al., 2012). Daarnaast het hoofdstuk Angststoornissen en verslaving in het Handboek Dubbele Diagnose (Rens, 2013).

Screening en diagnostiek

Het diagnostisch proces wordt gecompliceerd door de verschillende manieren waarop middelengebruik en angstklachten elkaar beïnvloeden.

- Daardoor is voor een betrouwbare diagnostiek een periode van abstinentie noodzakelijk. De aangeraden duur van abstinentie varieert hierbij van twee à drie weken tot minimaal vier à zes weken.
- In een eerder stadium kan een (voorlopige) diagnose tot stand komen aan de hand van reeds beschikbare informatie over duidelijke aanwijzingen van een premorbide angststoornis of persisterende angstklachten tijdens periodes van abstinentie in het verleden.
- Bij een sociale angststoornis lijkt een langere periode van abstinentie niet nodig te zijn voor het stellen van een diagnose.
- Er lijkt bij GHB, net als bij benzodiazepines, sprake te zijn van een langdurig onthoudingssyndroom. Herstel kan maanden duren.
- Voor diagnostiek en classificatie van angststoornissen zijn verschillende semigestructureerde interviews beschikbaar, zoals bijvoorbeeld SCID-I, CIDI en MINI.

Psychologische en psychosociale interventies

- Psycho-educatie: het is van belang dat de patiënt bewust wordt van de samenhang tussen angststoornis of angstklachten en GHB-gebruik en dat deze elkaar beïnvloeden. Niet altijd wordt door gebruikers het verband tussen ontwenningssklachten en het gebruik van GHB herkend. Bovendien dringen problemen als gevolg van het gebruik pas echt door bij het bereiken van abstinentie (o.a. schulden, huisvesting) en deze zorgen voor stress, wat opnieuw de behoefte aan gebruik verhoogt.
- Cognitieve gedragstherapie: CGT is voor zowel angststoornissen als verslavingsproblematiek de aangewezen behandelvorm (Rens, 2013). CGT verschilt daarbij per type angststoornis, maar bij vrijwel alle angststoornissen zijn vormen van exposure het belangrijkste element.
- Verder worden voor enkele angststoornissen aanvullende technieken beschreven zoals taakconcentratietraining bij sociale angst.
- Sociale vaardigheidstraining en zelfcontrole training: deze zijn o.a. uitgewerkt binnen de CGT voor problematisch middelengebruik (Schippers et al., 2014), CRA (Meyers & Smith, 2008) en Liberman module omgaan met verslaving (Blankman, 2016). De Goldstein methode is een effectieve methodiek om sociale vaardigheden aan te leren met de cognitief sociale leertheorie (Zee et al., 1989).
- Aanvullend kunnen Mindfulness Based Cognitieve Therapy (MBCT; aandachtgerichte cognitieve therapie) en Progressieve Relaxatie (PR) toegepast worden bij angststoornissen.

Medische interventies

Er is weinig bewijs gevonden om af te wijken van de geldende richtlijn over farmacotherapie bij angststoornissen in het algemeen. Hierin zijn doorgaans selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) de eerste keus voor behandeling van angststoornissen bij comorbide verslavingsproblematiek. Farmacotherapie moet overigens altijd deel moet uitmaken van een multidisciplinair behandelplan.

5.8 Trauma

Bij een behoorlijke groep patiënten die in behandeling zijn voor hun verslaving is PTSS aanwezig. Deze combinatie komt binnen de klinische setting vaker voor dan in een ambulante setting. Voor zover bekend is er nog geen onderzoek gedaan naar PTSS bij GHB-verslaving.

Goede diagnostiek is noodzakelijk om de kans op een terugval te verkleinen. Voor meer informatie over verslaving en PTSS wordt verwezen naar de richtlijn Middelenproblematiek en Angststoornissen die in 2012 ontwikkeld is binnen Resultaten Scoren (Snoek et al., 2012). Daarnaast is informatie te vinden in het hoofdstuk Posttraumatische stressstoornis en verslaving van het Handboek Dubbele Diagnose (Kok et al., 2013).

Screening en diagnostiek

De volgende screeningsinstrumenten voor PTSS zijn gevalideerd bij verslaafde populaties:

- De Primary Care PTSD screening questionnaire (PC-PTSD)
- Jellinek-PTSD Screening Questionnaire

Verder onderzoek naar PTSS kan gedaan worden middels de PTSS-modules van de SCID-I of CID-I of het uitgebreidere Klinisch Interview voor PTSS (KIP). PTSS kan echter ook opgespoord worden wanneer een patiënt (nog) niet vrij is van middelen, bijv. als een patiënt lijdt aan terugkerende herbelevingen en nachtmerries door traumatische ervaringen.

Psychologische en psychosociale interventies

De Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Balkom et al., 2013) beveelt de volgende interventies aan voor patiënten met PTSS (zonder comorbide stoornissen):

- Als eerste stap in de behandeling cognitieve gedragstherapie (CGT) en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).
- Bij onvoldoende resultaat bij EMDR kan overgestapt worden op Imaginaire Exposure, eventueel in combinatie met CGT.

Medische interventies

Medicamenteuze interventies nemen een beperkte plaats in bij comorbide PTSS en verslaving. De eerste keus is selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) en bij onvoldoende effect een tricyclisch antidepressivum. Er zijn aanwijzingen dat topiramaat geschikt kan zijn voor de behandeling van nachtmerries en flashbacks bij PTSS en verslaving.

5.9 Stemming

GHB-patiënten geven regelmatig aan dat ze GHB gebruiken als zelfmedicatie o.a. voor depressieve klachten. Het hebben van een depressie lijkt invloed te hebben op problematisch gebruik van GHB en patiënten scoorden hoog op depressieve klachten tijdens en na detoxificatie van GHB. Goede diagnostiek en behandeling gericht op depressie en stemmingsklachten zijn daarom belangrijk. Voor meer informatie over verslaving en depressie wordt verwezen naar de handleiding Middelenaafhankelijkheid en depressie die in 2009 ontwikkeld is binnen Resultaten Scoren (Guiot et al., 2009), het Handboek Dubbele (Groot et al., 2013) en de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (Spijker et al., 2013).

Screening en diagnostiek

- Voor de screening van depressie kan gebruik gemaakt worden van de Depression Anxiety Stress Scales (DASS) die is opgenomen in de MATE.
- Wanneer een patiënt positief scoort op de DASS kan verder onderzoek gedaan worden met bijvoorbeeld de depressiesectie uit de MINI.
- De Beck Depression Inventory (BDI) wordt afgenomen om zicht te krijgen op de ernst van de depressieve stoornis.
- Het is belangrijk dat er onderscheid wordt gemaakt tussen een depressieve stoornis of door middelen uitgelokte depressieve klachten. Behandeling van verslaving leidt bij 40 tot 75% van de gevallen tot het verdwijnen van de depressie. Om die reden is het verstandig om een periode van vier weken abstinentie aan te houden voor het vaststellen van de diagnose depressie.

Psychologische en psychosociale interventies

- Psycho-educatie is van belang om de patiënt bewust te maken van de samenhang en wisselwerking tussen stemmingsklachten en GHB-gebruik. Daarnaast wordt samen met de patiënt onderzocht wat de functie van het GHB-gebruik is.
- Een Nederlandstalig protocol is beschikbaar voor cognitieve gedragstherapie bij comorbide verslaving en depressie (Guiot et al., 2009) waarbij de nadruk ligt op activatie en hervinden van controle. Het hieraan toevoegen van Mindfulness technieken is een mogelijkheid.
- Acceptance & Commitment Therapy (ACT) is een evidence-based interventie bij depressie en verslaving.

Medische interventies

Voor de medicamenteuze behandeling van een depressieve stoornis wordt verwezen naar de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie en de Handleiding Middelenafhankelijkheid en depressie met betrekking tot een comorbide depressie bij verslaving.

5.10 Emotie-regulatie en persoonlijkheid

Emotie-regulatie problematiek, persoonlijkheidsproblematiek en verslaving kunnen samen voorkomen. Patiënten geven aan dat ze, eenmaal nuchter, ze moeite hebben met het verdragen van emoties en problemen. Hoewel dit kenmerken van persoonlijkheidsstoornissen kunnen zijn is voorzichtigheid geboden bij het stellen hiervan. Professionals adviseren bovendien aanvullende screening en diagnostiek op persoonlijkheid. Verschillende deelnemers aan de focusgroepen geven aan dat ze veel profijt hebben gehad van behandeling gericht op persoonlijkheidsproblematiek. Voor meer informatie over verslaving en persoonlijkheidsproblematiek wordt verwezen naar het Handboek Dubbele Diagnose (Dijkhuizen, 2013) en de Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008).

Screening en diagnostiek

Een complicerende factor bij de diagnostiek van persoonlijkheidsproblematiek is de overlap met gedrag voortkomend uit de stoornis in het gebruik van middelen.

Voor diagnostiek van persoonlijkheidsproblematiek zijn verschillende semi-gestructureerde interviews beschikbaar:

- Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV)
- Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)
- Vragenlijst Kenmerken Persoonlijkheid (VKP).

Net als bij andere problematiek vindt diagnostiek plaats wanneer de patiënt gedurende voldoende lange periode abtinent is.

Psychologische en psychosociale interventies

Als de comorbiditeit aangepakt wordt, dan is de kans op een terugval kleiner. Echter wordt hierbij aangegeven dat er doorgaans sprake is van een lange wachttijd voor behandeling gericht op persoonlijkheidsproblematiek.

- In de verslavingszorg worden Dialectische Gedragstherapie (DGT), schematherapie en Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis (VERS) toegepast bij emotie-regulatie en persoonlijkheidsproblematiek. Voor meer informatie wordt verwezen naar het Handboek Dialectische Gedragstherapie (Bosch et al., 2007). Voor meer informatie rondom VERS wordt verwezen naar het artikel van Freije en collega's (Freije et al., 2002)

en de begeleiders- en cursistenmap ontwikkeld door het Trimbos-instituut (voor meer informatie zie www.trimbos.nl).

- Mentalization-Based Treatment (MBT) is een interventie die oorspronkelijk ontwikkeld en effectief bevonden is voor borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) en toegepast kan worden.
- Dialectische Gedragstherapie is een vorm van cognitieve gedragstherapie aangevuld met mindfulness en een dialectische benadering. Er bestaat een aangepaste vorm van DGT welke ontwikkeld is voor patiënten met middelenafhankelijkheid (DGT-V), deze bevat een aantal elementen gericht op verslaving.

Medische interventies

Behandeling middels farmacotherapie neemt een bescheiden plaats in en behandeling met psychotherapie is eerste keus. Voor meer informatie wordt verwezen naar het hoofdstuk medicamenteuze behandeling in het Handboek Persoonlijkheidspathologie (Dijkhuizen, 2013) en de Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008).

5.11 Slaap

GHB-patiënten rapporteren slaapproblemen en deze klachten kunnen nog langdurig aanwezig blijven na het staken van het GHB-gebruik. De (ernst van) GHB-verslaving lijkt sterk geassocieerd te zijn met slaapproblemen na detoxificatie.

Screening

Voor screening wordt de Pittsburgh slaapkwaliteitsindex (PSQI) geadviseerd. Dit instrument meet de slaapkwaliteit van de voorbije maand door zelfrapportage. Dit instrument is opgenomen in de GHB-vragenlijst (zie ook de bijlage van het achtergronddocument).

Psychologische en psychosociale interventies

- Psycho-educatie vormt een belangrijk onderdeel in de behandeling van slaapproblemen. Er wordt aandacht besteed aan en informatie gegeven over slaaphygiëne, slaapdruk (drang die je voelt om te gaan slapen), patroon bij normale slaap, hoeveel slaap je nodig hebt, slaap en leeftijd en slaap en verslavende middelen.
- Om meer zicht te krijgen het slaappatroon van een patiënt kan gebruik gemaakt worden van het slaap-waak dagboekje. In de bijlage van het achtergrond document is het waak-slaap dagboek opgenomen.
- Voor slaap is ontspanning nodig. In de bijlage van het achtergronddocument staan korte ontspanningsoefeningen beschreven.

Medische interventies

Bij toepassing van medicamenteuze interventies bij slaapklachten dient rekening gehouden te worden met het hoge verslavingspotentieel van GABA-agonisten. Benzodiazepines en andere vergelijkbare medicatie dienen vermeden te worden. Wanneer deze in uitzonderlijke gevallen toegepast worden dient rekening gehouden te worden met een hoge kruistolerantie bij patiënten voor deze medicatie.

Referenties

- Balkom, A. L. J. M. v., Vliet, I. M. v., Emmelkamp, P. M. G., Bockting, C. L. H., Spijker, J., Hermens, M. L. M., & Meeuwissen, J. C. n. d. W. M. r. A. D. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Beurmanjer, H., Asperslag, E. M., Oliemeulen, L., Goudriaan, A. E., De Jong, C. A. J., Schellekens, A. S. A., & Dijkstra, B. A. G. (2019). A Qualitative Approach in Understanding Illness Perception and Treatment Needs in Patients with Gamma Hydroxybutyrate Use Disorder. *Eur Addict Res*, 25(5), 248-255. doi:10.1159/000500807
- Beurmanjer, H., Kamal, R. M., de Jong, C. A. J., Dijkstra, B. A. G., & Schellekens, A. F. A. (2018). Baclofen to Prevent Relapse in Gamma-Hydroxybutyrate (GHB)-Dependent Patients: A Multicentre, Open-Label, Non-Randomized, Controlled Trial. *CNS Drugs*, 32(5), 437-442. doi:10.1007/s40263-018-0516-6
- Blankman, H. (2016). *Liberman Module Omgaan met verslaving. Werkblad beschrijving interventie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bosch, W. v. d., Meijer, S., & Backer, H. R. (2007). *Handboek dialectische gedragstherapie. De klinische praktijk*. Amsterdam: Harcourt.
- Dijkhuizen, A. (2013). Persoonlijkheidsstoornissen en verslaving. In G. Dom, A. Dijkhuizen, B. v. d. Hoorn, H. Kroon, C. Muusse, S. v. Rooijen, R. Schoevers, & A. v. Wamel (Eds.), *Handboek dubbele diagnose*. (pp. 249-265).
- Dijkstra, B., van Oort, M., Schellekens, A., de Haan, H., & de Jong, C. (2017). *Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren*. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Freije, H., Dietz, B., & Appelo, M. (2002). Behandeling van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis met de VERS: de vaardigheidstraining emotionele regulatiestoornis. *Directieve Therapie*, 4, 367-378.
- Groot, F. d., Boschloo, L., Dom, G., & Schroevers, R. (2013). Unipolaire depressie en verslaving. In G. Dom, A. Dijkhuizen, B. v. d. Hoorn, H. Kroon, C. Muusse, S. v. Rooijen, R. Schoevers, & A. v. Wamel (Eds.), *Handboek dubbele diagnose*. (pp. 203-218).
- Guiot, M. G. H., Smeerdijk, A. M., Franklin, L. C., & Kuiper, B. J. H. (2009). *Middelenafhankelijkheid en depressie. Diagnostiek en cognitief gedragstherapeutische behandeling van comorbide middelenafhankelijkheid en depressieve stoornissen*. Amersfoort: Jellinek / Arkin i.o.v. GGZ Nederland, Resultaten Scoren.
- Kamal, R. (2017). Gamma-hydroxybutyraat (GHB). In B. Dijkstra, M. Van Oort, & C. De Jong (Eds.), *Handleiding Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren*. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Kok, T., Rens, L. v., & Haan, H. d. (2013). Posttraumatische stressstoornis en verslaving. In G. Dom, A. Dijkhuizen, B. v. d. Hoorn, H. Kroon, C. Muusse, S. v. Rooijen, R. Schoevers, & A. v. r. Wamel (Eds.), *Handboek dubbele diagnose*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2008). *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: Trimbos Instituut.

- Meyers, R. J., & Smith, J. E. (2008). *Handboek voor de behandeling van alcoholverslaving: de Community Reinforcement Approach. Nederlandse bewerking door P. Greeven, L. De Fuentes-Merillas & H. Roozen*. Utrecht: Bohn Stafleu & van Loghum.
- Nagel, J. E. L. v. d., Didden, R., & Kiewik, M. (2017a). *Handboek LVB en verslaving*. Meppel: Boom.
- Nagel, J. E. L. v. d., Dijk, M. v., Kemna, L., & Barendregt, C., & E., W. (2017b). *(H) erkend en juist behandeld. Handreiking voor implementatie en uitvoering van een LVB-vriendelijke intake in de verslavingszorg*. Utrecht Perspectief uitgevers.
- Nagel, J. E. L. v. d., & Kiewik, M. (2016). *Handleiding CGT+*. Utrecht: Perspectief uitgevers.
- Rens, L. v. (2013). Angststoornissen en verslaving. In G. Dom, A. Dijkhuizen, B. v. d. Hoorn, H. Kroon, C. Muusse, S. v. Rooijen, R. Schoevers, & A. v. Wamel (Eds.), *Handboek dubbele diagnose*. (pp. 235-247). Utrecht: De Tijdstroom.
- Resultaten Scoren, N. (2013). *Practice-based aanbevelingen voor GHB detoxificatie voor mensen met een stoornis in het gebruik van GHB*. Retrieved from Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Schippers, G. M., Smeerdijk, A. M., & Merckx, M. J. M. (2014). *Handboek Cognitieve gedragstherapie bij Middelengebruik en gokken*. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Snoek, A., Wits, E., & Meulders, W. (2012). *Richtlijn Middelenmisbruik of -afhankelijkheid en angststoornissen*. Retrieved from Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Spijker, J., Bockting, C. L. H., Meeuwissen, J. A. C., Vliet, I. M. v., Emmelkamp, P. M. G., Hermens, M. L. M., & Balkom, A. L. J. M. v. n. d. W. M. r. A. D. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Zee, S. A. M. v. d., Molen, H. T. v. d., & Beek, D. T. v. d. (1989). *Praktijkboek Goldsteintraining*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Bijlage Checklist uitvoer GHB Terugvalmanagement

Naam patiënt:

Nummer:

Datum:

Deze checklist kan een belangrijk onderdeel vormen binnen de overdracht van zorg bij een GHB-behandeling.

Screening en diagnostiek			
1.	Er is screening en/of diagnostiek verricht.	☐ ja	☐ nee
1.a.	Indien nee, waarom niet?		
1.b.	Indien ja, screening en/of diagnostiek gericht op:		
	GHB-gebruik	☐ ja	☐ nee
	Angst en stress	☐ ja	☐ nee
	PTSS	☐ ja	☐ nee
	Stemming en depressie	☐ ja	☐ nee
	Persoonlijkheid	☐ ja	☐ nee
	Overige psychopathologie	☐ ja	☐ nee
	Cognitief functioneren en intelligentie	☐ ja	☐ nee
	Slaapklachten	☐ ja	☐ nee
	Anders, namelijk:	☐ ja	☐ nee
	Middels welke instrumenten is screening verricht?		
Signaleringsplan			
2.	Er is een signaleringsplan opgesteld samen met de patiënt.	☐ ja	☐ nee
2.a.	Indien nee, waarom niet?		
3.	Naasten van patiënt zijn betrokken tijdens het opstellen van het signaleringsplan.	☐ ja	☐ nee
3.a.	Indien nee, waarom niet?		

Psycho-educatie			
4.	Psycho-educatie gericht op GHB gebruik en klachten heeft plaatsgevonden binnen de behandeling (bijvoorbeeld informatiebijeenkomsten).	☐ ja	☐ nee
4.a.	Indien ja, welke vorm(en) van psycho-educatie heeft patiënt gekregen tijdens de behandeling? Welke onderwerpen zijn besproken met patiënt?		
4.b.	Indien nee, waarom niet?		
Interventies			
5.	Patiënt heeft de protocollaire behandeling CGT bij problematisch middelengebruik gehad.	☐ ja	☐ nee
5.a.	Indien nee, waarom niet?		
6.	Is er sprake geweest van medicamenteuze ondersteuning na detoxificatie? Zo ja, welke medicatie?	☐ ja	☐ nee
6.a.	Indien nee, waarom niet?		
7.	Is er bij patiënt sprake van een verstandelijke beperking (IQ<70) of LVB (IQ 70-80/85)?	☐ ja	☐ nee
7.a.	Er hebben interventies gericht op verstandelijke beperking plaatsgevonden.	☐ ja	☐ nee
7.b.	Indien ja, welke: Indien nee, waarom niet?		
8.	Er is bij patiënt sprake van problemen op het gebied van cognitief functioneren.	☐ ja	☐ nee
8.a.	Indien ja, op welke manier is hier rekening mee gehouden bij uitvoer van de interventies?		
9.	Patiënt ervaart problemen op het gebied van sociale omgeving.	☐ ja	☐ nee
9.a.	Er hebben interventies gericht op sociale omgeving plaatsgevonden.	☐ ja	☐ nee

9.b.	Indien ja, welke: Indien nee, waarom niet?		
10.	Er zijn bij patiënt problemen op het gebied van huisvesting.	☐ ja	☐ nee
10.a.	Er hebben interventies gericht op huisvesting plaatsgevonden.	☐ ja	☐ nee
10.b.	Indien ja, welke: Indien nee, waarom niet?		
11.	Er zijn bij patiënt problemen op het gebied van dagbesteding.	☐ ja	☐ nee
11.a.	Er hebben interventies gericht op werk, leren en/of dagbesteding plaatsgevonden.	☐ ja	☐ nee
11.b.	Indien ja, welke: Indien nee, waarom niet?		
12.	Er zijn bij patiënt problemen op het gebied van financiën.	☐ ja	☐ nee
12.a.	Er hebben interventies plaatsgevonden op het gebied van financiën.	☐ ja	☐ nee
12.b.	Indien ja, welke: Indien nee, waarom niet?		
13.	Er is bij patiënt sprake van angststoornis.	☐ ja	☐ nee
13.a.	Er hebben interventies plaatsgevonden gericht op angstklachten en/of angststoornis.	☐ ja	☐ nee
13.b.	Indien ja, welke: Indien nee, waarom niet?		
14.	Er is bij patiënt sprake van PTSS.	☐ ja	☐ nee
14.a.	Er hebben interventies plaatsgevonden op het gebied van trauma.	☐ ja	☐ nee
14.b.	Indien ja, welke: Indien nee, waarom niet?		
15.	Er is bij patiënt sprake van stemmingsstoornis.	☐ ja	☐ nee

15.a.	Er hebben interventies plaatsgevonden op het gebied van stemmingsklachten en/of depressie.	☐ ja	☐ nee
15.b.	Indien ja, welke: Indien nee, waarom niet?		
16.	Er is bij patiënt sprake van emotie-regulatie problematiek.	☐ ja	☐ nee
16.a.	Er hebben interventies plaatsgevonden op het gebied van emotie-regulatie.	☐ ja	☐ nee
16.b.	Indien ja, welke: Indien nee, waarom niet?		
17.	Er is bij patiënt sprake van slaapklachten.	☐ ja	☐ nee
17.a.	Er hebben interventies plaatsgevonden op het gebied van slaap.	☐ ja	☐ nee
17.b.	Indien ja, welke: Indien nee, waarom niet?		
Organisatie van zorg			
18.	Netwerkpartners zijn betrokken bij de behandeling (bijvoorbeeld maatschappelijk werk).	☐ ja	☐ nee
18.a.	Indien ja, welke: Indien nee, waarom niet?		
19.	Naasten zijn betrokken bij de behandeling van patiënt.	☐ ja	☐ nee
19.a.	Indien ja, welke: Indien nee, waarom niet?		
20.	Ervaringsdeskundigen zijn betrokken geweest bij de behandeling van patiënt.	☐ ja	☐ nee
20.a.	Indien ja, op welke manier? Indien nee, waarom niet?		
Crisis			
21.	Er hebben crisisinterventies plaatsgevonden bij patiënt.	☐ ja	☐ nee
	Indien ja, op welke manier?		

Bijlage Checklist Intake en Screening

Naam patiënt:

Nummer:

Datum:

GHB-gebruik			
1.	Heeft de patiënt een abstinentiewens?	☐ ja	☐ nee
1.a.	Wat heeft patiënt zelf al gedaan om te stoppen met GHB-gebruik?		
2.	Is de patiënt al eerder in behandeling geweest voor GHB-gebruik? Indien ja, welke behandeling(en) heeft patiënt gehad?	☐ ja	☐ nee
Sociale omgeving			
3.	Zijn belangrijke naasten van patiënt aanwezig die betrokken moeten worden bij de behandeling? Indien ja, wie en op welke manier? Heeft de patiënt kinderen waarvoor hij/zij moet worden?	☐ ja	☐ nee
4.	Heeft patiënt problemen op het gebied van zijn/ haar sociale omgeving (sociaal netwerk)?	☐ ja	☐ nee
4.a.	Indien ja, welke interventie gaat ingezet worden en door wie?		
Woonomgeving, financiën en dagbesteding			
5.	Heeft patiënt een woonruimte?	☐ ja	☐ nee

5.a.	Zo nee, wat moet er in gang gezet worden? Wie gaat dit in gang zetten? Zo ja, is patiënt tevreden over de woonruimte? Woont patiënt in de buurt van dealers? Moet er iets verandert worden aan de woonsituatie van patiënt?		
6.	Heeft patiënt schulden?	☐ ja	☐ nee
6.a.	Indien ja, is er al schuldsanering ingang gezet? Hoe verloopt dit? Indien er nog geen schuldsanering ingang is gezet: Wie gaat dit ingang zetten? Welke interventies worden verder ingezet en door wie?		
7.	Heeft patiënt dagbesteding?	☐ ja	☐ nee
7.a.	Indien nee, welke interventies gaan ingezet worden en door wie?	☐ ja	☐ nee
Psychische en cognitieve klachten			
8.	Is er vermoeden van LVB-problematiek bij patiënt?	☐ ja	☐ nee
8.a.	Indien ja, heeft er al screening en/of diagnostiek plaatsgevonden? Welke instrumenten zijn hierbij toegepast?	☐ ja	☐ nee
8.b.	Welke interventies gaan ingezet worden en door wie?		
9.	Is er vermoeden van problemen op het gebied van cognitief functioneren bij patiënt?	☐ ja	☐ nee
9.a.	Indien ja, heeft er al screening en/of diagnostiek plaatsgevonden? Welke instrumenten zijn hierbij toegepast?	☐ ja	☐ nee
9.b.	Welke interventies gaan ingezet worden en door wie?		
10.	Is er bij patiënt sprake van angstklachten?	☐ ja	☐ nee
10.a.	Indien ja, heeft er al screening en/of diagnostiek plaatsgevonden? Welke instrumenten zijn hierbij toegepast?	☐ ja	☐ nee

10.b.	Welke interventies gaan ingezet worden en door wie?		
11.	Is er bij patiënt sprake of vermoeden van PTSS?	☐ ja	☐ nee
11.a.	Indien ja, heeft er al screening en/ of diagnostiek plaatsgevonden? Welke instrumenten zijn hierbij toegepast?	☐ ja	☐ nee
11.b.	Welke interventies gaan ingezet worden en door wie?		
12.	Is er bij patiënt sprake van stemmingsklachten?	☐ ja	☐ nee
12.a.	Indien ja, heeft er al screening en/ of diagnostiek plaatsgevonden? Welke instrumenten zijn hierbij toegepast?	☐ ja	☐ nee
12.b.	Welke interventies gaan ingezet worden en door wie?		
13.	Is er bij patiënt sprake of vermoeden van emotie-regulatie problematiek?	☐ ja	☐ nee
13.a.	Indien ja, heeft er al screening en/ of diagnostiek plaatsgevonden? Welke instrumenten zijn hierbij toegepast?	☐ ja	☐ nee
13.b.	Welke interventies gaan ingezet worden en door wie?		
14.	Heeft patiënt last van slaapklachten?	☐ ja	☐ nee
14.a.	Indien ja, heeft er al screening plaatsgevonden? Welke instrumenten zijn hierbij toegepast?	☐ ja	☐ nee
14.b.	Welke interventies gaan ingezet worden en door wie?		

Organisatie van zorg			
15.	Is een casemanager aangewezen (iemand die het traject volgt van patiënt)? Indien ja, wie?	☐ ja	☐ nee
16.	Is er sprake van zorgbehoefte op verschillende leefgebieden?	☐ ja	☐ nee
	Indien ja, wordt aanvullende hulpverlening betrokken bij de behandeling (bijv. IHT, FACT, maatschappelijk werk, WMO-consulent)? Welke?		

