

ACHTERGRONDDOCUMENT

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

AF1748

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). Achtergronddocument Handreiking voor GHB behandeling. Nijmegen: NISPA.

 NISPA
Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Radboud University



Radboudumc
university medical center



Bonger Instituut

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Methodologische inleiding	05
1.1 Projectomgeving en werkwijze	05
1.2 Samenstelling projectgroep	05
1.3 Wetenschappelijke onderbouwing	06
1.4 Focusgroepen	07
1.5 Pilotstudie	08
1.6 Leeswijzer	09
 Hoofdstuk 2 Factsheet Kenmerken GHB verslaving en GHB behandeling	 11
 Hoofdstuk 3 Inhoudelijke inleiding	 15
3.1 Achtergrond	15
3.2 Aanleiding en uitgangspunten	16
3.3 Doelgroep en setting	16
3.4 Beloop van GHB-gebruik	17
 Hoofdstuk 4 Organisatie van zorg	 19
Kernpunten	19
4.1 Behandeling bij GHB-problematiek	20
4.2 Netwerkpartners	21
4.3 Betrekken van belangrijke naasten in de behandeling	22
4.4 Inzet van ervaringsdeskundigheid	22
4.5 (Voorkomen van) Crisis	23
4.6 Multidisciplinair team en teamsamenstelling	24
4.7 Casuïstiek overleg	24
 Hoofdstuk 5 Kernelementen	 27
Kernpunten	27
5.1 Behandelplan en doelen	27
5.2 Houding en benadering	28
5.3 Kenmerken hulpverleners	30
 Hoofdstuk 6 Screening, diagnostiek en monitoring	 31
Kernpunten	31
6.1 Achtergrond	31
6.2 Inventarisatie van de problematiek	33
6.3 Instrumenten en vragenlijsten voor screening en monitoring	34
6.4 Urineonderzoek	36

Hoofdstuk 7 Interventies	37
Kernpunten	37
Vanuit de literatuur	37
7.1 Achtergrond	38
7.2 Signaleringsplan	40
7.3 Psycho-educatie	41
7.4 Psychologische en psychosociale interventies	42
7.5 Medische interventies	43
 Hoofdstuk 8 Interventies – Specifieke thema's	 45
8.1 Licht verstandelijke beperking (LVB)	46
8.2 Cognitief functioneren	49
8.3 Sociale omgeving	51
8.4 Huisvesting	53
8.5 Werken, leren en dagbesteding	56
8.6 Financiën	58
8.7 Angst	60
8.8 Trauma	64
8.9 Stemming	66
8.10 Emotie-regulatie en persoonlijkheid	68
8.11 Slaap	70
 Referenties	 73
 Bijlagen	 81
GHB-vragenlijst	81
Tevredenheid met het leven (TvL)	87
Baclofen	89
Sociale omgeving	91
Slaap	93
Informatie over het slaap-/waak dagboek	103

Hoofdstuk 1 Methodologische inleiding

In dit achtergronddocument 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 interventies, behandeling van psychische problemen en psychosociale interventies. De handreiking voor GHB behandeling bevat praktische informatie voor zowel professionals als voor ervaringsdeskundigen, patiënten en naasten. Dit document bevat gedetailleerde informatie en praktische richtlijnen voor met name professionals. 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.

1.1 Projectomgeving en werkwijze

Het project is uitgevoerd door NISPA (een samenwerkingsverband van vijf verslavingszorginstellingen in noord, oost en zuid Nederland) en Radboudumc, in samenwerking met het Bongers Instituut, Novadic-Kentron, Trimbos-instituut en Jellinek (Arkin). Van alle GHB-afhankelijke patiënten in behandeling wordt 80% in een van deze aangesloten instellingen behandeld.

Het project bestond uit een voorbereidende, ontwikkelings- en een pilotstudie fase. De eerste fase (voorbereiding) bestond uit een literatuurstudie, evaluatie van reeds bestaande data, inventarisatie van bestaande interventies en visies (middels een quickscan), en focusgroepen met patiënten, belangrijke naasten en professionals. Deze fase heeft vervolgens bijgedragen aan de ontwikkeling van de handreiking en dit achtergronddocument (fase 2). In de laatste fase van het project werd de handreiking getest middels een pilotstudie binnen twee verslavingszorginstellingen (Jellinek en Novadic-Kentron) en aangevuld met informatie vanuit de vier andere NISPA verslavingszorginstellingen (Iriszorg, Tactus, Vincent van Gogh en Verslavingszorg Noord Nederland) (fase 3).

1.2 Samenstelling projectgroep

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
Dr. Arnt Schellekens, directeur NISPA en psychiater Radboudumc
Dr. Ton Nabben, wetenschappelijk onderzoeker Bongers instituut voor criminologie
Rend Jasim MSc, psycholoog Jellinek (Arkin)
Roshie Naseer MSc, verpleegkundig specialist Jellinek (Arkin)
Billy Kiggen, ervaringsdeskundig GGZ-Agoog Novadic-Kentron
Maryvonne Gatzigristos-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

Professionals

De volgende professionals waren betrokken bij het project tijdens de focusgroepgesprekken:

Angela Aarts, ervaringsdeskundig begeleider Novadic-Kentron

Adinda van de Beek MSc., Addiction Counselor JellinekMinnesota

Drs. Maarten Belgers, verslavingsarts Iriszorg

Drs. Carla Buddingh, verslavingsarts Vincent van Gogh

Alex van Dongen, senior preventiemedewerker Novadic-Kentron

Lillian Goossen, cognitief gedragstherapeutisch werken / preventiewerker Jellinek

Levina Mevissen, verpleegkundige Vincent van Gogh

Drs. Alex Saridi, psychiater Novadic-Kentron

Bernie Täge, maatschappelijk werker Tactus verslavingszorg

Drs. Hans Wiersema, GZ-psycholoog Novadic-Kentron

Betrokkenheid patiënten

Patiënten en hun belangrijkste naasten waren betrokken tijdens het project door middel van focusgroepgesprekken en de pilotstudie.

1.3 Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de ontwikkeling van deze handreiking werden een literatuurstudie en quickscan naar bestaande interventies uitgevoerd. Deze systematische evaluatie in de eerste fase van het project was gericht op psychosociale kenmerken van patiënten met een stoornis in het gebruik van GHB (redenen drop-out, succesfactoren voor blijvende abstinentie en ervaringen en behoeften van patiënten omtrent hun behandeling). De evaluatie van reeds uitgevoerde studies en literatuurstudie waren nodig om te bepalen wat essentieel is om abstinente te blijven na detoxificatie van GHB. Daarnaast werd een praktijkinventarisatie uitgevoerd om huidige interventies, gericht op terugvalmanagement en de complexiteit van deze doelgroep, in de verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg in kaart te brengen. Hierbij werd in het bijzonder gekeken naar intensieve behandelinterventies waarbij psychosociale elementen zijn geïntegreerd. Al deze informatie werd vervolgens gebruikt ter voorbereiding en uitvoering van de focusgroepen.

In de ontwikkelingsfase van de handreiking werd gefocust op de volgende onderzoeksvragen:

- Zijn er te identificeren subgroepen binnen de populatie patiënten met een stoornis in GHB-gebruik (profilering)?
- Zijn er te identificeren fases waarlangs een stoornis in het gebruik van GHB zich ontwikkelt (stadiering)?

- Welke patiëntfactoren zijn geassocieerd met een (on)gunstig beloop van GHB-gebruik bij patiënten met een stoornis in het gebruik van GHB?
- Welke behandelfactoren zijn geassocieerd met een (on)gunstig beloop van GHB-gebruik bij patiënten met een stoornis in het gebruik van GHB?
- Welke interventies zijn thans beschikbaar voor de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van GHB?

Literatuurstudie

De literatuurstudie werd uitgevoerd middels de zoektermen *Sodium Oxybate [MeSH], GHB, gamma-hydroxybutyrate, gamma-hydroxybutyric acid, 4-hydroxybutanoic acid, 4-hydroxybutyrate sodium, gamma-butyrolactone, sodium gamma hydroxybutyrate, sodium oxybutyrate, somsanit, xyrem, sodium oxybate, gamma-butyrolactone, GBL, 1,4-butanediol* en *1,4-BD* gecombineerd met OR. Deze werden gecombineerd (AND) met de volgende keywords: *behavior, addictive [MeSH], substance-related disorders [MeSH], addiction [MeSH], Drug dependence [MeSH], substance use disorder*, drug use disorder*, abuse*, dependence, addicti* en use pattern** gecombineerd met OR. Er werd gebruik gemaakt van de volgende zoekmachines: Pubmed, PsycINFO, Embase, Cochrane, Web of Science en CINAHL. De MeSH termen kunnen per zoekmachine iets verschillen. Publicaties in de periode 1997-2017 werden geïnccludeerd. Daarnaast werden referentielijsten van relevante studies doorzocht op verdere relevante artikelen en Nederlandse publicaties werden geraadpleegd.

Publicaties gericht op GHB-gebruik, misbruik en verslaving in de Nederlandse en Engelse literatuur werden geïnccludeerd. Literatuur gericht op dierexperimenteel onderzoek, farmaceutische toepassing van GHB (o.a. bij alcoholverslaving, narcolepsie), en werkingsmechanismen van GHB (fundamentele onderzoeken) werden geëxcludeerd. Bij de geïnccludeerde publicaties werd een verdeling gemaakt tussen studies met betrekking tot doelgroep beschrijving en behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van GHB.

Quickscan

De quickscan voor bestaande interventies was met name gericht op terugvalpreventie. Hierbij werd gebruik gemaakt van de volgende databases en zoektermen: Databank Erkend effectieve interventies langdurige GGZ (Trimbos-instituut) gezocht op doelgroep *verslaving*; Databank Effectieve Jeugdinterventies (Nederlands jeugdinstituut) gezocht op categorie *alcohol, drugs, roken*, exclusief *preventieve interventies*; Pubmed databestand met pubcrawler alert op zoektermen *mental illness AND substance use* gezocht op *relapse AND intervention*; GGZ en andere richtlijnen (o.a. www.ggzrichtlijnen.nl).

1.4 Focusgroepen

Het doel van deze focusgroepen was om de informatie uit de literatuurstudie en quickscan te bediscussiëren, verfijnen en waar mogelijke hiaten aan te vullen. Hierbij werd gebruik gemaakt van een topic-list. In de eerste fase vonden twee focusgroepen plaats met patiënten en hun belangrijkste naasten in aanwezigheid van de betrokken

ervaringsdeskundigen binnen dit project. Patiënten waren minimaal 6 maanden abstinent. Daarnaast werden twee focusgroepen gehouden met een representatieve groep professionals die expert zijn op het gebied van GHB.

In de laatste fase van het project vonden wederom focusgroepbijeenkomsten plaats met zowel patiënten en hun naasten als professionals. Het ging hierbij om een bijeenkomsten met patiënten en hun naasten en twee bijeenkomsten met professionals. Deze focusgroepen dienden als voorbereiding op de testfase van het onderzoek. De focusgroepen richtten zich op onderwerpen als: Voldoet de handreiking aan de meest fundamentele elementen voor terugvalmanagement voor GHB verslaafde patiënten en wat ontbreekt er nog?; Is de beschreven handreiking en doelgroep beschrijving volledig en haalbaar?; Wat is nodig voor de implementatie van de nieuwe handreiking?; Past de nieuwe handreiking in de huidige werkwijze en beleid van de gezondheidszorginstellingen en -systeem?; Welke voorwaarden zijn nodig voor de uitvoer van de handreiking?; en Welke uitkomstmaten zijn belangrijk om de haalbaarheid en effectiviteit van de handreiking te meten? Aan de hand van de resultaten uit deze focusgroepbijeenkomsten werd de handreiking aangepast voor de uitvoer van de pilotstudie.

1.5 Pilotstudie

Het uitgangspunt van de pilotstudie was om de haalbaarheid, uitvoerbaarheid en uitkomstmaten van de handreiking te monitoren. De ervaringen van professionals en waarom sommige interventies vaak, weinig of niet werden toegepast bij specifieke patiënten werden bijgehouden. Deelnemende patiënten werden tot 6 maanden na instroom gevolgd. In deze pilotstudie werden de volgende onderzoeksvragen onderzocht:

1. Is de handreiking uitvoerbaar?

- Welke condities zijn noodzakelijk voor de uitvoer en implementatie van de nieuw ontwikkelde handreiking?
- Past de handreiking binnen het beleid van de instelling en gezondheidszorgsysteem?

2. Is de nieuw ontwikkelde handreiking omvattend en overzichtelijk voor de professionals in de dagelijkse praktijk?

- Wat zijn de ervaringen van professionals en patiënten:
- Welke interventies van de handreiking worden vaak, weinig of niet gebruikt en waarom?
- Waarom worden sommige interventies niet toegepast bij specifieke patiënten?
- Welke interventies worden in de handreiking gemist?
- Welke uitkomstmaten zijn belangrijk voor de evaluatie van de effectiviteit van de handreiking in een mogelijke vervolgstudie?

3. Hoe ziet de doelgroep er uit die behandeling ontvangt en kunnen we onderscheid maken in uitvoerbaarheid tussen subgroepen?

- Kunnen we subgroepen (kenmerken van patiënten) onderscheiden in de mate van uitvoerbaarheid en toepassing van de handreiking?

Op basis van de bevindingen over de uitvoerbaarheid en haalbaarheid en de uitkomsten van de pilotstudie zijn de handreiking en dit achtergronddocument tot stand gekomen. Bovendien is een eindrapport geschreven over dit project met daarin de resultaten van het project met daarnaast aanbevelingen voor implementatie en vervolgonderzoek.

1.6 Leeswijzer

De handreiking en dit achtergronddocument presenteren interventies voor terugvalmanagement bij de behandeling van GHB-patiënten met een abstinentiewens. De interventies en handvatten in deze documenten zijn primair bedoeld voor zorgverleners in de verslavingszorg. Daarnaast kunnen delen van de handreiking ook relevant zijn voor andere disciplines die betrokken zijn bij de screening, diagnostiek, behandeling en/of begeleiding bij patiënten met een stoornis in het gebruik van GHB. Acute zorg bij intoxicatie van GHB valt buiten de scope van deze handreiking, hiervoor zijn reeds richtlijnen gepubliceerd (Resultaten Scoren & NISPA, 2013).

Allereerst wordt middels een factsheet een beknopte samenvatting gegevens van de belangrijkste punten uit dit document. Vervolgens wordt in de inhoudelijke inleiding (hoofdstuk 3) achtergrondinformatie vanuit de wetenschappelijke literatuur en focusgroepen gegeven. Hierin wordt de doelgroep en het beloop van GHB-gebruik beschreven. In de daaropvolgende hoofdstukken worden vervolgens uitgewerkt:

- Organisatie van zorg met o.a. netwerkpartners, betrekken van belangrijke naasten in de behandeling, inzet van ervaringsdeskundigheid, crisis, en communicatie (hoofdstuk 4)
- Kernelementen van de behandeling met daarin behandelplan en doelen, houding en benadering, en kenmerken van hulpverleners (hoofdstuk 5)
- Screening, diagnostiek en monitoring (hoofdstuk 6)
- Interventies (hoofdstuk 7)
- Interventies vanuit specifieke thema's (verstandelijke beperking; cognitief functioneren; sociale omgeving; huisvesting; werken, leren en dagbesteding; financiën; angst; stemming; emotie-regulatie; trauma; en slaap) in hoofdstuk 8

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 2 Factsheet Kenmerken GHB verslaving en GHB behandeling

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. Structurering 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.

Hoofdstuk 3 Inhoudelijke inleiding

In dit hoofdstuk wordt de inhoudelijke achtergrond van de handreiking nader beschreven en toegelicht. Er wordt een omschrijving gegeven van de doelgroep en het beloop van GHB-gebruik. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen bevindingen uit de literatuur (wetenschappelijke kennis) en uit de focusgroepen (professionele en ervaringskennis).

3.1 Achtergrond

Gamma-hydroxybutyrate (GHB) en gamma-butyrolactone (GBL) zijn populaire drugs in verschillende landen, waaronder ook in Nederland. De angstverlagende werking, seksuele en euforische effecten maakte dat GHB zich heeft ontwikkeld tot een partydrug. Geschatte prevalenties van huidig GHB-gebruik in Australië, Verenigd Koninkrijk en Nederland variëren van 0,1% tot 0,4% in de volwassen algemene populatie terwijl de aantallen onder reguliere clubbezoekers hoger zijn met huidig gebruik van 1% (Corkery et al., 2015; van Amsterdam et al., 2012b).

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 83.2 ml/dag (Dijkstra et al., 2017b; McDonough et al., 2004; Nationale Drug Monitor, 2018; Tarabar & Nelson, 2004; Van Laar et al., 2012). Het staken van frequent GHB-gebruik in hoge doseringen kan leiden tot ernstige en levensbedreigende ontwenningsymptomen (McDonough et al., 2004; Snead & Gibson, 2005; Tarabar & Nelson, 2004; van Noorden et al., 2009). Instanties die te maken hebben met patiënten met een stoornis in het gebruik van GHB worden regelmatig geconfronteerd met complexe casuïstiek, problemen bij het vinden van de juiste faciliteiten vanwege de combinatie van psychiatrische en lichamelijke comorbide stoornissen, aanwezige psychosociale problematiek en slechte continuïteit van de zorg. Daarnaast ervaren zorgverleners een gebrek aan kennis en is er behoefte aan gepersonaliseerde zorgtrajecten (Otte et al., 2016).

Studies uitgevoerd onder patiënten in behandeling voor hun GHB-gebruik zijn voornamelijk afkomstig uit Nederland. Bij het grootste deel van de studies gaat het om detoxificatie van GHB. GHB-afhankelijke patiënten lijken op een aantal kenmerken te verschillen van de gemiddelde patiënt in de verslavingszorg (Mol et al., 2014). Ze zijn jonger (gemiddelde leeftijd 26 versus 36 jaar), vaker vrouw (33% versus 28%), vaker van autochtone herkomst (91% versus 67%) en vaker aan meerdere middelen verslaafd (60 versus 40%). 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 (Kamal et al., 2017). Daarnaast heeft deze doelgroep over het algemeen problemen op meerdere levensgebieden. De GHB-hulpvraag in Nederlandse verslavingszorginstellingen nam tussen 2007 en 2012 toe van 4 naar 48 per 1.000.000 inwoners (Wisselink & Mol, 2013). Vanaf 2012 neemt de groei af en is er sprake van een lichte stijging naar 837

hulpvragers in 2015 en daarmee blijft het aandeel GHB-patiënten in de verslavingszorg met 1% vooralsnog beperkt (Wisselink et al., 2016). 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. De GHB-hulpvraag concentreerde zich in 2007 met name in delen van Noord-Brabant en Friesland. In 2012 was de hulpvraag in deze regio's gestegen. De hulpvraag kwam in 2012 in meer regio's voor. 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 her-aanmelding van hulpvragers die al in zorg zijn geweest.

Behandeling van een stoornis in het gebruik van GHB begint doorgaans met een klinische detoxificatie als gevolg van verhoogd risico op ernstige ontwenningsverschijnselen. Bij één op de vier opnames in de verslavingszorg gaat het om een spoedopname (de Weert-van Oene et al., 2013; Dijkstra et al., 2017b). Gegevens uit het Landelijke Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) van 65.474 patiënten in de reguliere verslavingszorg laat de hoogste behandelintensiteit zien in de 800 GHB-afhankelijke patiënten in vergelijking met andere patiënten (Mol et al., 2014). Recente studies tussen 2011 en 2015 laten verbetering zien in terugvalpercentages, van 65% naar 51% (Beurmanjer et al., 2016). Er zijn aanwijzingen dat dit terugvalpercentage hoger is in vergelijking met andere middelen (Mol et al., 2014).

3.2 Aanleiding en uitgangspunten

Bovengenoemde terugvalpercentages waren aanleiding voor de ontwikkeling van deze handreiking, waarin veel aandacht is voor multimodale aspecten van terugval. Door het verbeteren van terugvalmanagement wordt getracht de vicieuze cirkel van GHB-gebruik, detoxificatie en terugval te doorbreken.

3.3 Doelgroep en setting

Uit de literatuur blijkt dat het profiel van de GHB-gebruiker zeer divers is en varieert door de jaren heen. Internationaal en nationaal worden regionale verschillen gezien in verschillende settings en gebruikersgroepen. Globaal kunnen twee groepen onderscheiden worden: GHB-gebruikers niet in zorg en GHB-gebruikers in zorg. In de laatste groep is veelal sprake van een stoornis in het gebruik van GHB. In vergelijking met andere verslavende middelen is de groep GHB-gebruikers in zorg jonger en vaker vrouw (Dietze et al., 2008; Mol et al., 2014). Bovendien kan onderscheid gemaakt worden tussen incidenteel GHB-gebruik (een keer op een feestje, minder dan maandelijks), frequent recreatief GHB-gebruik (wekelijks, sociaal gebruik met vrienden tijdens het uitgaansleven, binnen homo/seksscene), problematisch recreatief GHB-gebruik (sprake van intoxicaties of in aanraking komen met politie/justitie) en een stoornis in GHB-gebruik GHB. Bij dagelijks gebruik van GHB is doorgaans sprake van meer medische en sociale problemen (Boyd et al., 2012).

GHB gebruikers niet in zorg

GHB gebruikers niet in zorg zijn onder te verdelen in subgroepen. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen GHB-gebruikers die wel of geen overdosis hebben gehad, zich wel of niet in de homoscene bevinden, en uitgaansleven versus thuisgebruik. Het risico op een overdosis is hoger wanneer GHB in een huiselijke setting wordt gebruikt. Daarentegen wordt het risico verlaagd wanneer GHB gebruikt wordt in gezelschap van andere(n) (Korf & Nabben, 2014).

GHB gebruikers in zorg

GHB-gebruikers in zorg kunnen onderscheiden worden op basis van comorbide gebruik van andere middelen en comorbide psychiatrische stoornissen. Het gebruik van GHB naast andere middelen verhoogt het risico op ernstige gevolgen op klinische uitkomstmaten zoals risico op bewustzijnsverlies (Kim et al., 2007; Liechti et al., 2006). Bij gecombineerd gebruik gaat het meestal om alcohol, XTC/MDMA en amfetamine. Gecombineerd gebruik met stimulantia leidt tot ernstigere mate van verslaving (Brunt et al., 2013). Vervolgens is er een subgroep GHB-patiënten waarbij sprake is van psychiatrische comorbide stoornissen. De aanwezigheid van een stemmingsstoornis en een psychotische stoornis ooit in het leven (gemeten na detoxificatie) blijkt gerelateerd aan hogere dosis GHB-gebruik (gemiddeld 73,6 g/dag bij stemmingsstoornissen en 80,7 g/dag) (Kamal et al., 2017). De vraag is of psychiatrische comorbide stoornissen het gevolg zijn van gebruik en/of onthouding of dat deze al aanwezig waren voor het ontstaan van een stoornis in GHB-gebruik. Veelal bestaat er een overlap in symptomen tussen middelengebruik en comorbide psychiatrische stoornissen.

Een andere subgroep GHB-gebruikers in zorg zijn patiënten die zich opnieuw aanmelden voor zorg. Deze patiënten rapporteren vaker GHB gerelateerde bezoeken aan de spoedeisende hulp (76,9% versus 47,2%) en opname op een IC (50% versus 20,3%) (Dijkstra et al., 2017c). Daarnaast werden hogere hoeveelheden GHB-gebruik (72,4g versus 56,0g) door deze patiënten gerapporteerd dan patiënten die zich niet opnieuw aanmelden voor zorg. Bovendien hadden deze patiënten minder behandelcontacten (21,5 versus 25,0) en een kortere behandelduur (225,2 versus 280,1 dagen) tijdens de eerste behandelperiode dan patiënten die zich niet voor een tweede behandelperiode aanmeldden (Mol et al., 2014). Het aantal klinische verblijfsdagen verschilde niet. Verder blijkt de kans op het aanmelden voor een tweede behandelperiode kleiner voor vrouwen ten opzichte van mannen (HR=0,88; 47%) en groter voor patiënten met een secundaire comorbide stoornis (HR=1,21; 55%) (Mol et al., 2014).

3.4 Beloop van GHB-gebruik

Wetenschappelijke kennis

Het beloop van een stoornis in het gebruik van GHB lijkt zich te kenmerken door drie fasen: positieve bekrachtigingsfase, dosis escalatiefase en negatieve bekrachtigingsfase (Beurmanjer et al., 2019). 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 (Beurmanjer, 2019). Dit is bijvoorbeeld goed zichtbaar bij een overdosis GHB, waarbij men tijdelijk het bewustzijn verliest, maar dit achteraf niet als problematisch ervaart (de Weert-van Oene et al., 2013; Van Gaalen et al., 2015). Hoewel voor buitenstaanders die mensen bewusteloos zien raken dit soms tot een schrikreactie kan leiden, blijft dit vaak bij de betreffende gebruiker vaak uit. Enerzijds omdat iemand niet door heeft dat hij of zij bewusteloos was en anderzijds doordat wanneer men bijkomt geen rest effecten ervaart van de tijdelijke coma (Beurmanjer et al., 2019).

Professionele kennis

Deelnemende professionals aan de focusgroepen zagen (lokaal) een hoogtepunt in GHB-gebruik in 2007 en uiteindelijk raakten vooral de kwetsbare jongeren verslaafd aan GHB. Gaandeweg was er in deze groep meer sprake van marginalisering en problematisch gebruik van meerdere middelen. Er werd verder aangegeven dat er relatief veel sprake is van LVB in deze doelgroep. Het gebruik van GHB begint meestal samen met vrienden, maar eindigt veelal geïsoleerd.

Ervaringskennis

Deelnemende (ex-)patiënten aan de focusgroepen gaven aan dat GHB in het begin doorgaans gebruikt werd in een vriendengroep tijdens uitgaan en feesten. Het begon met het gebruik van andere partydrugs welke later aangevuld werd met GHB. In eerste instantie werd GHB gebruikt als demping van stimulantia (vooral speed).

Hoofdstuk 4 Organisatie van zorg

Kernpunten

- 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 en een goede samenwerking met netwerkpartners. Voorbeelden van bestaande methodieken die deze elementen bevatten zijn FACT, casemanagement en bemoeizorg.
- Vanaf de intake een casemanager inzetten (iemand die naast de behandelaar parallel loopt aan de behandeling).
- Goede verbinding tussen detoxificatie, (klinische) diagnostiek en vervolgbehandeling met warme overdracht is van essentieel belang.
- Een goede voorbereiding wordt geadviseerd voorafgaande aan de detoxificatie.
- Om de zorg tussen het sociale domein en het ZVW domein rondom GHB-gebruikers te coördineren kan gebruik gemaakt worden van de Etten-Leurse aanpak.
- De familie en de naaste omgeving van een GHB-patiënt worden zoveel mogelijk actief bij de behandeling betrokken.
- Ervaringsdeskundigen bieden ondersteuning bij het uitwerken en uitvoering van het behandelplan vanuit het patiëntenperspectief.
- 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.
- Een goede overlegstructuur rondom de patiënt is een vereiste gezien de complexiteit van de problematiek waardoor meerdere partijen betrokken zijn bij de behandeling.
- Een multidisciplinair team is nodig voor het werken aan herstel op de verschillende levensgebieden.
- Er zijn GHB-aandachtsfunctionarissen die het verloop van instroom binnen de instelling bewaken.
- Naast de bestaande overlegstructuren is het van belang dat er een apart casuïstiek overleg 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. Belangrijk is dat de patiënt zelf ook betrokken wordt bij (een gedeelte van) het overleg, het liefst samen met iemand uit zijn steunsysteem.

4.1 Behandeling bij GHB-problematiek

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 en een goede samenwerking met netwerkpartners. FACT, casemanagement en bemoeizorg zijn voorbeelden van reeds bestaande methodieken die deze elementen bevatten. Deze methoden werken outreachend en assertief: zorg vindt plaats waar de patiënt zich bevindt en hulpverleners gaan af op (potentiële) patiënten via huisbezoek, op het dagcentrum of op straat. De zorg wordt geleverd door een breed samengesteld multidisciplinair team. Indien de reguliere behandeling te weinig biedt en er tijdelijk intensivering van zorg nodig is, bijvoorbeeld ten tijde van een crisis, kan de zorg opgeschaald worden in de thuissituatie met 24-uurs bereikbaarheid door een multidisciplinair team om een klinische opname te voorkomen. Dit kan bijvoorbeeld door het inschakelen van IHT (Intensive Home Treatment). Daarnaast wordt bij bovengenoemde bestaande methodieken gebruik gemaakt van community support (o.a. maatschappelijk steunsysteem (op)bouwen en benutten, arbeid/opleiding mogelijk maken, toe leiden naar wijkactiviteiten) en ondersteuning van/door patiëntdeskundigheid (ervaringswerkers, empowerment, herstel).

Bij deze doelgroep is het advies om vanaf de intake een casemanager in te zetten. Het gaat hierbij om iemand die naast de behandelaar parallel meeloopt. Deze casemanager fungeert als contactpersoon en informeert iedereen die betrokken is bij de behandeling en de naasten van de patiënt. Deze casemanager kan bijvoorbeeld een veldwerker of ervaringsdeskundige zijn.

Verbinding tussen detoxificatie, (klinische) diagnostiek en vervolgbehandeling is van essentieel belang. Deze behandelonderdelen dienen elkaar naadloos op te volgen om het risico op een terugval te verminderen. Een warme overdracht bij de overgang naar verschillende behandelvormen is hierbij essentieel. In de meeste situaties kan beter gewacht worden met detoxificatie totdat deze meteen gevolgd kan worden met diagnostiek en vervolgbehandeling. Sommige patiënten hebben baat bij een langdurend klinisch behandel aanbod. Afhankelijk van de organisatie kan het hierbij gaan om bijvoorbeeld een dubbele diagnose afdeling, IMC (intramuraal motivatie centrum) of psychiatrische behandeling. Een goede voorbereiding wordt geadviseerd voorafgaande aan de detoxificatie. Hierbij kan gedacht worden aan psycho-educatie van patiënt en zijn belangrijke naasten (zie ook 7.3. Interventies - psycho-educatie), wat kan een patiënt verwachten van de behandeling en welke moeilijke momenten en risico's kunnen optreden. Een bekend voorbeeld is dat patiënten zich na detoxificatie van GHB lichamelijk prima voelen en denken dat ze klaar zijn met de behandeling terwijl het herstel dan pas juist begint of dat zij meteen na detoxificatie het leven als 'grijs' wordt ervaren na het wegvallen van het middel GHB.

4.2 Netwerkpartners

De ketenzorg ervaart tot op heden nog knelpunten bij op de opvang van complexe GHB-gebruikers en -verslaafden. In een onderzoek (Otte et al., 2016) aan de hand van interviews met sleutelfiguren werden een aantal knelpunten beschreven: 1) problematiek is vaak heftig waardoor het voor hulpverleners en betrokkenen moeilijk is om hiermee om te gaan is; 2) het is lastig om de juiste opvang buiten kantoortijd te vinden voor een GHB-gebruiker in crisis (intoxicatie, overdosis of GHB-onthoudingssyndroom); en 3) nazorg (in brede zin) is niet optimaal geregeld. Er is te weinig terugvalpreventie, te weinig outreachende hulp, onvoldoende aansluiting van de detoxificatiefase op vervolgbehandeling en te weinig continuïteit in het zorgproces. Er worden door de sleutelfiguren oplossingen aangedragen voor de knelpunten:

- afspraken en verantwoordelijkheden worden vastgelegd in onderlinge samenspraak
- zorg wordt meer op één locatie aangeboden en meer individueel afgestemd
- het uitbreiden van crisisdiensten buiten kantoortijden van de verslavingszorg
- toewijzen van een casemanager aan GHB-gebruikers, die fungeert als contactpersoon voor alle ketenpartners en de zorg coördineert
- en het organiseren van nazorg in de vorm van o.a. informatieverstrekking, woonruimte en dagbesteding in een vroeg stadium

Voor meer informatie zie het rapport Aanbevelingen voor ketenzorg Bij GHB-gerelateerde problemen.

Interventie: De Etten-Leurse aanpak

Om de zorg tussen het sociale domein en het ZVW domein rondom GHB-gebruikers te coördineren kan gebruik gemaakt worden van de Etten-Leurse aanpak (Nijkamp, 2019; Nijkamp & Lemmers, 2018). De aanpak bevat twee onderdelen: maandelijks casusoverleg ketenpartners en zorgconferenties.

Het maandelijks casusoverleg met ketenpartners vormt de basis waarbij complexe problematiek van GHB-gebruikers wordt besproken die vaak op meerdere leefgebieden ligt (verslaving, psychiatrische problemen, (dreigende) dakloosheid, schulden, verwaarlozing/mishandeling kinderen, vervuiling). Het overleg is gebaseerd op bestaande MASS casuïstiek-overleggen. MASS staat voor maatschappelijk steunsysteem. Bij deze overleggen schuiven maatschappelijke partners aan die bij de aanpak van een complexe situatie nodig zijn. Politie, gemeente, woningbouwcorporaties en zorg- en dienstverlenende instellingen bespreken complexe problematiek, stellen een casusverantwoordelijke aan en voeren geplande acties uit. De samenwerking tussen verschillende ketenpartners is nodig voor een effectieve aanpak. Om de aanpak tot een succes te maken is een goede organisatie noodzakelijk met heldere afspraken en verantwoordelijkheden. De gemeente is hierbij procesregisseur en spreekt in die rol partners aan op hun verantwoordelijkheid en afspraken. Vervolgens hebben betrokken medewerkers, gemeente en ketenpartners binnen de eigen organisatie ruimte en bevoegdheden om afspraken te maken over hun inzet en de lijnen zijn onderling kort. De aanpak van de problematiek vergt een specifieke deskundigheid en er moet een grote bezieling zijn om hieraan te willen werken.

Indien het traject niet naar wens verloopt wordt er een zorgconferentie georganiseerd. Een zorgconferentie wordt ingezet om met de GHB-gebruiker en alle betrokkenen een doorbraak te bewerkstelligen in de vaak lang bestaande problematiek. Een zorgconferentie wordt georganiseerd wanneer: een situatie dreigt vast te lopen; bestaande afspraken niet (meer) volstaan; het in samenhang bespreken van de situatie met andere betrokkenen een duidelijke meerwaarde heeft en creativiteit nodig is om tot doorbraken te komen. Het is van belang alle betrokken instellingen om de tafel te krijgen en de nodige inspanningen te verrichten om dit mogelijk te maken. Tijdens een zorgconferentie wordt er lang bij een casus stil gestaan zodat duidelijk wordt hoe een vastgelopen situatie doorbroken kan worden. Het organiseren van een zorgconferentie is een taak van de voorzitter van het lokale casusoverleg. In sommige gevallen kan ook een andere deelnemer binnen het casusoverleg dit initiatief nemen, bijvoorbeeld de dossierhouder.

4.3 Betrekken van belangrijke naasten in de behandeling

Het betrekken van belangrijke naasten is voor iedere patiënt in de verslavingszorg van belang, maar vooral bij GHB-patiënten wordt dit punt als zeer essentieel ervaren. De familie en de naaste omgeving van een GHB-patiënt worden daarom zoveel mogelijk actief bij de behandeling betrokken. De patiënt kan moeite hebben of het als lastig ervaren om belangrijke naasten te betrekken bij de behandeling en daarom wordt vanaf het begin van de behandeling stilgestaan bij het belang hiervan. Naastbetrokken kunnen risicomomenten signaleren die patiënten zelf (nog) niet zien, hulp bieden op moeilijke momenten en ondersteunen bij het herstel. Voor interventies wordt verwezen naar het thema Sociale omgeving (zie 8.3.).

De kans is aanwezig dat de patiënt een beperkt of geen sociaal steunnetwerk heeft, doordat hij/zij door jarenlang middelenmisbruik is vervreemd van familie en vrienden. De behandelaar kan dan de patiënt helpen door samen met hem te brainstormen over wederzijdse steun en mensen te noemen die kunnen helpen (andere patiënten, supportgroep, behandelaar, maatschappelijk werker, kerk, sportclub enz.). Dit is daarnaast een goede gelegenheid om te praten over het mogelijk nut van zelfhulpgroepen en te praten over herstel van contact met familie/vrienden.

4.4 Inzet van ervaringsdeskundigheid

Ervaringsdeskundigen hebben een belangrijke rol bij de behandeling vooral bij GHB-problematiek. Ervaringsdeskundigen geven patiënten vertrouwen doordat ze zien dat het iemand gelukt is om te stoppen met GHB en door iemand te spreken die weet wat ze ervaren. Ervaringsdeskundigheid is het vermogen om op grond van eigen herstelervaring voor anderen ruimte te maken voor herstel. De inbreng van de persoonlijke dimensies van herstel onderscheidt een ervaringsdeskundige van reguliere hulpverleners (Erp et al., 2015a). Ervaringsdeskundigen bieden ondersteuning bij het uitwerken en uitvoering van het behandelplan vanuit het patiëntenperspectief. Zij zetten hun eigen ervaringen rondom het herstel van een GHB-verslaving in om anderen in hun proces te ondersteunen. 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. Zij geven hierbij verder aan dat ervaringsdeskundigen hier een belangrijke rol kunnen vervullen. Een ervaringsdeskundige kan vanuit eigen ervaring én eigen herstel een belangrijke meerwaarde hebben in de behandeling. Daarnaast kan hij of zij het vertrouwen in herstel vergroten door een positief rolmodel te zijn. Het is daarbij wel belangrijk dat de ervaringsdeskundige een duidelijke rol en positie in het behandelteam heeft.

De Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines (Hendriks et al., 2018) beveelt aan om gebruik te maken van ervaringsdeskundigheid in de verslavingszorg. Volgens de ervaringsdeskundigen kan veel meer, dan nu gebeurt, een brug worden geslagen tussen enerzijds de behandeling en anderzijds peer support en zelfhulpgroepen. Lotgenoten, ervaringsdeskundigen en zelfhulpgroepen zijn in de behandeling misschien minstens zo belangrijk of zelfs belangrijker dan behandelaren. Ervaringsdeskundigen kunnen ook als co-therapeut fungeren en houden de behandelaren scherp. Zij moeten echter zelf ook scherp blijven, om te voorkomen dat zij zelf als behandelaar gaan optreden.

Er zijn verschillende handreikingen beschikbaar om de implementatie van ervaringsdeskundigheid in instellingen en teams ondersteunen. In 2012 is de Handreiking voor de inzet van ervaringsdeskundigheid vanuit de GGZ verschenen (Boertien & Bakel, 2012). De handreiking biedt handvatten om de inzet van ervaringsdeskundigheid van de grond te krijgen of verder te ontwikkelen. Naast definiëring beschrijft de handreiking o.a. ook de randvoorwaarden voor de inzet van ervaringsdeskundigheid. Aanvullend daarop is in 2013 het Ervaringsdeskundigheid Beroepscompetentieprofiel ontwikkeld (Bakel et al., 2013). Het Basiscurriculum Ervaringsdeskundigheid Bouwstenen biedt houvast voor het inrichten van onderwijs en opleidingen voor ervaringsdeskundigen (Erp et al., 2015b).

Interventies met een ervaringsdeskundig element zijn bijvoorbeeld: Herstellen doe je zelf (Henkens et al., 2009) en WRAP (Wellness Recovery Action Plan) (Boertien et al., 2012).

4.5 (Voorkomen van) Crisis

Een crisis is een ernstige verstoring van het alledaagse functioneren. In een crisis is er sprake van een ontregeling waarvoor gebruikelijke oplossingsstrategieën tekortschieten. 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 (zie ook 4.2.) en kan een crisiskaart opgesteld worden (<https://www.crisiskaart.nl/>).

IHT wordt ingezet als de reguliere behandeling substantieel te weinig biedt en er tijdelijk intensivering van zorg nodig is. IHT is erop gericht een klinische opname te voorkomen en de patiënt zoveel mogelijk in zijn of haar eigen omgeving te behandelen. IHT begeleidt ook patiënten die na een opname naar huis gaan maar daarbij nog extra ondersteuning nodig hebben.

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 (zie bij interventies 7.2.). Het steunsysteem kan helpen bij het tijdig aan de bel trekken wanneer het mis dreigt te gaan. Een andere mogelijkheid is het creëren van een time-out plek. De time-out plek zorgt voor een veilige omgeving wanneer iemand terug dreigt te vallen. Een voorbeeld van een time-out plek kan een 'bed op recept' (BOR) zijn die tijdens de behandeling en voortijdig aangevraagd moet worden. Er kan ook gedacht worden aan alternatieven als een plek bij vriend, familie of opvanghuis.

4.6 Multidisciplinair team en teamsamenstelling

Gezien de complexiteit van de problematiek zijn bij de zorg rondom de GHB-patiënt meerdere partijen betrokken. Het gaat daarbij om zowel klinische als ambulante hulpverleners, maar ook verschillende netwerkpartners als woningbouw en maatschappelijke organisaties. Hierdoor is een goede overlegstructuur rondom de patiënt een vereiste.

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. Idealiter bestaat het team uit de volgende disciplines:

- Verslavingsarts
- Psychiater (eventueel arts-assistent)
- Psycholoog
- (Sociaal psychiatrisch) verpleegkundige
- Maatschappelijk werkende en/of financieel / juridisch werker
- Ervaringsdeskundige
- Trajectbegeleider / casemanager
- Veldwerker

De verschillende deskundigen komen dagelijks bij elkaar om dringende zaken te bespreken en komen regelmatig bijeen om voortgang van de behandeling van de patiënten te evalueren. Daarnaast zoekt het team actief samenwerking met andere organisaties in de regio (zie 4.2. Netwerkpartners) zoals bijvoorbeeld een woonbegeleider of WMO-consulent. Verder zijn er binnen de instelling GHB-aandachtsfunctionarissen die het verloop van instroom van GHB-patiënten binnen de instelling bewaken. Hierbij wordt gelet of er goed verwezen wordt vanuit de intake naar de GHB-aandachtsfunctionarissen. Wanneer een patiënt klinisch opgenomen is dan dient de ambulante hulpverlener(s) geïnformeerd en betrokken te worden bij de klinische behandeling.

4.7 Casuïstiek overleg

Naast de bestaande overlegstructuren is het van belang dat er een apart casuïstiekoverleg bestaat voor het bespreken van individuele casussen met complexe GHB-problematiek. Hierin wordt langer bij een casus stil gestaan zodat duidelijk wordt hoe de problematiek

het beste aangepakt kan worden. Daarnaast dient er ook ruimte te zijn voor intervisie rondom complexe casussen. Hierbij kan aangegeven worden of het om een concrete vraag gaat waar collega's over mee kunnen denken of dat het meer om het delen van een casus gaat. Vervolgens wordt er een korte casusbeschrijving gegeven, wat er al gedaan is, wat eventueel nog gedaan zou kunnen worden en worden collega's gevraagd mee te denken en verdiepvragen te stellen.

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. Meerwaarde van deze werkwijze is dat een casus zo vanuit verschillende perspectieven wordt belicht. De partijen vormen ter plekke en gezamenlijk een 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, liefst 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.

Hoofdstuk 5 Kernelementen

Kernpunten

- Het behandelplan wordt gezamenlijk met de patiënt opgesteld en bestaat uit doelen op verschillende levensgebieden. De voortgang van de behandeling wordt tussentijds tijdig geëvalueerd en indien nodig bijgesteld. Het betrekken van naasten van de patiënt bij de behandeling is belangrijk.
- Het is belangrijk om hoop en vertrouwen naar de patiënt uit te stralen ondanks (meerdere) terugvallen in GHB-gebruik.
- Een laagdrempelige aanpak wordt geadviseerd.
- Flexibiliteit bij het maken van afspraken en het stellen van doelen is van belang voor therapietrouw.
- Er moet ruimte zijn voor het verhaal van de patiënt. De hulpverlener dient empathie te tonen en over goede luistervaardigheden te beschikken.
- Motiverende interventies, zoals motiverende gespreksvoering, dienen gedurende de behandeling centraal te staan. Hierbij dient in eerste instantie vooral in te zetten op het voorkomen van drop-out.
- Psycho-educatie is een belangrijk element binnen de behandeling.
- Er wordt door de hulpverleners gelijktijdig aandacht besteedt aan zowel verslaving als problemen op verschillende andere levensgebieden.
- Belangrijk is dat de hulpverlener structuur biedt en duidelijk is in de communicatie richting de patiënt.

5.1 Behandelplan en doelen

Het behandelplan wordt gezamenlijk met de patiënt opgesteld en bestaat uit doelen op verschillende levensgebieden. Het gaat hierbij om realistische doelen op korte en langere termijn zodat de patiënt succeservaringen op korte termijn kan opdoen, om uiteindelijk ook doelen op langer termijn te behalen. Het opstellen van flexibele doelen in kleine stappen maakt het traject voor de patiënt overzichtelijk en te overzien. Hierbij dient rekening gehouden te worden met het gegeven dat GHB patiënten vaak meer beperkt zijn in (coping)vaardigheden, dan ze doen voorkomen. Bij het opstellen van het behandelplan gaat het om maatwerk. Het behandelplan geeft aan welke leefgebieden aandacht behoeven. Dit draagt bij aan de motivatie voor de behandeling doordat de patiënt zelf precies aan kan geven op welke specifieke gebieden verandering nodig is. De voortgang van de behandeling wordt tussentijds tijdig geëvalueerd en indien nodig bijgesteld. Het gezamenlijk opstellen van het behandelplan en behandelplan helpt de patiënt probleemgebieden te onderscheiden van niet-probleemgebieden.

Gezien de complexiteit en chroniciteit van de problematiek op verschillende levensgebieden dient de zorg voor GHB-patiënten zich hier ook op te richten. Patiënten die zich voor zorg aanmelden krijgen de standaard behandeling gericht op hun verslaving, aangevuld met interventies op verschillende levensgebieden zoals wonen, financiën, sociale contacten, dagbesteding en comorbide psychiatrische stoornissen.

De verschillende probleemgebieden maken het voor patiënten moeilijk om overzicht te houden en een hulpvraag te formuleren. Het is daarom belangrijk om patiënten structuur en ondersteuning te bieden. Het betrekken van naasten van de patiënt bij de behandeling is eveneens belangrijk. Bij het opstellen van behandeldoelen op de verschillende leefgebieden kan bijvoorbeeld gebruik gemaakt worden van Formulier tevredenheid met het leven van CRA (Dijkstra & DeFuentes-Merillas, 2009) en/of de korte interventie Samen Beslissen (Joosten et al., 2009). Het Formulier tevredenheid met het leven is opgenomen in de bijlage.

5.2 Houding en benadering

Er moet ruimte zijn voor het 'verhaal' van de patiënt. Vooral na een uitglijder is het van groot belang om te luisteren naar de patiënt en zijn/haar verhaal. Hierbij is het belangrijk om hoop en vertrouwen naar de patiënt uit te stralen ondanks (meerdere) uitglijders/terugvallen in GHB-gebruik. Wanneer het gaat om een terugval in gebruik in een klinische setting, dienen hierover afspraken gemaakt te worden binnen de instelling en voorafgaande met de patiënt zodat deze opgenomen kunnen worden in het behandelplan. Hulpverleners dienen daarbij alert te zijn op aanwijzingen die kunnen duiden op een terugval (intoxicatie), zoals euforie (Kamal et al., 2013).

Bij GHB-patiënten moet in eerste instantie geïnvesteerd worden in het vertrouwen van de patiënt, omdat deze patiënten geneigd zijn voortijdig af te haken. Hierbij wordt door professionals een laagdrempelige aanpak geadviseerd, waarin motiverende gespreksvoering centraal staat. Bovendien wordt aangegeven dat hulpverleners eerlijk en duidelijk dienen te zijn, bijvoorbeeld over wat zij kunnen betekenen voor de patiënt. Duidelijke regels en helderheid zijn belangrijk tijdens de behandeling, omdat anders de kans bestaat dat patiënten gaan manipuleren. Tot slot wordt genoemd dat patiënten gestimuleerd moeten worden om hun belangrijke naasten binnen de behandeling te betrekken. Patiënten durven dit veelal niet, om verschillende redenen. Daarom moet het belang van het betrekken van de omgeving extra benadrukt en ondersteund worden.

Flexibiliteit

Flexibiliteit aan de kant van de hulpverlening bij het maken van afspraken en het stellen van doelen is van belang voor therapietrouw. Vooral in de beginfase van de behandeling speelt dit een belangrijke rol. GHB-patiënten ervaren veelal dat de problemen niet door het middel veroorzaakt wordt en zien GHB als een oplossing voor hun problemen. Hierdoor kan een patiënt ambivalentie of weerstand tonen ten opzichte van de behandeling. Motiverende gespreksvoering en psycho-educatie dienen zodoende voorop te staan.

In deze situatie kan de hulpverlener (vooral in het begin van de behandeling):

- Een patiënt die te laat komt bij een afspraak stimuleren om vervolgafspraken na te komen.
- Het eerder weg gaan bij een afspraak tolereren.
- Flexibel opstellen bij het maken van afspraken.

Wanneer er een goede verstandhouding met de patiënt is gekomen, kan de hulpverlener meer vragen en verwachten met betrekking tot het nakomen van afspraken en deelname aan de behandeling.

Ook bij het bepalen van doelen is flexibiliteit van belang. Wanneer de hulpverlener bijvoorbeeld vooral wil werken aan het GHB-gebruik, maar de patiënt van mening is dat andere probleemgebieden (zoals dagbesteding of financiën) eerst aangepakt dienen te worden, dan wordt gezamenlijk gekeken wat haalbare doelen zijn op dat moment. Wanneer de patiënt niet klaar is voor bepaalde veranderingen wordt de houding van de patiënt gerespecteerd. Vervolgens is het doel van de hulpverlener om samen met de patiënt te komen tot een punt at h/zij wel wil werken aan deze doelen. Ondertussen worden er alternatieve haalbare doelen vastgesteld en de onderwerpen die weerstand oproepen, kunnen besproken worden tijdens het verloop van de behandeling.

Empathie

Om goed naar het verhaal van de patiënt te luisteren, 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. Actieve luistervaardigheden kunnen gebruikt worden om een goede verstandhouding te ontwikkelen en het vaststellen van doelen te vergemakkelijken. Hierbij wordt het confronteren van patiënten afgeraden.

Wanneer de patiënt bijvoorbeeld continu te laat is op afspraken, leest de hulpverlener hem niet de les voor wat betreft stiptheid of gebrek aan motivatie. De hulpverlener begint een gesprek over de tijdsbesteding die de behandeling vereist en hoe deze in strijd kan zijn met andere belangrijke of wenselijke bezigheden van de patiënt. De hulpverlener kan vervolgens de patiënt helpen bij het oplossen van problemen die deelnemen aan de behandeling in de weg staan.

Gedurende de behandeling wordt empathie getoond wanneer de patiënt ambivalent is of moeite heeft met veranderingen op de probleemgebieden. De hulpverlener vermijdt morele oordelen of waardeoordelen. Hij geeft juist oprechte empathie, niet-veroordelende feedback en aandacht aan de moeilijke beslissingen en gedragsveranderingen die de patiënt moet overwegen. Ook wanneer er sprake is van verschillende uitglijders of terugvallen in het gebruik van GHB is het belangrijk dat de hulpverlener vertrouwen blijft uitstralen richting de patiënt.

Motivatie en verwachtingen

In eerste instantie is de motivatie voor behandeling gericht op het niet meer afhankelijk willen zijn van GHB, abstinentie is vaak niet het doel (Beurmanjer et al., 2019). Patiënten melden zich aan voor zorg omdat ze niet langer lichamelijk afhankelijk willen zijn en hebben

meestal voorafgaand aan de detoxificatie geen of beperkte ideeën of verwachtingen over de vervolgbehandeling. Het voorstel van hulpverleners om volledig te stoppen met GHB-gebruik overvalt patiënten vaak en kan een beangstigend effect hebben wat weer aanleiding kan zijn voor gebruik. Patiënten willen blijven gebruiken zonder de nadelige effecten van lichamelijke afhankelijkheid. Daarnaast kunnen patiënten soms ook hulp zoeken om hun omgeving gerust te stellen, maar zelf niet direct van plan zijn met GHB te stoppen. Het betrekken van de omgeving (meestal de ouders) bij behandeling is daarom ook heel belangrijk, dit zijn soms de enige niet-verslaafde nauwe sociale contacten die patiënten hebben.

Wanneer patiënten langdurige abstinentie een te groot doel vinden, is het van belang met kleinere doelen te werken. Bijvoorbeeld een maand niet gebruiken, dan evalueren en kijken of patiënten gemotiveerd kunnen worden voor nog een maand etc. Voor patiënten die zich melden en enkel gecontroleerd willen gebruiken kan dit als korte termijn doel ingezet worden om motivatie voor de behandeling te verhogen (van Amsterdam & van den Brink, 2013) en als strategie gebruikt worden om uiteindelijk de motivatie tot volledige abstinentie te vergroten (Emmelkamp & Vedel, 2007b). Uit het onderzoek van Beurmanjer en collega's (2019) komt naar voren dat patiënten GHB-gebruik verzwijgen wanneer hulpverleners abstinentie nastreven. Dit is een voorbeeld van het hebben van niet gezamenlijke doelen.

Het is belangrijk om (vooral in het begin van de behandeling) stil te staan bij de verwachtingen van de patiënt rondom de behandeling en het verkennen van de visie van de patiënt op het GHB-gebruik. Persoonlijke behandeldoelen gericht op psychisch en sociaal herstel spelen een belangrijke rol naast doelen gericht op abstinentie. Een combinatie van psycho-educatie en motiverende gespreksvoering kan gebruikt worden om te komen tot gezamenlijke behandeldoelen die de motivatie voor behandeling verhogen.

5.3 Kenmerken hulpverleners

Er wordt door de hulpverleners gelijktijdig aandacht besteedt aan zowel verslaving als problemen op verschillende andere levensgebieden. Het werken met deze doelgroep vraagt veel van de attitude en communicatievaardigheden van de hulpverleners. Belangrijk is dat de hulpverlener structuur biedt en duidelijk is in de communicatie richting de patiënt. Duidelijk zijn over wat wel en niet gedaan kan binnen de behandeling is essentieel. 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. Dit alles is nodig omdat de aanpak van GHB-verslaving tijd en geduld vraagt en patiënten vaak te maken hebben met complexe problematiek. De zelfredzaamheid is minder bij deze patiëntengroep. Het is voor deze patiënten moeilijk om regie over het eigen leven te nemen en afspraken na te komen. Om deze reden moeten patiënten op verschillende gebieden ondersteund worden om aan de voorwaarden voor begeleiding/ behandeling (zoals bijvoorbeeld compliance) te kunnen voldoen. Het is van belang om hierbij 'out-of-the-box' te kunnen denken, creatief naar oplossingen te zoeken en daadkracht te tonen.

Hoofdstuk 6 Screening, diagnostiek en monitoring

Kernpunten

- Standaard klinische diagnostiek aansluitend op detoxificatie is nodig (vooral wanneer niet eerder diagnostiek heeft plaatsgevonden).
- Diagnostiek naar intelligentie bij duidelijke aanwijzingen zijn voor beperkt leervermogen en/of cognitieve problemen.
- Standaard screening en monitoring van GHB-gebruik (advies elke 3 maanden) middels MATE Module 1 met aanvullend de GHB-vragenlijst en GHB-craving vragenlijst is nodig.
- Standaard screening en monitoring van psychische klachten, cognitief functioneren, slaapkwaliteit, sociale factoren en kwaliteit van leven (elke 3 maanden) is nodig.
- Urine-onderzoek kan ingezet worden ter monitoring, motivatie en ondersteuning van het bereiken van abstinentie.

6.1 Achtergrond

Het GHB-gebruik wordt door patiënten doorgaans niet gezien als oorzaak maar als een oplossing voor de problemen (Beurmanjer et al., 2019). Aan het middel worden veel positieve eigenschappen toegeschreven zonder dat er nadelige effecten op korte termijn worden ervaren. Problemen beginnen veelal pas na detoxificatie, met name wanneer patiënten geconfronteerd worden met angst en stemmingsklachten.

Voor de behandeling zijn goede screening en diagnostiek van groot belang. De behandeling en de intensiteit daarvan kan daardoor afgestemd worden op de individuele patiënt. Een ander belangrijk onderdeel om de behandeling aan te passen aan de individuele patiënt is monitoring. Dit zorgt ervoor dat de hulpverlener zicht krijgt op het effect van de behandeling, het behandelresultaat en kwaliteit van leven van de patiënt. Op die manier kan de hulpverlener indien nodig de behandeling aanpassen.

Wetenschappelijke kennis

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

Professionele kennis

Advies vanuit de focusgroepen is diagnostiek tijdens opname aansluitend op detoxificatie. Vooral wanneer deze niet eerder heeft plaatsgevonden. Verder geven professionals aan dat

onderzoek naar intelligentie verricht moet worden wanneer duidelijke aanwijzingen zijn voor beperkt leervermogen en/of cognitieve problemen.

Ervaringskennis

Het 'verhaal' van de persoon is belangrijk om te achterhalen op welke leefgebieden iemand last en problemen ervaart. Aan de hand hiervan kan psychologisch onderzoek worden verricht. Belangrijk is om uitleg te geven over hoe en waarom de testen worden uitgevoerd. Bij screening dient rekening gehouden te worden met het feit dat de problematiek (zoals bijvoorbeeld emotie-regulatie problemen) duidelijker aanwezig kan zijn onder invloed van GHB.

Bij de start van de behandeling is het van belang om zicht te hebben op risicovolle factoren bij het gebruik van GHB. Deze geven richting aan de screening en diagnostiek die nodig zijn voor het vormgeven van de behandeling. Genoemd als risicovolle factoren en situaties zijn:

- Aanwezigheid van persisterende cognitieve stoornissen
- Snel weer aan het werk willen uit angst baan te verliezen
- Geen betekenisvolle dagelijkse activiteiten hebben
- Psychische klachten ervaren (m.n. somberheid en angst)
- Ervaren van stress
- Problemen op het gebied van sociale factoren (zoals huisvesting, schulden, eenzaamheid en niet ondersteunende leefomgeving)
- Voorkeur voor individueel gebruik van GHB, niet in gezelschap van anderen
- Een voorgeschiedenis van drugsmisbruik hebben
- In een vroeg stadium van behandeling aangeven alles onder controle te hebben en behandeling te willen minderen of stoppen
- Na detoxificatie in eigen woonomgeving terugkeren
- Lange wachttijden voor vervolgbehandeling na detoxificatie
- Geen passend (vrijwilligers)werk vinden
- Anhedonie
- 'Peer pressure' ervaren
- Afwezigheid van een niet-gebruikend netwerk
- Moeite hebben om aan te sluiten bij groepsprocessen tijdens behandeling
- Geen inzicht krijgen in patronen en onvoldoende motivatie

Wetenschappelijke kennis

Er is enige evidentie gevonden voor een grotere kans op abstinentie in GHB-gebruik wanneer patiënten minder persisterende cognitieve stoornissen rapporteerden na detoxificatie (57% versus 26%) wat in lijn ligt met onderzoek verricht bij andere populaties met verslavingsproblematiek (Beurmanjer et al., 2016). Daarnaast wordt in de literatuur door GHB-patiënten tijdens interviews verschillende factoren genoemd die een belangrijke rol spelen bij GHB-gebruik. Psychische klachten (m.n. somberheid en angst) en stress verhogen de behoefte van gebruik na detoxificatie van GHB. Vaak waren deze psychische klachten de reden voor gebruik en keren klachten na detoxificatie heviger terug. De negatieve gevolgen van gebruik worden meestal pas opgemerkt als GHB niet gebruikt wordt en het opnieuw gebruiken laat deze gevolgen meteen verdwijnen. Bovendien

rapporteren GHB-patiënten slaapproblemen. Slaapproblemen en craving (ofwel 'het verlangen / de trek naar een middel) naar GHB blijven langdurig aanwezig na het staken van GHB gebruik (Beurmanjer et al., 2019).

Verder wordt door onderzoekers gesuggereerd dat sociale factoren (zoals huisvesting, schulden, eenzaamheid en niet ondersteunende leefomgeving) en het gebrek aan dagelijkse activiteiten redenen zijn voor een snelle terugval in GHB gebruik (van Noorden et al., 2017).

Professionele kennis

Door professionals in de focusgroepen worden de volgende risicofactoren genoemd voor een terugval in GHB-gebruik: wanneer mensen in een vroeg stadium van behandeling aangeven alles onder controle te hebben en behandeling willen afbouwen; angstig voelen en/of paniekaanvallen hebben; hebben van stress; na detoxificatie weer terug keren in eigen woonomgeving; maanden moeten wachten op behandeling of (vrijwilligers)werk; periode als ze net uit de kliniek komen en het leven 'grijs' is (anhedonie) en die met GHB als makkelijker ervaren wordt; patiënten die 'peer pressure' ervaren (moeite hebben om zich te weren) en mensen die aangeven 'niemand' te hebben (niet-gebruikers) in hun omgeving.

Ervaringskennis

In de focusgroepen geven patiënten en hun naasten verschillende factoren aan voor een toename van GHB-gebruik: uitgaan werd belangrijker dan werk, gebruik werd extremer na gevoel in de steek gelaten te worden, gebruik uit verveling en om tijd te doden, GHB was makkelijk verkrijgbaar en voor sommige een valkuil omdat ze niet hoefde te betalen voor GHB. Verschillende deelnemers aan de focusgroepen geven aan dat ze stiekem gingen gebruiken (buiten medeweten van vrienden en familie om) toen het GHB-gebruik ernstiger werd. Er worden door de deelnemers verschillende redenen genoemd voor terugval in GHB-gebruik tijdens of na behandeling: eenzaam voelen tijdens de behandeling (niet thuis voelen in de groep), denken alles onder controle te hebben, onvermogen zich kwetsbaar op te stellen of eerlijk te zijn tegenover lotgenoten ('masker opzetten'), terugkeer in de oude omgeving, behandeling niet serieus nemen, snel weer aan het werk willen, geen inzicht hebben wat te verwachten tijdens de behandeling ondanks dat dit wel verteld werd, geen inzicht krijgen in patronen en onvoldoende motivatie.

6.2 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 deze inventarisatie worden de volgende onderdelen besproken met de patiënt om vervolgens de behandeling vorm te geven:

Functie

- Wat is de functie van het GHB-gebruik? Wat zijn de voor- en nadelen van het gebruik?

Middelengebruik

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

Eerdere stoppogingen en behandeling(en)

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

Verwachtingen

- Wat verwacht de patiënt van de behandeling?

Leefgebieden

- In kaart brengen van risicofactoren (o.a. leef- en woonomgeving, sociaal netwerk, dagbesteding, financiën). Hierbij dient in het bijzonder aandacht besteed te worden aan wonen. Zie ook eerder genoemde risicovolle factoren bij GHB-gebruik.
- Heeft de patiënt iemand in zijn naaste omgeving die betrokken kan worden bij de behandeling? Heeft patiënt kinderen waarvoor h/zij moet zorgen?

Klachten en vaardigheden

- Aan- of afwezigheid van essentiële vaardigheden (o.a. coping en cognitief vermogen).
- Is er sprake (of vermoeden) van angstklachten, stemmingsklachten, emotie-regulatie problematiek, LVB, cognitieve problemen, trauma en/of slaapklachten? Zie ook Hoofdstuk 8.

In de bijlage is een checklist intake en screening opgenomen.

Bij patiënten met een beperkt inzicht, beperkte cognitieve vermogens of andere ernstige comorbiditeit moet ook informatie uit andere bronnen (o.a. heteroanamnese, observatie) betrokken worden.

6.3 Instrumenten en vragenlijsten voor screening en monitoring

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.

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. In aanvulling op de vragen omtrent GHB-gebruik in de MATE is een aanvullende lijst ontwikkeld, de GHB-vragenlijst (zie bijlage). Daarnaast bevat de MATE de Depression Anxiety Stress Scales (DASS) voor het meten van angst-, depressie- en stressklachten.

MATE: Metingen voor Addicties voor Triage en Evaluatie

De MATE meet zowel de geschiedenis, frequentie en consequenties van alcohol en druggebruik, als het medische, sociale en psychologische functioneren van de patiënt (Schippers et al., 2010). Module 1 meet het middelengebruik. Hierbij wordt zowel het patroon van GHB-gebruik als dat van overige middelengebruik in kaart gebracht. In dit onderdeel wordt middelengebruik uitgevraagd gedurende de afgelopen 30 dagen (aantal dagen en hoeveelheid) en het hele leven (totaal aantal jaren gebruik van minstens 3 dagen per week).

GHB-vragenlijst

Deze vragenlijst is een aanvulling op de MATE met betrekking tot GHB-gebruik (Dijkstra et al., 2017b). 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

De DASS bestaat uit drie sub-schalen met elk 14 items; Depressie, Angst en Stress (de Beurs et al., 2001). Elk item heeft de vorm van een stelling, waardoor de patiënt dient aan te geven in hoeverre de stelling van toepassing is geweest in de afgelopen week op een vier puntenschaal. Hogere scores wijzen op meer klachten. De DASS is een betrouwbaar instrument, dat in zeer uiteenlopende populaties is toegepast, inclusief patiënten met middelen afhankelijkheid (Lovibond & Lovibond, 1995). Afname neemt ongeveer 5 minuten in beslag.

De mate van craving kan onderzocht worden door middel van een Visual Analogue Scale (VAS):

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.

Voor het bepalen van het cognitief functioneren (aanwezigheid van cognitieve stoornissen) wordt de MoCa (Montreal Cognitive assessment) geadviseerd:

MoCa: Montreal Cognitive assessment

De MoCa is ontworpen als een beknopt screeningsinstrument voor lichte cognitieve stoornissen (Nasreddine et al., 2005). 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 (Bruijnen et al., 2019; Bruijnen et al., 2013). Bij patiënten met een lage score zijn overige screeningsinstrumenten mogelijk niet valide af te nemen.

Om zicht te krijgen op de slaapklasten kan de PSQI (Pittsburgh slaapkwaleitsindex) worden afgenomen.

Pittsburgh slaapkwaleitsindex (PSQI):

De Pittsburgh slaapkwaleitsindex (PSQI) meet de slaapkwaleit van de voorbije maand door zelfrapportage. De range ligt tussen 0 en 21. De score stijgt bij een slechtere slaapkwaleit (Buijsse et al., 1989).

Voor het meten van de kwaleit van leven wordt de Tevredenheid met het leven (TvL) geadviseerd:

Tevredenheid met het leven (TvL)

De tevredenheid met het leven (TvL) is een veelgebruikte vragenlijst om zowel tevredenheid te meten als de richting van de behandeling vast te stellen bij patiënten met verslavingsproblemen. De vragenlijst is oorspronkelijk gebaseerd op de Amerikaanse CRA-HS (Meyers & Smith, 1995). De Nederlandstalige vragenlijst meet tevredenheid met het leven of kwaleit van leven aan de hand van een tienpunts Likertschaal. De psychometrische eigenschappen van de Nederlandstalige versie van de vragenlijst lijken overwegend positief uit te vallen (Marijnissen-Bouten et al., 2017).

6.4 Urineonderzoek

Urineonderzoek kan ingezet worden voor monitoring, werken aan motivatie en ondersteuning van het bereiken van abstinentie. GHB is kort detecteerbaar in urine (Andresen et al., 2011). De redenen om te kiezen voor urineonderzoek kunnen per patiënt verschillen. Een urineonderzoek is bedoeld als ondersteuning van een behandeling en niet als een controlemiddel waarop sancties staan. Een urineonderzoek moet zoals andere interventies worden toegepast in het kader van het motiveren tot gedragsverandering en het volhouden van een verandering.

Een urineonderzoek kan alleen worden uitgevoerd als *van tevoren* met de patiënt is doorgesproken waarom deze belangrijk wordt geacht. Het urineonderzoek staat als onderdeel van een behandeling altijd beschreven in het behandelplan van iedere individuele patiënt. Op individueel patiëntniveau dient te worden uitgewerkt:

- Waarom een controle is geïndiceerd.
- Wanneer een onderzoek wordt uitgevoerd.
- Op welke aanwezige stoffen wordt gecontroleerd.
- Hoe een positieve (bij gebruik van middelen) uitslag in het kader van de behandeling geïnterpreteerd dient te worden en wat de vervolgstappen zijn.

De laboratoriumuitslagen worden in het dossier vastgelegd en altijd met de patiënt doorgesproken.

Hoofdstuk 7 Interventies

Kernpunten

Vanuit de literatuur

- Er zijn momenteel geen interventies bekend die zich richten op terugvalpreventie specifiek voor GHB-patiënten. Uitzondering is behandeling met de GABA-B receptor agonist baclofen, die mogelijk effectief is.
- Er is weinig evidentie voor enkelvoudige interventies gericht op terugvalpreventie.
- Er wordt wel evidentie gevonden voor samengestelde interventies waar terugvalpreventie deel van uitmaakt. Succesvolle terugvalpreventie bij complexe en gecombineerde problematiek dient zich te richten op meerdere levensgebieden (inclusief huisvesting en zingeving).

Interventies

- In elke situatie dient een afweging gemaakt te worden welke interventies het best passend zijn bij de individuele patiënt, binnen en naast de standaard behandeling.
- Outreachende hulp, goede aansluiting van de detoxificatiefase op vervolgbehandeling en continuïteit in het zorgproces zijn essentieel.
- Geadviseerd wordt om intensief in te zetten op motivatie voor vervolgbehandeling en verandering voor en tijdens detoxificatie. Psycho-educatie maakt hierbij een belangrijk onderdeel uit. GHB-patiënten hebben extra behoefte aan heldere en begrijpelijke psycho-educatie. De ervaringsdeskundige kan hierin een belangrijke rol vervullen. Ook informatie over de behandeling en wat zij van hulpverleners kunnen verwachten is nodig.
- Start vroeg in de behandeling met het signaleringsplan en betrek het systeem hierbij.
- Voorafgaande aan de detoxificatie kan al gestart worden met informatiebijeenkomsten, bijeenkomsten met naasten en CGT bij problematisch middelengebruik.
- Verbeteren van dagstructuur en vinden van een goede dagbesteding zijn belangrijk om de kans op een terugval te verkleinen.
- Behandeling dient zich te richten op het verbeteren van gedrags- en copingvaardigheden (o.a. grenzen leren aangeven, leren omgaan met moeilijke situaties, onzekerheid en zelfvertrouwen).
- Goede (klinische) diagnostiek richt zich op psychische klachten (o.a. angst en stemming), persoonlijkheid, cognitief functioneren, intelligentie en adaptief functioneren, kwaliteit van slaap, en sociale integratie.
- Behandeling dient zich ook te richten op comorbide psychiatrische stoornissen en psychische klachten. In de verslavingszorg dient rekening gehouden te worden met beperkingen die met deze en andere stoornissen gepaard gaan.
- Medische interventie kan bestaan uit het off-label voorschrijven van baclofen.
- Onderzoek naar Contingency Management bij GHB-problematiek is nodig.

Belangrijke naasten en sociaal netwerk

- Het betrekken van naasten van de patiënt bij de behandeling is belangrijk. Ook kan de omgeving een belangrijke rol hebben bij het opstellen van een signalerings- of terugvalpreventie plan.
- Opbouwen van (nieuwe) sociale contacten is een belangrijk aandachtspunt tijdens de behandeling.

Netwerkpartners

- Goede samenwerking met FACT, IHT en ketenpartners is belangrijk bij de behandeling van deze doelgroep.
- Voor de groep (zeer) kwetsbare patiënten wordt tot slot geadviseerd om na de detoxificatie naar begeleid wonen te gaan, bij voorkeur in een andere regio, en in een prikkelvrije omgeving.

7.1 Achtergrond

Wetenschappelijke kennis

Er zijn momenteel geen interventies bekend die zich specifiek richten op terugvalpreventie voor GHB-patiënten (van Noorden et al., 2010). De enige beschikbare gegevens tonen aan dat de GABA-B receptor antagonist baclofen mogelijk effectief is (Beurmanjer et al., 2018; Kamal et al., 2015a) in combinatie met reguliere verslavingsbehandeling. De quickscan gericht op bestaande interventies voor complexe groepen toont aan dat er weinig evidentie is voor enkelvoudige interventies gericht op terugvalpreventie. Er wordt wel evidentie gevonden voor samengestelde interventies waar de focus op terugval deel uit maakt van een samengestelde interventie. In de quickscan wordt eveneens gevonden dat succesvolle terugvalpreventie bij complexe en gecombineerde problematiek zich dient te richten op meerdere levensgebieden (inclusief huisvesting en zingeving). De volgende elementen zijn van belang voor terugvalpreventie bij complexe doelgroepen: ontwikkelen van gezonde en beschermende omgeving (stabiele huisvesting, positieve sociale ondersteuning en netwerk, zingeving, zinvolle dagelijkse activiteiten en goede zelfzorg), specifieke en gepersonaliseerde behandelingen voor psychische klachten, verslaving en gelijktijdig voorkomende problemen. Terugvalpreventie identificeert risicosituaties voor terugval en koppelt cognitieve technieken aan diverse gedragsmatige interventies zoals sociale vaardigheidstraining, copingvaardigheden en gedragsoefeningen. Er zijn verschillende interventies die worden toegepast bij complexe en gecombineerde problematiek die ook toepasbaar zijn voor GHB-patiënten. In elke situatie dient een afweging gemaakt te worden welke interventies het meest passend zijn voor elke individuele patiënt, binnen en naast de standaard behandeling.

Uit interviews met professionals die in hun dagelijkse werkzaamheden te maken hebben met GHB-patiënten blijkt dat er in de praktijk te weinig specifieke terugvalpreventie, te weinig outreachende hulp, onvoldoende aansluiting van de detoxificatiefase op

vervolgbehandeling en te weinig continuïteit aanwezig is in het zorgproces (Otte et al., 2016). Deze professionals geven aan dat samenwerking in de keten en maatwerk bij opvang en behandeling van belang is bij deze doelgroep.

Verder worden in de literatuur aanbevelingen gedaan voor behandeling van GHB-patiënten. Deze zijn echter practice-based en niet onderzocht. Behandeling dient gericht te zijn op een groot aantal levensgebieden waarbij GHB-patiënten problemen ondervinden. De problemen op verschillende levensgebieden maken het voor patiënten moeilijk om overzicht te houden en een hulpvraag te kunnen formuleren. Het betrekken van naasten van de patiënt bij de behandeling is daarom belangrijk (Buitenhuis, 2011; Stein et al., 2010). Daarnaast is het opbouwen van nieuwe sociale contacten belangrijk voor patiënten. Geadviseerd wordt om intensief in te zetten op motivatie voor vervolgbehandeling en verandering voor en tijdens detoxificatie (Beurmanjer et al., 2019). Het is belangrijk om patiënten goed voor te bereiden op de behandeling en verloop van de klachten (psycho-educatie). De zorg voor de GHB-patiënt dient gepersonaliseerd en met aandacht voor het systeem te zijn. Belangrijk zijn goede diagnostiek en behandeling gericht op psychische klachten (o.a. angst en stemmingsklachten) en cognitieve tekorten, kwaliteit van slaap en de mate van sociale integratie (de Weert-van Oene et al., 2013; Kamal et al., 2017). Bovendien dient behandeling zich te richten op het verbeteren van gedrags- en copingvaardigheden (Stein et al., 2010). Er dient een goede aansluiting te zijn op maatschappelijke dienstverlening en interventies na detoxificatie om terugval in gebruik te verkleinen (Lundahl et al., 2014). Voor behandeling is het van belang om zich naast de korte-termijn-uitkomsten ook te richten op langere-termijn-uitkomsten. Door patiënten wordt beperkt of niet nagedacht over een behandeldoel na detoxificatie (Beurmanjer et al., 2019).

Professionele kennis

Volgens de professionals in de focusgroepen is goede (klinische) diagnostiek gericht op o.a. IQ, persoonlijkheid, angst en PTSS noodzakelijk bij deze doelgroep. Er moet meer aandacht zijn voor psychiatrische en psychische problematiek (aanpak van comorbide stoornissen). Hierbij wordt aangegeven dat een goede aansluiting met FACT en IHT belangrijk zijn voor deze doelgroep, evenals meer inzet van ervaringsdeskundigen. Het is van belang dat er een goede samenwerking is met ketenpartners. Verder worden de volgende aandachtspunten genoemd :

- Zorgaanbod afstemmen op de behoefte en situatie van de patiënt (maatwerk).
- Goede voorbereiding op detoxificatie en vervolgbehandeling.
- Regelen en in gang zetten van zaken zoals financiën, wonen (in een andere regio), dagbesteding, al voor de detoxificatie.
- Detoxificatie met daaraan vastgekoppeld diagnostiek en (liefst klinische) vervolgbehandeling
- Betrekken van naasten bij de behandeling (dit stimuleren aangezien doelgroep hierin zelf onzeker lijkt).
- Goede uitwisseling van informatie tussen verschillende collega's en hulpverleners (o.a. tussen ambulante en klinische teams).
- (Nog meer) nadruk leggen op wat een patiënt tijdens en na detoxificatie kan verwachten zodat patiënt zich hierop goed kan voorbereiden.

- In een vroeg stadium beginnen met signalerings- of terugvalpreventieplan en hier vanaf de start de omgeving bij betrekken.
- Goed passende dagbesteding zoeken en maken van een weekplanning (bieden van structuur)
- Sport en ontspanning(soefeningen).

Voor de groep kwetsbare patiënten wordt tot slot geadviseerd om na de detoxificatie naar begeleid wonen te gaan in een regio liefst ver weg en in een prikkelvrije omgeving.

Ervaringskennis

Het belang van het betrekken van de omgeving bij de behandeling wordt door patiënten en hun naasten benadrukt. Hierbij is belangrijk dat de patiënten weer openheid durven te tonen (ondersteuning is hierbij nodig) om het vertrouwen terug te winnen. De omgeving kan een belangrijke rol hebben bij het opstellen van een signalerings- of terugvalpreventieplan. Verder worden de volgende punten aangedragen:

- Gezond netwerk opbouwen van niet-gebruikers.
- Contact met lotgenoten.
- Andere woonomgeving.
- Om leren gaan met angst, gevoel en emoties middels schematherapie, CGT of EMDR.
- Leren omgaan met angst, onzekerheid, gebrek aan zelfvertrouwen, grenzen leren aangeven en leren omgaan met moeilijke situaties zonder GHB.
- Aandacht voor meer aanhoudende angstklachten en -stoornis.
- Maken van een planning en acties om kans op een terugval te verkleinen (signalerings- of terugvalpreventieplan).
- Inschakelen van een hulplijn op moeilijke momenten (sponsor, belangrijke naasten, hulpverlener).
- Realistische doelen opstellen op korte en langere termijn (streven naar succeservaringen).
- Rust in jezelf vinden middels sport, yoga, mindfulness of meditatie.
- Goede aansluiting vervolgbehandeling na detoxificatie.

In het kader van contact is het volgende belangrijk: aandacht voor het verhaal van de patiënt, vertrouwen in de patiënt uitstralen ondanks meerdere terugvallen, eerlijk zijn en duidelijk zijn (in wat je kunt en niet kunt regelen), echt luisteren naar een patiënt na een terugval.

7.2 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 h/zij uit balans raakt. Bijvoorbeeld door het inschakelen van een 'hulplijn' op moeilijke momenten (sponsor, belangrijke naasten, hulpverlener). Dit zorgt ervoor dat een crisis in de toekomst wordt voorkomen. Het signaleringsplan bestaat uit twee onderdelen:

- 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. De omgeving ziet vaker eerder dan de patiënt signalen dat iemand het moeilijk heeft en dat het mis dreigt te gaan. Daarnaast is het voor de omgeving helpend om te weten waar ze concreet op moeten letten en geeft een signaleringsplan handvatten om op een goede manier te kunnen reageren.

Als aanvulling kan het voor de patiënt helpend zijn om gebruik te maken van het hulpmiddel HALT – Hungry, Angry, Lonely en Tired (Honger, Boosheid, Eenzaam en Moe) om waarschuwingssignalen eerder te herkennen en actie te ondernemen.

7.3 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 en belevingswereld van de patiënt (Stel, 2013). In verband hiermee is ook het rekening houden met eventuele cognitieve beperkingen van groot belang.

Psycho-educatie zal zich enerzijds moeten richten op het middel, en de gevolgen van GHB-gebruik maar zeker ook op wat de patiënt te wachten staat tijdens en na behandeling. Een goede voorbereiding is nodig op bijv. een aanvankelijke toename van angstgevoelens, slaapproblemen, hulp die nodig zal zijn bij het verdere herstel en hoe dat te accepteren. Daarnaast dient dus aandacht besteed te worden aan wat iemand kan verwachten tijdens de behandeling en hoe de behandeling wordt vormgegeven. Hier is zeker een rol voor ervaringsdeskundigen weggelegd.

Naast psycho-educatie aan patiënten hebben naastbetrokkenen ook behoefte aan informatie en kennis. Dat kan bijvoorbeeld in een groep gebeuren en de volgende onderwerpen bevatten: informatie over GHB, mechanismen van verslaving, motiverende gespreksvoering, omgaan met verslavingsgedrag, de patiënt ondersteunen en zorgen voor jezelf (Graham et al., 2006).

Voorafgaande aan de detoxificatie kan al gestart worden met de volgende interventies:

Informatiebijeenkomsten

Deze bijeenkomsten dienen als voorbereiding op de behandeling voor zowel de patiënt als zijn belangrijke naasten. Deze bijeenkomsten staan in het teken van psycho-educatie die op een heldere en begrijpelijke manier wordt gebracht. Verder wordt informatie gegeven

over de behandeling en wat zij van de hulpverlening kunnen verwachten. Tot slot is het van belang om (nog meer) nadruk te leggen op wat een patiënt tijdens en na detoxificatie kan verwachten zodat patiënt en ook zijn omgeving zich hierop goed kunnen voorbereiden. Zoals eerder aangegeven kan een ervaringsdeskundige hierin een belangrijke rol spelen.

Bijeenkomsten met naasten

Omgaan met iemand met een verslaving kan erg belastend zijn en kan veel invloed hebben op de directe omgeving van iemand die problemen heeft. Naaste omgeving kan zich veel zorgen maken en veel rekening houden met degene die problemen heeft. Hierdoor kunnen zij overbelast raken. Tijdens naasten-bijeenkomsten kunnen deelnemers hun verhaal kwijt aan lotgenoten die begrijpen wat iemand doormaakt en leren van elkaars ervaringen (bijv. Hoe blijf ikzelf overeind? Wat helpt en wat juist niet?). Familie-ervaringsdeskundigen (iemand met een familielid of goede vriend met verslavingsproblematiek) kunnen dit (mee) begeleiden .

Er zijn diverse interventies beschikbaar die psycho-educatiecomponenten bevatten. Trainingen Liberman (omgaan met verslaving en co-morbide psychiatrische problematiek), Herstellen doe je zelf, Vers en slaaptrainingen bevatten allemaal een psycho-educatief deel. Deze gaan meer of minder specifiek over een deel van de problematiek. In hoeverre deze materialen geschikt zijn voor patiënten met cognitieve beperkingen is niet duidelijk. Specifieke psycho-educatie over GHB is op het moment van schrijven in ontwikkeling.

7.4 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. Verder draagt deze interventie bij aan het in gang zetten van verandering. Bij alle bijeenkomsten is het belangrijk dat de deelnemer niet te veel onder invloed is. Een gedragsmatige manier om patiënten in behandeling te houden is Contingency Management (CM). Toepassing van CM in de dagelijkse praktijk blijkt echter lastig uitvoerbaar (Emmelkamp et al., 2015). Aanbeveling is om onderzoek naar CM bij GHB-problematiek te doen in de toekomst. CM binnen de behandeling bij GHB-problematiek is te overwegen.

Interventies dienen aandacht te besteden aan de verschillende levensgebieden en comorbide psychiatrische klachten die patiënten kunnen ervaren (zie ook hoofdstuk 8) met aanvullend thema's als voeding, sport en zelfzorg.

7.5 Medische interventies

Voor informatie over off-label gebruik en exacte dosering van baclofen bij GHB-verslaving wordt verwezen naar de bijlage. Hieronder wordt in het kort de interventie beschreven.

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 multicenter, open-label, non-RCT studies (Beurmanjer et al., 2018; Kamal et al., 2015a) wordt geadviseerd om relatief lage dosis baclofen (45-60mg per dag) voor te schrijven in vergelijking met studies bij alcoholafhankelijkheid om risico op (co)-intoxicatie te voorkomen. Er dient bij het off-label voorschrijven van baclofen monitoring plaats te vinden op bijwerkingen. De maximale dosis wordt mede gebaseerd op het effect dat een patiënt ervaart van baclofen, waarbij een balans gevonden moet worden tussen therapeutisch effect en intoxicatie van baclofen.

In de eerste week hebben patiënten 2 tot 3 keer een consultatie bij de verslavingsarts. Vervolgens wekelijks in de twee weken daarop volgend. Daarna op een 3-wekelijkse basis contact met de verslavingsarts voor de rest van de behandelperiode (Kamal et al., 2015a). Elke consultatie bevat een onderzoek naar algemeen functioneren, vitale kenmerken en cardiopulmonale functies. In week 6 is een bloedonderzoek vereist voor de evaluatie van lever- en nierfuncties.

Patiënten worden met nadruk verzocht om niet abrupt te stoppen met baclofen en worden begeleid door hun arts om complicaties van baclofen-ontwenning te voorkomen. In geval van een terugval in GHB-gebruik, gedefinieerd als GHB-gebruik van ten minste 3 keer op eenzelfde dag of het nemen van een enkele dosis op meer dan 3 opeenvolgende dagen, wordt behandeling van baclofen meteen afgebouwd. Baclofen wordt daarbij teruggebracht naar 0mg per dag in twee weken tijd. Patiënten die het gebruik van baclofen willen continueren na de klinische opname kan ambulante begeleiding en medicatie worden aangeboden door hun arts voor nog eens een periode van 3 maanden.

Hoofdstuk 8 Interventies – Specifieke thema's

In dit gedeelte worden een aantal specifieke thema's verder uitgewerkt: licht verstandelijke beperking (LVB); cognitief functioneren; sociale omgeving; huisvesting; werken, leren en/of dagbesteding; financiën; angst; PTSS; stemming; 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. In de adolescentie vinden een aantal processen plaats die bepalend zijn voor de ontwikkeling naar een goed functionerend (jong)volwassen persoon. Er worden keuzes gemaakt over persoonlijke ontwikkeling en groei, werk en studie, onafhankelijkheid en seksuele identiteit. Jongeren die daar moeite mee hebben kunnen vluchten in middelengebruik. In het geval van problematisch GHB-gebruik worden ontwikkeling en persoonlijke groei stil gelegd. Naast stagnatie in persoonlijke ontwikkeling kan dit leiden tot een gebrek aan (sociale) vaardigheden en coping als het leggen van sociale contacten en het kunnen omgaan met negatieve emoties, die de kans van slagen op een succesvol leven zonder GHB kunnen bemoeilijken. Bovendien dient rekening gehouden te worden dat er mogelijk sprake is van ontwikkelingsstoornissen (zoals bijvoorbeeld autisme en ADHD).

8.1 Licht verstandelijke beperking (LVB)

Geschreven i.s.m. Joanneke van der Nagel

Kernpunten

- Er zijn aanwijzingen dat in de groep problematisch GHB-gebruikers relatief vaak sprake is van LVB-problematiek.
- Mensen met een LVB hebben vaak een laag zelfbeeld, een verminderde weerbaarheid en beperkte sociale vaardigheden waardoor verondersteld wordt dat zij een verhoogd risico lopen op het ontstaan of in stand houden van problematisch middelengebruik.
- Voor screening van LVB in deze populatie wordt aanbevolen om gebruik te maken van de SCIL of de MoCa.
- Voor het bevragen van middelengebruik bij (vermoeden van) LVB kan de SumID-Q afgenomen worden. Deze kan afgenomen worden door begeleiders en gedragswetenschappers, na een korte training.
- Cognitieve gedragstherapeutische interventies en gesprekstechnieken als motiverende gespreksvoering zijn gebaseerd op een normale intelligentie en moeten aangepast worden om inzetbaar te zijn voor LVB-patiënten. CGT+ is een behandelprotocol voor stoornissen in het gebruik van middelen bij mensen met een LVB.
- In de diagnostiek, behandeling en begeleiding van mensen met een LVB en problematisch GHB-gebruik dient maximaal samengewerkt te worden met het professionele en informele systeem van de patiënt.
- Voor patiënten met een LVB en een verslaving zijn steeds meer (aangepast) psychologische en psychosociale behandelinterventies beschikbaar. Deze staan o.a. beschreven in de Leidraad LVB en middelengebruik in het vizier (Van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019).

Achtergrond

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 waardoor bijvoorbeeld zelfreflectie en ook generalisatie naar het dagelijks leven lastig is. Ook raken mensen met een verstandelijke beperking sneller (mentaal) vermoeid als zij veel informatie aangereikt krijgen. Hierdoor blijken reguliere interventies vaak te moeilijk. Cognitieve gedragstherapeutische interventies en gesprekstechnieken als motiverende gespreksvoering zijn gebaseerd op een normale intelligentie en zullen aangepast moeten worden om inzetbaar te zijn voor LVB patiënten.

Via het Centrum LVB & Verslaving¹ 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 naar de Leidraad LVB en middelengebruik in het vizier² (Van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019) en het handboek LVB en verslaving (Nagel et al., 2017a).

Wetenschappelijke kennis

Een onderzoek naar GHB-gebruik bij een specifieke groep jongeren in de gemeente Twenterand gaf een beeld van kwetsbare jongeren. Voor een deel van deze GHB-gebruikers wordt LVB-problematiek vermoed (Nabben & Korf, 2016).

In Nederland is van LVB (Licht Verstandelijke Beperking) sprake wanneer een laag intellectueel functioneren (een IQ-score tussen 50 en 85), samengaat met een beperkt sociaal aanpassingsvermogen en een blijvende behoefte aan ondersteuning (Dijkstra et al., 2011). Jongeren met een licht verstandelijk beperking gebruiken ongeveer net zo vaak alcohol en drugs in vergelijking met hun normaal begaafde leeftijdgenoten. Op het moment dat ze echter middelen gaan gebruiken, zijn er aanwijzingen dat het gebruik daarvan tot ernstigere problemen leidt dan bij mensen zonder zo'n beperking. Het gebruik leidt vaker tot problematisch gebruik, psychosociale problematiek en een problematisch behandeltraject (Nagel et al., 2017a; Van der Nagel et al., 2013).

Mensen met een LVB hebben vaak een laag zelfbeeld, een verminderde weerbaarheid en beperkte sociale vaardigheden waardoor verondersteld wordt dat zij een verhoogd risico lopen op het ontstaan of in stand houden van problematisch middelengebruik.

Professionele kennis

De hulpverleners in de focusgroepen hebben ervaren dat er in de groep problematisch GHB-gebruikers relatief veel sprake is van LVB-problematiek.

Ervaringskennis

Ook uitspraken van patiënten versterken dit vermoeden: het moeite hebben met grenzen aan geven, iedereen te vriend willen houden en het slecht aanhaken bij behandeltrajecten.

Screening en diagnostiek

In de focusgroep wordt aangegeven dat aan de hand van o.a. taalgebruik en opleiding een eerste inschatting gemaakt kan worden of er mogelijk sprake is van LVB. Onderzoek toont echter aan dat er vaak sprake is van onderdiagnostiek van LVB. Waarschijnlijk zijn veel middelengebruikers met een LVB goed in het verbloemen van hun beperkingen. Daarnaast blijken veel hulpverleners weinig sensitief in het opvangen van signalen in deze beperkingen: waar de signalen worden gezien, worden ze vaak anders geïnterpreteerd (bijvoorbeeld als teken van weerstand of gebrek aan motivatie). Daarom wordt geadviseerd dat er binnen de verslavingszorg structureel gescreend wordt op eventuele beperkingen. Dit kan middels de SCIL, maar ook met de MoCa, waarbij een score beneden 26 indicatief voor

1 www.lvbenverslaving.nl

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

een beperking kan zijn. Hoewel het bij de MoCa om een grofmazige screening gaat, is het voordeel dat er 3 varianten bestaan en daardoor een hertest (bijvoorbeeld na stabilisatie) mogelijk is.

Om het gebruik van middelen in de LVB-groep in kaart te brengen is er inmiddels een specifiek instrument beschikbaar, de SumID-Q (Van der Nagel et al., 2011). De vragenlijst is aangepast aan de mogelijkheden en beperkingen van volwassenen met LVB, maar uit ervaringen van experts in de werkgroep blijkt dat de lijst ook voor jeugdigen of mensen met een iets lager of hoger intelligentieniveau geschikt is. Met de SumID-Q kan het gesprek over middelengebruik worden aangegaan. Het instrument is geschikt om af te nemen op indicatie, maar is ook bedoeld voor het screenen van alle cliënten die in zorg zijn. Door de SumID-Q breed toe te passen krijgen professionals in de jeugdhulp en jeugdbescherming helderheid over middelenproblematiek op patiëntniveau.

De SumID-Q kan worden afgenomen door begeleiders en gedragswetenschappers. Om de beoogde visie op de problematiek te krijgen en om de gespreksvoering op een juiste wijze uit te kunnen voeren is een korte training nodig.

Psychologische en psychosociale interventies

Voor patiënten met een LVB en een verslaving zijn steeds meer behandelinterventies beschikbaar. Momenteel is dat bijvoorbeeld Cognitieve Gedragstherapie Plus (CGT+) (Nagel & Kiewik, 2016) die samen met de handreiking '(H)erkend en juist behandeld' (gericht op een LVB vriendelijke intake in de verslavingszorg) (Nagel et al., 2017b), een stevig en landelijk beschikbaar basisaanbod biedt. Beide methodieken zijn verkrijgbaar via Resultaten Scoren. 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 LVB³ en middelengebruik in het vizier en op de website van academische werkplaats Kajak⁴.

In de zorg voor mensen met een LVB en verslavingsproblematiek is samenwerking met het informele en professionele systeem rondom de patiënt essentieel. Bovenbeschreven methodieken voor verslavingsbehandeling bij mensen met een LVB geven aan hoe deze samenwerking vorm gegeven kan worden. Een deel van de interventies voor comorbiditeit en psychosociale begeleiding kan ook prima (of mogelijk beter) vanuit de LVB zorg vorm gegeven worden. Meer informatie over de behandeling van LVB en verslaving (inclusief eventuele comorbiditeit) vindt u in het Handboek LVB en verslaving (Nagel et al., 2017a). Binnen instellingen voor hulpverlening aan mensen met een LVB in de forensische zorg is een module psycho-educatie over LVB 'Weet wat je kan' ontwikkeld (Mulder et al., 2017). Deze module is ook toepasbaar bij andere doelgroepen. 'Weet wat je kan' is een systeemgerichte module psycho-educatie over LVB. De module biedt een methode om met iemand het gesprek aan te gaan over de beperking, hem te informeren en te adviseren.

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

4 <https://www.academischewerkplaatskajak.nl/>

Voor meer informatie wordt verwezen naar de handleiding van de interventie (Mulder et al., 2015). De module psycho-educatie LVB is kosteloos te downloaden via de website van het KFZ (www.kfz.nl), de website van Transfore (www.transfore.nl) en de website van Trajectum (www.trajectum.info).

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

8.2 Cognitief functioneren

Kernpunten

- De kans op een terugval in GHB-gebruik wordt vergroot wanneer er sprake is van (persisterende) cognitieve stoornissen.
- Geheugenverlies treedt bij sommige GHB-gebruikers op. Er zijn aanwijzingen dat herhaalde ernstige bewustzijnsdalingen kunnen leiden tot functiestoornissen ten aanzien van het verbaalgeheugen.
- Hulpverleners in de focusgroepen uiten het vermoeden dat er in de groep problematisch GHB-gebruikers relatief veel sprake is van problemen op het gebied van cognitief functioneren.
- Vanuit de GHB-monitor wordt voor screening en monitoring de MoCa aangeraden.
- Patiënten met cognitieve beschadigingen hebben naar verwachting veel hulp nodig bij het oppakken van hun leven na het afronden van hun behandeling. Het gevaar is groot dat zij gefrustreerd en teleurgesteld raken en terugvallen in het gebruik.

Achtergrond

Wetenschappelijke kennis

Zoals eerder aangegeven wordt de kans op een terugval in GHB-gebruik vergroot wanneer er sprake is van (persisterende) cognitieve stoornissen (Beurmanjer et al., 2016). GHB-gebruikers hebben moeite met het innemen van de juiste dosering vanwege de variatie in GHB-concentratie van de aangeboden vloeibare drug. Het gevolg is dat GHB-gebruikers regelmatig te veel GHB innemen, zodat ze tijdelijk in coma raken ('out gaan'). Dergelijke overdoseringen kunnen gepaard gaan met tijdelijk geheugenverlies en afname van cognitieve vaardigheden (van Amsterdam et al., 2012a). In een survey naar GHB-gebruik rapporteerden zware gebruikers van GHB ernstige geheugenproblemen (Miotto et al., 2001).

Resultaten uit dierproefstudies tonen aan dat leervermogen en geheugen afnemen na toediening van GHB. Andere dierstudies tonen aan dat herhaalde toediening van GHB kunnen leiden tot neuronale schade aan de prefrontale cortex en hippocampus. Deze gebieden zijn betrokken bij de neurale verwerking van informatie en executieve functies (van Amsterdam et al., 2012a).

Recent zijn een aantal publicaties verschenen naar de effecten van GHB-gebruik op de cognitieve functies bij mensen (Raposo Pereira et al., 2019; Raposo Pereira et al., 2018a, 2018b). In deze studie werden GHB-patiënten met en zonder herhaalde coma's vergeleken met een niet-GHB-gebruikende controle groep. Hieruit kwam naar voren dat herhaalde GHB geïnduceerde coma's, maar niet GHB-gebruik op zich, geassocieerd lijken te zijn met functiestoornissen ten aanzien van werk- en verbaalgeheugen.

Professionele kennis

De hulpverleners in de focusgroepen uiten het vermoeden dat er in de groep problematisch GHB-gebruikers relatief veel sprake is van problemen op het gebied van cognitief functioneren.

Screening en diagnostiek

Vanuit de GHB-monitor wordt de MoCa aangeraden (Beurmanjer et al., 2016). De MoCa geeft betrouwbare informatie over cognitieve beperkingen en is onderzocht bij verschillende populaties waaronder patiënten met verslavingsproblematiek (Bruijnen et al., 2019; Bruijnen et al., 2013). Zie ook Hoofdstuk 6 Screening, diagnostiek en monitoring. Op basis van klinisch beeld dient een besluit genomen te worden of de MoCa afgenomen kan worden. De MoCa kan worden afgenomen wanneer de patiënt (nog) niet abstinente is. Wanneer uit de screening blijkt dat er duidelijke aanwijzingen zijn voor cognitieve problemen, wordt een neuropsychologisch onderzoek geadviseerd onder supervisie van een zeer ervaren diagnosticus.

Psychologische en psychosociale interventies

De volgende executieve functies worden onderscheiden: taakinitiatie (beginnen aan de opgedragen taak), planning en priorisering, aandacht richten en volgehouden aandacht, emotieregulatie, werkgeheugen, inhibitie (vermogen om je gedag af te remmen), zelfinzicht en cognitieve flexibiliteit. Deze zijn bijna allemaal 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. Deze patiënten 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.

8.3 Sociale omgeving

Kernpunten

- Eenzaamheid die patiënten ervaren na het verbreken van het contact met gebruikersvrienden is vaak aanleiding voor een terugval in GHB-gebruik.
- Patiënten geven aan problemen te ondervinden bij het ontmoeten van nieuwe mensen en opbouwen van nieuwe sociale contacten.
- Het betrekken van naasten bij de behandeling is belangrijk. Patiënten zijn terughoudend om dit zelf te initiëren. Naasten van een patiënt kunnen helpen bij het herkennen van signalen bij een dreigende terugval.
- Het opbouwen van een gezond netwerk van niet-gebruikers en contact met lotgenoten is essentieel voor herstel.
- Voor de patiënt staan voorlichting en oefening centraal over wat goede sociale (communicatieve) vaardigheden zijn en wat niet. Wat zijn de consequenties van gedrag en wat zijn de alternatieven?
- Om het sociale netwerk van de patiënt in kaart te brengen, kan gebruik gemaakt worden van het Cirkeldiagram zoals wordt gebruikt binnen CRA (Dijkstra & DeFuentes-Merillas, 2009).
- Er zijn verschillende methodieken beschikbaar die aandacht besteden aan het sociale netwerk van een patiënt en helpen bij het betrekken van belangrijke naasten bij de behandeling. Voorbeelden hiervan zijn Minnesota Model, CRA, Strengths Model en FACT.
- Er zijn verschillende technieken ontwikkeld om patiënten sociale vaardigheden aan te leren, bijvoorbeeld interventies uit de sociale angststoornis en de Goldsteintraining.

Achtergrond

Bij sociale omgeving gaat het om een breed thema. Problematisch middelengebruik heeft op verschillende manieren invloed op de sociale omgeving van een patiënt. De kans bestaat dat de patiënt een beperkt of geen sociaal steunnetwerk heeft door het jarenlang problematisch middelengebruik. Om die reden wordt eerst de omvang van het sociaal netwerk van een patiënt in kaart gebracht. Naast de gesprekken met de behandelaar is het contact met lotgenoten tijdens de behandeling en ervaringswerkers van groot belang om meer zicht op sociale vaardigheden te krijgen. Het gaat hierbij ook om het delen van ervaringen. Het voorlichten van de naaste omgeving van de patiënt speelt een belangrijke rol (zie ook 7.3. Psycho-educatie). Voor de patiënt staat voorlichting en oefening centraal over wat goede sociale (communicatieve) vaardigheden zijn en wat niet. Wat zijn de consequenties van gedrag en wat zijn de alternatieven? Dit helpt de patiënt herkennen wat zijn gedragsstijl is en wat het effect hiervan is op zijn omgeving.

Wetenschappelijke kennis

In het onderzoek van Beurmanjer en collega's (2016) kwam naar voren dat sommige patiënten aangeven dat de eenzaamheid die zij ervaren na het verbreken van het contact met gebruikersvrienden aanleiding is voor een terugval in GHB-gebruik. Hierbij werd verder aangegeven door patiënten dat het ontmoeten van nieuwe mensen en opbouwen van nieuwe sociale contacten erg spannend is, voorheen deden ze dit voornamelijk onder invloed van GHB. Ze voelen zich onzekerder en sociaal angstiger na het stoppen met GHB-gebruik en dit maakt het aangaan van nieuwe sociale contacten moeilijker.

Professionele kennis

Professionals geven tijdens de focusgroepen aan dat het belangrijk is om naasten bij de behandeling te betrekken, omdat het gebruik van invloed is op de sociale omgeving van de patiënt en dat patiënt steun kan hebben van deze omgeving tijdens de behandeling. Daarbij geven ze aan dat dit gestimuleerd moet worden, aangezien de doelgroep veelal niet vanuit zichzelf naasten betreft bij de behandeling en dat ze erg onzeker zijn om dit te doen. Advies van de professionals is daarnaast om de omgeving in een vroeg stadium te betrekken bij de behandeling.

Ervaringskennis

Patiënten geven tijdens de focusgroepbijeenkomsten aan dat naasten vaak buiten de behandeling worden gehouden vanwege schaamte. Ze geven aan dat het als lastig ervaren wordt om iemand te vinden die betrokken kan worden bij de behandeling. Aanvullend wordt genoemd dat het van belang is om openheid te kunnen tonen om het vertrouwen weer terug te winnen. Belangrijke naasten van een patiënt kunnen ondersteunen bij het helpen herkennen van signalen bij een dreigende terugval. Daarnaast wordt het belang van het opbouwen van gezond netwerk van niet-gebruikers en contact met lotgenoten genoemd.

Screening en diagnostiek

Bij aanvang van de behandeling wordt gestart met het in kaart brengen van het sociale netwerk van de patiënt. Wat gaat hierin al goed en wat wil h/zij hierin veranderen en/of verbeteren? Voor het in kaart brengen van het sociale netwerk van de patiënt kan gebruik gemaakt worden van het Cirkeldiagram zoals wordt gebruikt binnen CRA (Dijkstra & DeFuentes-Merillas, 2009) (zie bijlage). De patiënt identificeert hiermee zijn sociale netwerk (o.a. gebruikende en niet-gebruikende contacten) en wordt zich hierdoor meer bewust van de bestaande en eventueel toekomstige steunende relaties in zijn/haar leven. Daarnaast wordt gekeken naar de sterke kanten van de patiënt bij het aangaan van sociale contacten en waarbij hij moeite ervaart. Mogelijk heeft de patiënt baat bij sociale vaardigheidstrainingen in de vervolgbehandeling.

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 Minnesota Model (Corveleyn J, 2001; Snoek et al., 2011), CRA (Meyers & Smith, 2008), Strengths Model (Rapp & Goscha, 2012) en FACT (Veldhuizen et al., 2008). 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. Patiënten met een stoornis in het gebruik van GHB geven aan dat ze zich onzekerder en sociaal angstiger voelen dan voor het gebruik van GHB (zie ook 8.7. thema Angst). In de verslavingszorg wordt veelvuldig gebruik gemaakt van interventies uit de behandeling van sociale angststoornis en de Goldsteintraining (<http://www.goldstein.nl/>) naast bestaande sociale vaardigheidstrainingen binnen de instellingen. Via het aanleren van vaardigheden wordt autonomie, assertiviteit, interne controle, accuraatheid van waarnemen en communiceren, tolerantie voor frustratie en ambiguïteit van de patiënt vergroot, om hem/haar beter opgewassen te doen zijn tegen de eisen die het (dagelijkse) leven aan hem/haar stelt. Deze vaardigheden worden de patiënten aangeleerd via modeling, gedragsoefening, sociale bekrachtiging en transfer-training (toepassing in het dagelijks leven).

Tot slot kan het doen van vrijwilligerswerk of werken als ervaringsdeskundige bijdragen aan het opbouwen sociale contacten. Een alternatief kan een buddy of maatje-project zijn. Hierbij dient wel goede coaching van de buddy plaats te vinden.

8.4 Huisvesting

Kernpunten

- De hulpvraag van patiënten richt zich vaak meer op psychosociale problemen zoals huisvesting dan op het middel GHB zelf. Tijdig oppakken van deze ervaren problemen kan de kans op een terugval verminderen.
- Wanneer er geen directe aansluiting is in de vorm van woonbegeleiding na detoxificatie (indien nodig), kan er beter gewacht worden met de opname tot dit geregeld is. Er wordt dan ook geadviseerd om zaken rondom wonen voorafgaande aan de detoxificatie in gang te zetten (zoals begeleid wonen)
- Bij de start van de behandeling dient de problematiek op verschillende leefgebieden, waaronder ook de woonsituatie, van de patiënt in kaart gebracht te worden.
- Voor het slagen van interventies op het gebied van wonen is het van essentieel belang dat alle betrokken partijen (woningcorporaties, gemeente, opvangorganisaties, verslavingszorg etc.) een gezamenlijk draagvlak creëren. Voorbeeld hiervan is de Etten-Leurse aanpak (zie ook Hoofdstuk 4).

Achtergrond

Wetenschappelijke kennis

De hulpvraag van patiënten richt zich vaak meer op psychosociale problemen zoals huisvesting en minder op het middel GHB zelf (Beurmanjer et al., 2019). In de literatuur komt naar voren dat de praktische zaken zoals woonruimte pas laat geregeld worden of dat er onvoldoende aandacht voor is binnen het behandelaanbod waardoor de kans op een terugval sterk toeneemt (Beurmanjer et al., 2019; Otte et al., 2016).

Professionele kennis

In de focusgroepbijeenkomsten met hulpverleners wordt aangegeven dat huisvesting vaak een probleem is bij GHB-problematiek, bijvoorbeeld dat mensen uit huis worden gezet, mensen met schulden niet in aanmerking komen voor sociale woningbouw en dat mensen niet bij de maatschappelijke opvang terecht kunnen vanwege GHB-problematiek. Er zijn verschillende oplossingen, maar hiervoor dient dit probleem onder de aandacht gebracht te worden bij gemeentes.

Verder geven hulpverleners 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. Om die reden wordt geadviseerd om zaken rondom wonen voorafgaande aan de detoxificatie in gang te zetten. Wonen in een andere regio wordt tot slot geadviseerd om de kans op een terugval te verkleinen.

Ervaringskennis

Het risico op een terugval wordt vergroot als dealers in dezelfde straat wonen en/of wanneer patiënten terug moeten gaan naar de oude omgeving met gebruikersvrienden.

Bij het thema huisvesting is goede samenwerking met netwerkpartners als woningbouwverenigingen begeleid wonen en WMO-instellingen van belang (zie ook 4.2. Netwerkpartners en Hoofdstuk 6 van Nijkamp & Lemmers, 2018 over de aanpak van GHB-problematiek in Etten-Leur en Nijkamp, 2019).

In sommige gevallen worden patiënten in een andere gemeente geplaatst om de kans op een terugval zo klein mogelijk te maken (Nijkamp & Lemmers, 2018). Hierover moeten wel goede afspraken met andere gemeenten gemaakt worden, omdat begeleid wonen vanuit de WMO-gelden van de gemeente moeten komen. Het valt vaak niet mee om dit te regelen. Een gemeente mag echter niet weigeren als er noodzaak is voor overplaatsing, maar dit leidt vaak tot veel discussie of er daadwerkelijk sprake is van noodzaak.

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 h/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?

Er bestaat een risicotaxatie-instrument dat gebruikt wordt binnen Housing First (voor meer informatie zie <http://www.impuls-onderzoekscentrum.nl/Taxatie-Sociale-Uitsluiting%20/>).

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. Deze thema's komen ook terug in deze handreiking en zijn nauw met elkaar verbonden. Voor het slagen van interventies op het gebied van wonen is het van essentieel belang dat alle betrokken partijen (woningcorporaties, gemeente, opvangorganisaties, verslavingszorg etc.) een gezamenlijk draagvlak creëren (zie ook Hoofdstuk 4 Organisatie van zorg - netwerkpartners). Een voorbeeld van een interventie op het gebied van wonen is Housing First (<http://housingfirstnederland.nl/>). Op deze website staat naast een beschrijving van de interventie ook adviezen met voorbeeld contracten en protocollen. Voor wonen (en problemen op andere psycho-sociale levensgebieden) wordt het inschakelen van een WMO-consulent aanbevolen.

8.5 Werken, leren en dagbesteding

Kernpunten

- Gebrek aan dagelijkse activiteiten blijkt een reden voor een snelle terugval in GHB gebruik te zijn.
- Er wordt geadviseerd om passende dagactiviteiten al voorafgaande aan de detoxificatie te regelen. Bij de behandeling is het belangrijk om stil te staan bij het maken van een weekplanning (bieden van structuur).
- Patiënten geven aan behoefte te hebben aan ontspanningsinterventies als sport, yoga, mindfulness of meditatie.
- Naast het in kaart brengen van competenties, kwaliteiten en wensen zal het in een aantal gevallen nodig zijn om vaardigheden te versterken of te ontwikkelen (met name bij vroege startleeftijd en langdurig gebruik).
- Het zoeken naar passende daginvulling moet ook gericht zijn op leren, gezien de leeftijd en vaak slechte startpositie van de doelgroep.
- Er zijn diverse interventies beschikbaar die gericht zijn op het in kaart brengen van competenties, kwaliteiten en wensen. Binnen CRA is veel aandacht voor ontspanning, plezierige activiteiten en sport, maar ook werk en zingeving. Een hulpmiddel bij het zoeken naar activiteiten is de Plezierige Activiteiten Lijst.
- IPS (Individuele Plaatsing en Steun) 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.
- Interventies waarbinnen aandacht is voor werken, leren en dagbesteding zijn: Begeleid Leren, WRAP (Wellness Recovery Action Plan) en Herstellen doe jezelf.
- Ervaringsdeskundigen kunnen een belangrijke rol spelen in het helpen zoeken naar daginvulling en het stellen van doelen.
- WMO-consulent heeft een belangrijke rol bij het vinden van passende dagbesteding.

Achtergrond

Wetenschappelijke kennis

Het gebrek aan dagelijkse activiteiten blijkt een reden voor een snelle terugval in GHB gebruik te zijn (van Noorden et al., 2017).

Professionele kennis

Lang wachten op passend (vrijwilligers)werk vergoot het risico op een terugval volgens professionals in de focusgroepen. Zij adviseren om passende dagactiviteiten al voorafgaande aan de detoxificatie te regelen. Bij de behandeling is het belangrijk om stil te staan bij het maken van een weekplanning (bieden van structuur).

Ervaringskennis

Patiënten geven tijdens de focusgroepbijeenkomsten aan dat GHB o.a. gebruikt werd uit verveling en om tijd te doden, wat duidt op het ontbreken van zinvolle dagbesteding. Verder vinden ze het belangrijk om ontspanning te vinden middels sport, yoga, mindfulness of meditatie. Ze geven aan dat het moeilijk is om weer iets te vinden dat ze leuk vinden om te doen. Vragen als 'Wat vond je vroeger leuk?', 'Was je liever buiten of binnen als kind?' en veel dingen mogen uitproberen kunnen daarbij helpen.

Screening en diagnostiek

GHB heeft in het leven van de gebruikers 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. Naast het in kaart brengen van competenties, kwaliteiten en wensen zal het in een aantal gevallen nodig zijn om vaardigheden te versterken of te ontwikkelen (met name bij vroege startleeftijd en langdurig gebruik). De start hiermee moet bij voorkeur al tijdens de opname gemaakt worden, omdat het ontbreken van een goede daginvulling een belangrijke risicofactor is voor snelle terugval.

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. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de sterke kanten van de patiënt en wordt gekeken naar hulpbronnen en vaardigheidstrainingen die nodig zijn om dit te verwezenlijken.

Een hulpmiddel bij het zoeken naar activiteiten is de Plezierige Activiteiten Lijst (zie bijlage). Let vooral op activiteiten die patiënt wel plezierig vindt, maar nog niet vaak doet. Welke belemmeringen zijn er? Zijn er alternatieven?

Psychologische en psychosociale interventies

Er zijn diverse interventies beschikbaar die gericht zijn op het in kaart brengen van competenties, kwaliteiten en wensen. Binnen CRA is veel aandacht voor ontspanning, plezierige activiteiten en sport (plezierige activiteitenlijst), maar ook werk en zingeving.

IPS (Individuele Plaatsing en Steun) (Busschbach et al., 2011) 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 (voor meer informatie zie www.werkenmetips.nl). 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. Ook binnen Herstellen doe je zelf (Henkens et al., 2009) en WRAP (Wellness Recovery Action Plan) (Boertien et al., 2012) is 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. Binnen verschillende gemeentes zijn projecten op het gebied van werken, leren en dagbesteding. Bij een minimum inkomen kan via de gemeente contributie voor een (sport)vereniging worden aangevraagd. Een WMO-consulent heeft een belangrijke rol bij het vinden van passende dagbesteding.

8.6 Financiën

Kernpunten

- Patiënten met 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.
- Het is belangrijk om voorafgaande aan de detoxificatie o.a. zaken rondom financiën en schuldsanering in gang te zetten.
- Voor de psycho-educatie rond financiën kan gebruik worden gemaakt van de sessie Omgaan met geld binnen de Liberman module.
- Andere interventies met aandacht voor financiën zijn het Strengths Model, Herstellen doe jezelf, Wellness Recovery Action Plan (WRAP) en Housing First.

Achtergrond

Wetenschappelijke kennis

Het thema financiën hangt nauw samen met andere psychosociale gebieden als wonen, werk en dagbesteding. Patiënten geven aan dat ze hulp nodig hebben op het gebied van schulden en financiën (Beurmanjer et al., 2019). Patiënten met 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.

Professionele kennis

Het is van belang om voor detoxificatie o.a. zaken rondom financiën en schuldsanering in gang te zetten. Tijdens de focusgroepbijeenkomsten wordt aangegeven dat klachten over schuldhelpverlening/ bewindvoering serieus genomen moeten worden. De WMO-consulent is procesregisseur als het gaat om financiën.

Ervaringskennis

Dit thema moet vroeg in de behandeling worden besproken. Er wordt vaak de fout gemaakt dat GHB niet veel kost, maar het gedrag veroorzaakt door GHB kost veel geld en zorgt uiteindelijk voor financiële problemen. Patiënten weten vaak niet dat of hoeveel schulden ze hebben. Het hebben van schulden veroorzaakt veel stress en het advies is om de financiën niet tijdens de detoxificatie in kaart te brengen. In het begin van de behandeling is begeleiding rondom financiën belangrijk. De hulpverlener kan als brugfunctie dienen tussen patiënt en de financiële persoon die doorgaans geen kennis heeft over verslaving.

Screening en diagnostiek

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

Psychologische en psychosociale interventies

Geld speelt een rol bij verslavingsgedrag. Immers, als je geld hebt kun je makkelijk middelen verwerven, vaak ten koste van zaken waar je ook geld voor nodig hebt zoals de huur of voedsel. Daarnaast levert financiële problemen stress op en maken de kans op een terugval groter. Voor de psycho-educatie rond financiën kan gebruik worden gemaakt van de sessie Omgaan met geld binnen de Liberman module (Blankman, 2016).

Binnen interventies als Strengths Model (Rapp & Goscha, 2012), Herstellen doe je zelf (Henkens et al., 2009), WRAP (Wellness Recovery Action Plan) (Boertien et al., 2012), en Housing First is aandacht voor het thema financiën.

8.7 Angst

Kernpunten

- Angst en stress verhogen de behoefte aan GHB-gebruik bij abstinentie. Vaak waren deze klachten reden voor gebruik en keren deze bij bereiken van abstinentie hevig terug.
- Angstklachten kunnen nog maanden na het bereiken van abstinentie aanhouden.
- Er lijkt bij deze doelgroep veelal sprake te zijn van sociale angst. GHB-patiënten rapporteren daarbij klachten als moeite met grenzen aangeven, moeite hebben met contact met anderen zonder GHB, faalangst, onzeker voelen etc.
- Bij de mogelijke aanwezigheid van een angststoornis na screening wordt een uitgebreide en verdiepende diagnostiek geadviseerd. Voor diagnostiek en classificatie van angststoornissen zijn verschillende semi-gestructureerde interviews beschikbaar, zoals bijvoorbeeld SCID-I, CIDI en MINI.
- Voor psychologische interventies geldt dat cognitieve gedragstherapie (CGT) voor zowel angststoornissen als verslavingsproblematiek de aangewezen behandelvorm. De CGT verschilt daarbij per type angststoornis, maar bij vrijwel alle angststoornissen zijn vormen van exposure het belangrijkste element. Exposure in vivo is ook bij sociale angst een belangrijke interventie. Verder worden voor enkele angststoornissen aanvullende technieken beschreven zoals bijvoorbeeld taakconcentratietraining bij sociale angst.
- Naast CGT dient de behandeling aandacht te geven aan sociale vaardigheidstraining en zelfcontrole training. Deze zijn o.a. uitgewerkt in een keuzethema binnen de CGT voor problematisch middelengebruik, CRA en Liberman module Omgaan met verslaving. De Goldstein methode is een effectieve methodiek om sociale vaardigheden aan te leren met de cognitief sociale leertheorie.
- Aanvullend kunnen Mindfulness Based Cognitieve Therapy (MBCT; aandachtgerichte cognitieve therapie) en ontspanningsoefeningen, vooral in de vorm van Progressieve Relaxatie (PR), toegepast worden bij angststoornissen.
- Er is weinig bewijs gevonden om af te wijken van de geldende richtlijn over farmacotherapie bij angststoornissen in het algemeen. De bijdrage van farmacotherapie voor angststoornissen en verslaving is echter bescheiden. Farmacotherapie moet altijd deel uitmaken van een multidisciplinair behandelplan.

Achtergrond

Wetenschappelijke kennis

Uit de literatuur blijkt dat angst en stress de behoefte aan GHB-gebruik verhogen. Vaak waren deze klachten de reden voor gebruik en keren ze bij bereiken van abstinentie heviger terug (Beurmanjer et al., 2019).

Professionele kennis

Angstig voelen, paniekaanvallen en hebben van stress worden als risicofactoren voor een terugval in GHB-gebruik genoemd. Professionals adviseren tijdens de focusgroepen goede diagnostiek gericht op angstklachten. Voorafgaande aan de detoxificatie is het belangrijk om aan te geven dat tijdens de eerste 6 maanden na detoxificatie heftige angstgevoelens kunnen optreden. Een ervaringsdeskundige kan helpen om dit bespreekbaar te maken en aan te geven dat deze gevoelens van angst en leegte niet onderschat moeten worden.

Ervaringskennis

Ook in de focusgroepen met patiënten en hun naasten wordt aangegeven dat er aandacht voor angstklachten moet zijn in de behandeling bij GHB. Het leven zonder GHB wordt aanvankelijk als heel angstig omschreven. Eenmaal clean komen gevoelens van angst en traumatische gebeurtenissen naar boven. Zij geven aan dat het belangrijk is te leren omgaan met angst en onzekerheid, het werken aan zelfvertrouwen en leren om grenzen aan te geven. Het leren omgaan met moeilijke situaties (zoals het verbreken van een relatie) zonder GHB is essentieel.

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). In deze handreiking wordt in het bijzonder stil gestaan bij sociale angst, aangezien de GHB-patiënten vooral klachten rapporteren als moeite met grenzen aangeven, moeite hebben met contact met anderen zonder GHB, faalangst, onzeker voelen etc.

In bovenstaande documenten wordt gesteld dat over het algemeen genomen de geïntegreerde behandeling voor verslaving en angststoornissen moet bestaan uit een gecombineerde toepassing van evidence-based interventies voor angststoornissen die zijn opgenomen in de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (Balkom et al., 2013) en evidence-based interventies voor verslavingsproblematiek zoals beschreven in verschillende richtlijnen van o.a. Resultaten Scoren (Rens, 2013; Snoek et al., 2012).

Screening en diagnostiek

Een goede taxatie van de herkomst van de angstklachten is essentieel voor het vervolg van de behandeling. Komen de angstklachten voort vanuit een angststoornis, PTSS, persoonlijkheid en/of onthouding van GHB? Er lijkt bij GHB, net als bij benzodiazepines, sprake te zijn van een langdurig onthoudingssyndroom waar patiënten maanden voor nodig hebben om van te herstellen. Het diagnostisch proces wordt gecompliceerd door de verschillende manieren waarop middelengebruik en angstklachten elkaar beïnvloeden (Rens, 2013). Hierdoor is voor een betrouwbare diagnostiek een periode van abstinentie noodzakelijk. De duur van abstinentie varieert hierbij van twee à drie weken (Snoek et al., 2012) tot minimaal vier à zes weken (Baillie & Sannibale, 2007; Emmelkamp & Vedel, 2007a). 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 (Snoek et al., 2012). De interactie in sociale situaties (hoofdkenmerk van sociale angst) is geen specifiek symptoom bij middelengebruik of ontwenningverschijnselen.

Gezien de complexiteit van diagnostiek van deze comorbide stoornissen kan het beste gewerkt worden met werkhypotheses die richting geven aan de behandeling en die tijdens het traject steeds getoetst en geëvalueerd dienen te worden. Het is hierbij van belang dat intake en diagnostici op de hoogte zijn van de meest duidelijke en onderscheidende kenmerken van de verschillende angststoornissen (Rens, 2013). Voor diagnostiek en classificatie van angststoornissen zijn verschillende semi-gestructureerde interviews beschikbaar, zoals bijvoorbeeld SCID-I, CIDI en MINI. Bij aanwijzingen voor de aanwezigheid van een angststoornis na screening wordt een uitgebreide en verdiepende diagnostiek geadviseerd.

Psychologische en psychosociale interventies

Het is van belang dat middels psycho-educatie de patiënt bewust gemaakt wordt van de samenhangen wederzijdse beïnvloeding tussen angststoornis of angstklachten en GHB-gebruik. Daarnaast wordt samen met de patiënt onderzocht hoe voor hem/haar de klachten precies samenhangen en wat de functie van het GHB-gebruik is.

De redenen waarom patiënten GHB doordeweeks gaan gebruiken zijn dat ze merken dat ze er beter door kunnen functioneren zoals bijvoorbeeld “minder brak voelen” en meer plezier ervaren bij alles wat ze doen (Beurmanjer et al., 2019). Negatieve effecten van GHB worden vaak pas opgemerkt wanneer GHB een keer niet wordt genomen, zoals angst- en paniekaanvallen. Niet iedereen legt de verbinding tussen deze ontwenningssymptomen en het gebruik van GHB. Doordat iemand niet begrijpt waar deze klachten ineens vandaan komen, leidt dit weer tot (meer) angstklachten. Ook na detoxificatie van GHB staan angstklachten op de voorgrond. Deze klachten zijn soms geheel nieuw voor een patiënt (Beurmanjer et al., 2019). Onder invloed verdwijnen deze klachten direct weer. Om deze reden is GHB voor patiënten het medicijn voor hun (psychische) klachten. Angstklachten kunnen nog maanden na het bereiken van abstinentie aanhouden. Patiënten die langdurige abstinentie bereikt hebben geven hierbij aan dat deze angstklachten (ook als ze onbehandeld blijven) langzaam afnemen vanaf 4 tot 6 maanden na detoxificatie. Bovendien dringen problemen als gevolg van het gebruik pas door bij het bereiken van abstinentie (o.a. schulden, huisvesting) en deze zorgen voor stress, wat opnieuw de behoefte aan gebruik verhoogd. Uit interviews met patiënten blijkt verder dat ze zich onzekerder en sociaal angstiger voelen dan voor het GHB-gebruik. Dit zorgt er onder andere voor dat ze moeite hebben om (nieuwe) sociale contacten te leggen.

Voor psychologische interventies geldt dat cognitieve gedragstherapie (CGT) voor zowel angststoornissen als verslavingsproblematiek de aangewezen behandelvorm is (Rens, 2013). De CGT verschilt daarbij per type angststoornis, maar bij vrijwel alle angststoornissen zijn vormen van exposure het belangrijkste element. Exposure in vivo is ook bij sociale angst een belangrijke interventie. Hierbij gaat het om gedragsexperimenten om verwachtingen over negatieve sociale beoordeling te toetsen. Verder worden specifieke aanvullende technieken beschreven zoals bijvoorbeeld taakconcentratietraining bij sociale angst. Voor de klinische praktijk zijn handzame behandelprotocollen ontwikkeld gericht op CGT bij angststoornissen

(Keijsers et al., 2017). Snoek en collega's (2012) geven tot slot aan dat individuele behandeling van verslaving in plaats van groepsbehandeling effectiever zou kunnen zijn bij patiënten met een sociale angststoornis, aangezien het deelnemen aan een groep voor deze groep vaak een hoge drempel vormt. Echter in de focusgroepbijeenkomsten werd het belang van contact met lotgenoten (in groepsbehandeling) als een meerwaarde aangegeven.

Naast CGT dient de behandeling aandacht te geven aan sociale vaardigheidstraining en zelfcontrole training. Deze zijn o.a. uitgewerkt in een keuze thema 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 (Zee et al., 1989) is een effectieve methodiek om sociale vaardigheden aan te leren met de cognitief sociale leertheorie.

Bij de Goldstein methode worden vaardigheden aangeleerd die autonomie, assertiviteit, interne controle, accuraatheid van waarnemen en communiceren, tolerantie voor frustratie en ambiguïteit van de patiënt vergroten met als doel beter opgewassen te zijn tegen de eisen die het (dagelijks) leven aan de patiënt stelt. Deze vaardigheden worden patiënten aangeleerd via modeling, gedragsoefeningen, sociale bekrachtiging en transfertraining (toepassing in het dagelijks leven).

Aanvullend bij psychologische interventies kan Mindfulness Based Cognitieve Therapie (MBCT; aandachtgerichte cognitieve therapie) toegepast worden bij angststoornissen. In een literatuurstudie (Sancho et al., 2018) komt naar voren dat deze vorm van therapie effectief is; vooral als aanvulling op de gebruikelijke vorm van behandeling.

Ontspanningsoefeningen, vooral in de vorm van Progressieve Relaxatie (PR) vormen een veel toegepaste techniek en leveren een bescheiden bijdrage aan angstvermindering (Balkom et al., 2013). Hoewel progressieve spierontspanning slechts een bescheiden bijdrage levert aan angst behandeling kan de methode vrij eenvoudig worden aangeleerd en gemakkelijk door de patiënt zelf worden toegepast.

Medische interventies

Er is weinig bewijs gevonden om bij GHB-gebruik af te wijken van de geldende richtlijn over farmacotherapie bij angststoornissen in het algemeen (Snoek et al., 2012). Hierin zijn doorgaans selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) de eerste keus voor behandeling van angststoornissen bij comorbide verslavingsproblematiek. Snoek en collega's (2012) concluderen dat de bijdrage van farmacotherapie voor angststoornissen en verslaving bescheiden is en dat farmacotherapie altijd deel moet uitmaken van een multidisciplinair behandelplan. Tot slot wordt opgemerkt terughoudend te zijn met het voorschrijven van benzodiazepinen bij verslaafde patiënten ondanks dat deze effectief kunnen zijn bij het bestrijden van acute angst- en panieklachten.

8.8 Trauma

Kernpunten

- De kans op een terugval wordt volgens professionals verkleind wanneer PTSS wordt behandeld.
- De Primary Care PTSD screening questionnaire (PC-PTSD) is een instrument die gevalideerd is in een Nederlandse populatie verslaafden. Verder is er binnen de Jellinek een zeer korte PTSS screener ontwikkeld en gevalideerd. Verder onderzoek kan gedaan worden middels gestandaardiseerde instrumenten zoals bijvoorbeeld de PTSS-modules van de SCID-I of CIDI of het uitgebreidere Klinisch Interview voor PTSS (KIP).
- In de MDR worden als eerste stap in de behandeling cognitieve gedragstherapie (CGT) en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) aanbevolen. Deze interventies zijn intensief en certificering voor trainers is noodzakelijk.
- Medicamenteuze interventies nemen een beperkte plaats in bij comorbide PTSS en verslaving.

Achtergrond

Wetenschappelijke kennis

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat bij 14,8% van patiënten die zich aanmelden voor behandeling voor verslavingsproblematiek, er sprake was van een huidige episode van PTSS (van Dam et al., 2010). De combinatie PTSS en verslaving komt binnen de klinische setting vaker voor dan in een ambulante setting (Morrissey et al., 2005). Voor zover bekend is er nog geen onderzoek gedaan naar PTSS bij GHB-verslaving.

Professionele kennis

Goede diagnostiek gericht op PTSS wordt door professionals geadviseerd tijdens de focusgroepen. De kans op een terugval wordt verkleind wanneer PTSS wordt behandeld. Een geïntegreerde behandeling heeft hierbij de voorkeur.

Ervaringskennis

Patiënten geven tijdens de focusgroepen aan dat er verschillende belangrijke gebeurtenissen in hun leven waren die duidelijke invloed hadden op het gebruik van GHB (zoals scheiding ouders, hevige vechtpartij met ziekenhuisopname en lang herstel tot gevolg).

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

Er zijn een aantal screeningsinstrumenten gevalideerd voor verslaafde populaties. De Primary Care PTSD screening questionnaire (PC-PTSD) is een instrument die gevalideerd is in een Nederlandse populatie verslaafden (Kok et al., 2013). Verder is er binnen de Jellinek een zeer korte PTSS screener ontwikkeld en gevalideerd (van Dam et al., 2013). Door middel van screening kan vast worden gesteld of verdere diagnostiek noodzakelijk is.

Verder onderzoek naar PTSS kan gedaan worden middels gestandaardiseerde instrumenten zoals bijvoorbeeld de PTSS-modules van de SCID-I of CIDI of het uitgebreidere Klinisch Interview voor PTSS (KIP). Zoals bij andere comorbide psychiatrische stoornissen dient de patiënt bij voorkeur enkele weken abstinente te zijn van GHB. 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

In de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Balkom et al., 2013) staan interventies beschreven voor patiënten met PTSS zonder comorbide stoornissen. In de MDR worden als eerste stap in de behandeling cognitieve gedragstherapie (CGT) en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) aanbevolen. Bij onvoldoende resultaat bij EMDR kan overgestapt worden op Imaginaire Exposure, eventueel in combinatie met CGT. Deze interventies gericht op PTSS zijn intensief en certificering voor trainers is noodzakelijk (Snoek et al., 2012).

Medische interventies

Medicamenteuze interventies nemen een beperkte plaats in bij comorbide PTSS en verslaving (Balkom et al., 2013). De eerste keus is selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) en bij onvoldoende effect een tricyclisch antidepressivum. Er zijn verder aanwijzingen dat topiramaat geschikt kan zijn voor de behandeling van nachtmerries en flashbacks bij PTSS en verslaving (Aldeman et al., 2009).

8.9 Stemming

Kernpunten

- Het hebben van een depressie blijkt duidelijk invloed te hebben op problematisch gebruik van GHB.
- Bij screening en diagnostiek is het belangrijk dat er onderscheid wordt gemaakt tussen een depressieve stoornis of door middelen uitgelokte depressieve klachten. Voor de screening kan gebruik gemaakt worden van de Depression Anxiety Stress Scales (DASS) die is opgenomen in de MATE. Verder onderzoek kan gedaan worden met bijvoorbeeld de depressiesectie uit de MINI en de Beck Depression Inventory (BDI).
- Voor behandeling is een Nederlandstalig protocol beschikbaar voor cognitieve gedragstherapie bij comorbide verslaving en depressie waarbij de nadruk ligt op activatie en hervinden van controle. Het toevoegen van Mindfulness technieken kan naar eigen keuze ingezet worden.
- Verder wordt Acceptance & Commitment Therapy (ACT) genoemd als evidence-based interventie bij depressie en verslaving.

Achtergrond

Wetenschappelijke kennis

In een studie door Stein en collega's (2011) wordt beschreven dat GHB-patiënten aangeven dat ze GHB gebruiken als zelfmedicatie o.a. tegen depressieve klachten. Het hebben van een depressie blijkt duidelijk invloed te hebben op problematisch gebruik van GHB (Kamal et al., 2017) en patiënten scoorden hoog op depressieve klachten tijdens detoxificatie van GHB (de Weert-van Oene et al., 2013). Ook na detoxificatie geven patiënten aan dat het leven kleurloos is en blijft er in de ogen van de patiënt een depressief bestaan achter (Beurmanjer et al., 2019). Om deze reden zijn goede diagnostiek en behandeling gericht op depressie en stemmingsklachten belangrijk.

Voor meer informatie over verslaving en depressie wordt verwezen naar de handleiding Middelenafhankelijkheid en depressie die in 2009 ontwikkeld is binnen Resultaten Scoren (Guiot et al., 2009). Daarnaast het hoofdstuk Unipolaire depressie en verslaving in het Handboek Dubbele Diagnose (Groot et al., 2013). Voor meer informatie rondom depressie wordt verwezen naar 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 (Guiot et al., 2009).

Het is belangrijk dat er onderscheid wordt gemaakt tussen een depressieve stoornis of door middelen uitgelokte depressieve klachten (Groot et al., 2013). Behandeling van verslaving leidt bij 40 tot 75% van de gevallen tot het verdwijnen van de depressie na het staken van het middelengebruik. Om die reden is het verstandig om een periode van vier weken abstinentie aan te houden voor het vaststellen van de diagnose depressie. Als echter blijkt dat de stemming van patiënten tijdens ontwenning of kort erna niet opklaart of zelfs achteruitgaat dan moet men nadere diagnostiek en eventueel behandeling overwegen.

Psychologische en psychosociale interventies

Het is van belang dat door psycho-educatie de patiënt bewust gemaakt wordt van de wederzijdse beïnvloeding tussen stemmingsklachten en GHB-gebruik. Daarnaast wordt samen met de patiënt onderzocht hoe voor hem/haar de klachten precies samenhangen en wat de functie van het GHB-gebruik is.

Stemmingsklachten veroorzaakt door het gebruik kunnen nog maanden na het bereiken van abstinentie aanhouden. Deze klachten nemen doorgaans langzaam af van 4 tot 6 maanden na detoxificatie. Bovendien dringen problemen als gevolg van het gebruik pas door bij het bereiken van abstinentie (o.a. schulden, huisvesting).

Voor het verband tussen depressie en verslaving worden in de literatuur verschillende verklaringen gegeven (Groot et al., 2013): een hypothese is dat mensen met een depressie hun symptomen proberen te verzachten door zelfmedicatie met een middel; andere verklaring is dat depressie ontstaat als gevolg van intoxicatie of ontwenningssverschijnselen door het middel en tot slot zouden gemeenschappelijke risicofactoren verantwoordelijk zijn voor zowel depressie als verslaving. Onderzoek geeft bewijs voor alle modellen, er zijn meerdere mechanismen die leiden tot de comorbiditeit van depressie en verslaving.

Voor behandeling is een Nederlandstalig protocol beschikbaar voor cognitieve gedragstherapie bij comorbide verslaving en depressie (Guiot et al., 2009) waarbij de nadruk ligt op activatie en hervinden van controle. Het toevoegen van Mindfulness technieken kan naar eigen keuze ingezet worden. Klassieke cognitieve gedragstherapie blijkt vaak te moeilijk voor bepaalde patiënten (zoals o.a. LVB) en om die reden wordt gedragsactivatie vaak toegepast op deze doelgroep (Groot et al., 2013). Verder wordt Acceptance & Commitment Therapy (ACT) genoemd als evidence-based interventie bij depressie en verslaving. Al deze interventies hebben overeenkomsten: er is een focus op activering en toegenomen aandacht voor persoonlijke waarden. De verschillen liggen met name in de wijze waarop wordt omgegaan met negatieve gedachten.

Medische interventies

Voor de medicamenteuze behandeling van een depressieve stoornis wordt verwezen naar de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (Spijker et al., 2013). Verder wordt verwezen naar de Handleiding Middelenafhankelijkheid en depressie (Guiot et al., 2009) met betrekking tot een comorbide depressie bij verslaving. Bij een matige depressie is de keuze aan de patiënt of deze CGT of een antidepressivum wil. Indien de depressieve klachten na detoxificatie in ernstige vorm blijven voortbestaan, wordt de patiënt aangeraden om een antidepressivum te gaan gebruiken in combinatie met psychologische interventies.

8.10 Emotie-regulatie en persoonlijkheid

Kernpunten

- Patiënten geven aan dat eenmaal nuchter ze niet gewend waren om negatieve emoties en problemen te verdragen. Ze geven aan moeite te hebben met het omgaan met gevoel en emoties.
- Vanuit de focusgroepen met professionals werd screening en diagnostiek op persoonlijkheid geadviseerd.
- Het probleem bij de diagnostiek van persoonlijkheidsproblematiek is de overlap van symptomen met verslavingsproblematiek. Psychiatrische geschiedenis (in brede zin) en biografie zijn essentieel om hierin meer duidelijkheid te krijgen. Voor diagnostiek zijn verschillende semi-gestructureerde interviews beschikbaar om de persoonlijkheidsproblematiek in kaart te brengen, zoals bijvoorbeeld SIPD-IV, SCID-II, VKP.
- In de verslavingszorg worden Dialectische Gedragstherapie (DGT), schematherapie en Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis (VERS) toegepast bij emotie-regulatie en persoonlijkheidsproblematiek. Er bestaat een aangepaste vorm van DGT welke ontwikkeld is voor patiënten met middelenafhankelijkheid (DGT-V) en bevat een aantal elementen gericht op verslaving.
- Behandeling middels farmacotherapie neemt een bescheiden plaats in en behandeling middels psychotherapie is de eerste keuze.

Achtergrond

Wetenschappelijke kennis

In het onderzoek van Beurmanjer en collega's (2019) werd door patiënten aangegeven dat ze eenmaal nuchter veel moeite hebben met het verdragen van negatieve emoties en problemen.

Professionele kennis

Professionals adviseerden tijdens de focusgroepen aanvullende screening en diagnostiek op persoonlijkheid. 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 wachtlijst voor behandeling gericht op persoonlijkheidsproblematiek. Het gaat hierbij om langdurige behandeltrajecten. Als tussenoplossing wordt aangedragen om een simpele vorm (van bijvoorbeeld DGT en VERS) aan te bieden tijdens de verslavingsbehandeling.

Ervaringskennis

Als aandachtsgebied wordt leren omgaan met gevoel/emoties aangegeven. Bovendien wordt gezegd dat het tonen van gevoelens bemoeilijkt wordt wanneer er sprake is van faalangst. 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 hoofdstuk Persoonlijkheidsstoornissen en verslaving in het Handboek Dubbele Diagnose (Dijkhuizen, 2013). Voor meer informatie rondom persoonlijkheidsproblematiek wordt verwezen naar de Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008).

Screening en diagnostiek

Het probleem bij de diagnostiek van persoonlijkheidsproblematiek is de overlap van symptomen met verslavingsproblematiek (Dijkhuizen, 2013). Bij beide stoornissen worden vaak dezelfde symptomen gezien, zoals stemmingswisselingen, psychotische fenomenen, impulsiviteit, hopeloosheid, wantrouwen en achterdocht, betrekkingsideeën, weinig belangstelling voor anderen, gevoelens van leegte en angst. Om deze reden zijn de psychiatrische geschiedenis (in brede zin) en biografie essentieel in het nagaan welke klachten en symptomen wanneer het eerste zijn opgetreden.

Er zijn verschillende semi-gestructureerde diagnostische interviews beschikbaar om de persoonlijkheidsproblematiek in kaart te brengen, zoals bijvoorbeeld SIPD-IV, SCID-II, VKP. Net als bij andere problematiek vindt diagnostiek plaats wanneer de patiënt gedurende voldoende lange periode abstinente is.

Psychologische en psychosociale interventies

Emotie-regulatie problematiek, persoonlijkheidsproblematiek en verslaving komen vaak samen voor (Dijkhuizen, 2013). In de verslavingszorg worden Dialectische Gedragstherapie (DGT), schematherapie en Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis (VERS) toegepast bij emotie-regulatie en persoonlijkheidsproblematiek. Deze interventies zijn oorspronkelijk ontwikkeld voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, in het bijzonder voor borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS). In zowel verslaving als BPS spelen problemen op het gebied van impulscontrole als emotieregulatie een belangrijke rol (Fleurkens et al., 2009). 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 (2016) (voor meer informatie zie www.trimbos.nl).

Mentalization-Based Treatment (MBT) is een andere interventie die oorspronkelijk ontwikkeld en effectief bevonden is voor BPS en toegepast kan worden.

DGT is een vorm van cognitieve gedragstherapie aangevuld met mindfulness en een dialectische benadering (Dijkhuizen, 2013). Er bestaat een aangepaste vorm van DGT welke ontwikkeld is voor patiënten met middelenafhankelijkheid (DGT-V) en bevat een aantal elementen gericht op verslaving. VERS richt zich eveneens op emotie-regulatie problemen van patiënten met BPS. Hierbij wordt cognitieve gedragstherapie toegepast zonder dat mindfulness. DGT duurt over het algemeen langer dan VERS. VERS is een training met een vaste omvang en DGT is een individueel behandeltraject waardoor de duur erg uiteen kan lopen.

Medische interventies

Farmacotherapie neemt een bescheiden plaats in bij emotie-regulatie en/of persoonlijkheidsproblematiek waarbij psychotherapie de eerste keuze behandeling is (Dijkhuizen, 2013; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008). Voor meer informatie wordt verwezen naar het hoofdstuk medicamenteuze behandeling in het Handboek Persoonlijkheidspathologie (Ingenhoven & Rinne, 2007) en de Multidisciplinaire Richtlijn (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008). De laatste is deels ge-update in de zorgstandaard persoonlijkheidsstoornissen (<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/persoonlijkheidsstoornissen>). Een update van de Richtlijn gaat binnenkort van start.

8.11 Slaap

Geschreven i.s.m. Ellis van Paassen – Magnée

Kernpunten

- GHB-patiënten hebben veelvuldig slaapproblemen en deze problemen houden nog langdurig aan na het stoppen met GHB.
- Voor screening wordt de Pittsburgh slaapkwaliteitsindex (PSQI) geadviseerd. Deze vragenlijst is opgenomen in de GHB-vragenlijst.
- Interventies rondom slaapproblemen richten zich op psycho-educatie, slaaphygiëne en ontspanningsoefeningen.

Achtergrond

Wetenschappelijke kennis

De (ernst van) GHB-verslaving lijkt sterk geassocieerd te zijn met slaapproblemen na detoxificatie (Brunt et al., 2013). In interviews met GHB-patiënten werden slaapproblemen gerapporteerd en deze klachten bleven nog langdurig aanwezig na het staken van het

GHB-gebruik (Beurmanjer et al., 2019). Om deze reden is het van belang om tijdens de intake, diagnostiek en gedurende de behandeling aandacht te hebben voor de kwaliteit van slaap van de patiënt.

In de jaren zeventig bleek GHB effectief te zijn in de behandeling van narcolepsie. Nachtelijke doses GHB bij narcolepsie bleken effectief voor het verbeteren van de slaap, vermindering van het aantal keer nachtelijk ontwaken en het aantal aanvallen van kataplexie overdag (Dauvilliers et al., 2007; Lemon et al., 2006). De bevinding dat GHB de diepe slaap deed toenemen leidde tot het gebruik van GHB als een groeihormoonstimulerende drug. In de jaren '80 werd dit gebruikt door bodybuilders, omdat het groeihormoon voornamelijk wordt geproduceerd tijdens de diepe slaap (Van Cauter et al., 1997). Ontwenningssverschijnselen van GHB met betrekking tot de slaap zijn vergelijkbaar met die van andere kalmerende middelen, zoals alcohol (Tarabar & Nelson, 2004). Ontwenningssverschijnselen treden alleen op bij patiënten die GHB tenminste elke acht uur gebruikten; bij patiënten die dagelijks medicinale GHB gebruiken als behandeling voor narcolepsie treden deze niet tot nauwelijks op (Tarabar & Nelson, 2004).

Voor degene die meer willen weten over de werkingsmechanisme van GHB op slaap wordt verwezen naar het artikel van Crunelli en collega's (Crunelli et al., 2006).

Professionele kennis

Hulpverleners in de focusgroepen geven aan dat slaap een belangrijk thema is bij GHB en dat hiervoor meer aandacht dient te zijn binnen de behandeling. Psycho-educatie over slaap vormt een belangrijk onderdeel binnen de behandeling.

Ervaringskennis

Patiënten in de focusgroepen geven aan dat er meer aandacht voor het onderwerp slaap moet zijn binnen de behandeling. Voor sommige patiënten kan Mindfulness bijdragen aan een verbetering van slaap.

Screening en diagnostiek

Voor screening wordt de Pittsburgh slaapkwaliteitsindex (PSQI) geadviseerd. Dit instrument meet de slaapkwaliteit van de voorbije maand door zelfrapportage.

Psychologische en psychosociale interventies

Psycho-educatie vormt een belangrijk onderdeel in de behandeling van slaapproblemen. Binnen de psycho-educatie 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. In de bijlage staan deze thema's verder uitgewerkt.

Om meer inzicht te krijgen in het slaappatroon kan gebruik worden gemaakt van een slaap-waak dagboek. In de bijlage is het waak-slaap dagboek opgenomen. Voor slaap is ontspanning nodig. In de bijlage 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

- Aldeman, C. P., McCarthy, L. C., Condon, J. T., Marwood, A. C., & Fuller, J. R. (2009). Topiramate in combat-related posttraumatic stress disorder. *The Annals of Pharmacotherapy*, 43, 635-641.
- Andresen, H., Aydin, B. E., Mueller, A., & Iwersen-Bergmann, S. (2011). An overview of gamma-hydroxybutyric acid: pharmacodynamics, pharmacokinetics, toxic effects, addiction, analytical methods, and interpretation of results. *Drug Test Anal*, 3(9), 560-568. doi:10.1002/dta.254
- Baillie, A., & Sannibale, C. (2007). Anxiety and drug and alcohol problems. In A. Baker & R. r. Velleman (Eds.), *Clinical handbook of co-existing mental health and drug and alcohol problems*. New York: Routledge.
- Bakel, M. v., Rooijen, S. v., Boertien, D., Kamoschinski, J., Liefhebber, S., & Kluft, M. (2013). *Ervaringsdeskundigheid. Beroepscompetentieprofiel*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- 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. A. 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
- Beurmanjer, H., Verbrugge, C., Schrijen, S., Schellekens, A., de Jong, C., & Dijkstra, B. (2016). *Behandeling van GHB afhankelijkheid na detoxificatie: Eindrapportage NISPA GHB monitor 2.0*. Nijmegen: NISPA.
- Blankman, H. (2016). *Liberman Module Omgaan met verslaving. Werkblad beschrijving interventie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Boertien, D., & Bakel, M. v. (2012). *Handreiking voor de inzet van ervaringsdeskundigheid vanuit de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Boertien, D., Bakel, M. v., & Weeghel, J. v. (2012). Wellness Recovery Action Plan in Nederland — Een herstelmethodie bij psychische ontwrichting. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 67(5), 276-283.
- Bosch, W. v. d., Meijer, S., & Backer, H. R. (2007). *Handboek dialectische gedragstherapie. De klinische praktijk*. Amsterdam: Harcourt.
- Boyd, J. J., Kuisma, M. J., & Randell, T. T. (2012). Temporal differences in gamma-hydroxybutyrate overdoses involving injecting drug users versus recreational drug users in Helsinki: a retrospective study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 20, 7. doi:10.1186/1757-7241-20-7

- Bruijnen, C., Dijkstra, B. A. G., Walvoort, S. J. W., Markus, W., VanDerNagel, J. E. L., Kessels, R. P. C., & CAJ, D. E. J. (2019). Prevalence of cognitive impairment in patients with substance use disorder. *Drug Alcohol Rev*, 38(4), 435-442. doi:10.1111/dar.12922
- Bruijnen, C. J. W. H., Wester, A. J., Markus, W., De Jong, C. A. J., & Kessels, R. P. (2013). Screening of cognitive disorders in substance abuse patients using the Montreal Cognitive Assessment - Dutch Version (MoCa-D). *Journal of the International Neuropsychological Society*, 19(Suppl 2).
- Brunt, T. M., Koeter, M. W., Hertoghs, N., van Noorden, M. S., & van den Brink, W. (2013). Sociodemographic and substance use characteristics of gamma hydroxybutyrate (GHB) dependent inpatients and associations with dependence severity. *Drug Alcohol Depend*, 131(3), 316-319. doi:10.1016/j.drugalcdep.2012.12.023
- Buijsse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric research and practice. *Psychiatric Research*, 28(2), 193-213.
- Buitenhuis, S. (2011). *Social Environmental Determinants of GHB-use*. (MHS-Master), Wageningen University, Wageningen.
- Busschbach, J. T. v., Michon, H., Vugt, M. v., Stant, A. D., Aerts-Roorda, L. C., & Erp, N. v. (2011). *Effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in Nederland*. Groningen & Utrecht: Rob Giel Onderzoekcentrum & Trimbos-instituut
- Carter, L. P., Pardi, D., Gorsline, J., & Griffiths, R. R. (2009). Illicit gamma-hydroxybutyrate (GHB) and pharmaceutical sodium oxybate (Xyrem): differences in characteristics and misuse. *Drug Alcohol Depend*, 104(1-2), 1-10. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.04.012
- Corkery, J. M., Loi, B., Claridge, H., Goodair, C., Corazza, O., Elliott, S., & Schifano, F. (2015). Gamma hydroxybutyrate (GHB), gamma butyrolactone (GBL) and 1,4-butanediol (1,4-BD; BDO): A literature review with a focus on UK fatalities related to non-medical use. *Neurosci Biobehav Rev*, 53, 52-78. doi:10.1016/j.neubiorev.2015.03.012
- Corveleyn J, L. v. S. (2001). Het Minnesota-model: een stappenbenadering van verslavingsproblematiek. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 27, 347-365.
- Crunelli, V., Emri, Z., & Leresche, N. (2006). Unravelling the brain targets of gamma-hydroxybutyric acid. *Curr Opin Pharmacol*, 6(1), 44-52. doi:10.1016/j.coph.2005.10.001
- Dauvilliers, Y., Arnulf, I., & Mignot, E. (2007). Narcolepsy with cataplexy. *Lancet*, 369(9560), 499-511. doi:10.1016/s0140-6736(07)60237-2
- de Beurs, E., Van Dyck, R., Marquenie, L. A., Lange, A., & Blonk, R. W. (2001). De DASS: een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stress. *Gedragstherapie*, 34(1), 35-54.
- de Weert-van Oene, G. H., Schellekens, A. F., Dijkstra, B. A., Kamal, R., & de Jong, C. A. (2013). [Detoxification of patients with GHB dependence]. *Tijdschr Psychiatr*, 55(11), 885-890.
- Dietze, P. M., Cvetkovski, S., Barratt, M. J., & Clemens, S. (2008). Patterns and incidence of gamma-hydroxybutyrate (GHB)-related ambulance attendances in Melbourne, Victoria. *Med J Aust*, 188(12), 709-711.
- 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. (2017a). *Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren*. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Dijkstra, B. A., & DeFuentes-Merillas, L. (2009). *Moduleboek CRA*. Vught: Novadic-Kentron.
- Dijkstra, B. A., Kamal, R., van Noorden, M. S., de Haan, H., Loonen, A. J., & De Jong, C. A. (2017b). Detoxification with titration and tapering in gamma-hydroxybutyrate (GHB) dependent patients: The Dutch GHB monitor project. *Drug Alcohol Depend*, 170, 164-173. doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.11.014
- Dijkstra, B. A. G., Kamal, R., van Noorden, M. S., de Haan, H., Loonen, A. J. M., & De Jong, C. A. J. (2017c). Detoxification with titration and tapering in gamma-hydroxybutyrate (GHB) dependent patients: The Dutch GHB monitor project. *Drug and Alcohol Dependence*, 170, 164-173.
- Dijkstra, M., Bransen, E., & Leeman, M. (2011). Verslavingspreventie is onvoldoende toegerust voor mensen met een lichte verstandelijke beperking. *Verslaving*, 4, 72-83.
- Emmelkamp, P. M. G., Merckx, M., & DeFuentes-Merillas, L. (2015). Contingency management. *Gedragstherapie*, 8(2), 153-170.
- Emmelkamp, P. M. G., & Vedel, E. (2007a). *Alcohol- en drugsverslaving. Een gids voor effectief gebleken behandelingen*. Amsterdam: Nieuwezijds
- Emmelkamp, P. M. G., & Vedel, E. (2007b). *Alcohol- en drugsverslaving; een gids voor effectief gebleken behandelingen*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Erp, N. v., Boertien, D., Rooijen, S. v., Bakel, M. v., & Smulders, R. (2015a). *Basiscurriculum Ervaringsdeskundigheid Bouwstenen voor onderwijs en opleidingen voor ervaringsdeskundigen*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Erp, N. v., Boertien, D., Rooijen, S. v., Bakel, M. v., & Smulders, R. (2015b). *Basiscurriculum ervaringsdeskundigheid. Bouwstenen voor onderwijs en opleidingen voor ervaringsdeskundigen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Fleurkens, P., Roomer, A., Oosteren, T. v., & Jong, C. d. (2009). DGT en VERS bij patiënten met verslavingsproblematiek. *Verslaving*, 5(1), 40-51.
- Freije, H., Dietz, B., & Appelo, M. (2002). Behandeling van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis met de VERS: de vaardigheidstraining emotionele regulatiestoornis. *Directieve Therapie*, 4, 367-378.
- Graham, H., Copello, A., & Birchwood, M. e. a. (2006). *Cognitive-behavioural Integrated treatment (C-BIT)*. Chichester: John Wiley & sons, Ltd.
- 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.
- Hendriks, V., Blanken, P., Croes, E., Schippers, G., Schellekens, A., Stollenga, M., & Brink, W. v. d. (2018). *Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines*. Retrieved from www.ggzstandaarden.nl

- Henkens, H., Hof, R. v. t., Jacobs, H., H., K., & Valk, I. (2009). *Handleiding voor twaalf bijeenkomsten over herstel. Behorende bij het Werkboek Herstellen doe je Zelf*. Tilburg: Kenniscentrum Zelfhulp en Ervaringsdeskundigheid (KZE).
- Ingenhoven, T., & Rinne, T. (2007). Medicamenteuze behandeling. In E. H. M. Eurlings-Bontekoe, R. Verheul, & R. M. r. Snellen (Eds.), *Handboek persoonlijkheidspathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Joosten, E. A., de Jong, C. A., de Weert-van Oene, G. H., Sensky, T., & van der Staak, C. P. (2009). Shared decision-making reduces drug use and psychiatric severity in substance-dependent patients. *Psychother Psychosom*, 78(4), 245-253. doi:10.1159/000219524
- 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.
- Kamal, R., Dijkstra, B., van Iwaarden, J., Van Noorden, M., & De Jong, C. (2013). *Practice-based aanbevelingen voor GHB-detoxificatie voor mensen met een stoornis in het gebruik van GHB*. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Kamal, R. M., Dijkstra, B. A., de Weert-van Oene, G. H., van Duren, J. A., & de Jong, C. A. (2017). Psychiatric comorbidity, psychological distress, and quality of life in gamma-hydroxybutyrate-dependent patients. *J Addict Dis*, 36(1), 72-79. doi:10.1080/10550887.2016.1214000
- Kamal, R. M., Loonen, A. J., Dijkstra, B. A., & De Jong, C. A. (2015a). Baclofen as relapse prevention in the treatment of gamma-hydroxybutyrate dependence: a case series. *J Clin Psychopharmacol*, 35(3), 313-318. doi:10.1097/jcp.0000000000000315
- Kamal, R. M., Schellekens, A., De Jong, C. A., & Dijkstra, B. A. (2015b). Baclofen as relapse prevention in the treatment of Gamma-Hydroxybutyrate (GHB) dependence: an open label study. *BMC Psychiatry*, 15, 91. doi:10.1186/s12888-015-0471-4
- Keijsers, G. P. J., Minnen, A. v., Hoogduin, C. A. L., & Emmelkamp, P. M. G. (2017). *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Kim, S. Y., Anderson, I. B., Dyer, J. E., Barker, J. C., & Blanc, P. D. (2007). High-risk behaviors and hospitalizations among gamma hydroxybutyrate (GHB) users. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 33(3), 429-438. doi:10.1080/00952990701312316
- 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.
- Korf, D. J., & Nabben, T. (2014). Verward, verdoofd en verslaafd. *Verslaving*, 10(3), 45-55.
- 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
- Lemon, M. D., Strain, J. D., & Farver, D. K. (2006). Sodium oxybate for cataplexy. *Ann Pharmacother*, 40(3), 433-440.
- Leo, R. J., & Baer, D. (2005). Delirium associated with baclofen withdrawal: a review of common presentations and management strategies. *Psychosomatics*, 46(6), 503-507. doi:10.1176/appi.psy.46.6.503

- Liechti, M. E., Kunz, I., Greminger, P., Speich, R., & Kupferschmidt, H. (2006). Clinical features of gamma-hydroxybutyrate and gamma-butyrolactone toxicity and concomitant drug and alcohol use. *Drug Alcohol Depend*, 81(3), 323-326. doi:10.1016/j.drugalcdep.2005.07.010
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*, 33(3), 335-343.
- Lundahl, M. K., Olovsson, K. J., Ronngren, Y., & Norbergh, K. G. (2014). Nurse's perspectives on care provided for patients with gamma-hydroxybutyric acid and gamma-butyrolactone abuse. *Journal of clinical nursing*, 23(17-18), 2589-2598.
- Marijnissen-Bouten, C., Roozen, H., & Greeven, P. (2017). Verbeteren van kwaliteit van leven bij verslavingsproblemen. Een psychometrische analyse van de CRA-TvL. *Gedragstherapie*, 50(2), 123-136.
- McDonough, M., Kennedy, N., Glasper, A., & Bearn, J. (2004). Clinical features and management of gamma-hydroxybutyrate (GHB) withdrawal: a review. *Drug Alcohol Depend*, 75(1), 3-9. doi:10.1016/j.drugalcdep.2004.01.012
- Meyers, R. J., & Smith, J. E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: The community reinforcement approach*. New York: Guilford Press.
- 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.
- Miotto, K., Darakjian, J., Basch, J., Murray, S., Zogg, J., & Rawson, R. (2001). Gamma-hydroxybutyric acid: patterns of use, effects and withdrawal. *Am J Addict*, 10(3), 232-241.
- Mol, T., Wisselink, J., Kuijpers, W., & Dijkstra, B. (2014). GHB: recidive op eenzame hoogte. *Verslaving*, 10(3), 69-79.
- Morrissey, J. P., Jackson, E. W., Ellis, A. R., Amaro, H., Brown, V. B., & Najavits, L. M. (2005). Twelve-month outcomes of trauma-informed interventions for women with co-occurring disorders. *Psychiatr Serv*, 56(10), 1213-1222. doi:10.1176/appi.ps.56.10.1213
- Mulder, M., Delforterie, M., & Didden, R. (2017). Weet wat je kan. Ervaringen met psycho-educatie voor cliënten en hun naasten over leven met een lichte verstandelijke beperking. *Directieve therapie*, 37(3), 222-237.
- Mulder, M. A., Plomp, R., Galema, L., & Rooks, A. (2015). *Weet wat je kan: Theoretische onderbouwing, handleiding voor trainers, werkboek voor deelnemers, werkboek voor naasten*. Utrecht: kfz.
- Nabben, A. L. W. M., & Korf, D. J. (2016). *Politie en GHB-problematiek op het platteland: Politie & Wetenschap/Universiteit van Amsterdam*.
- 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. Handleiding 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.

- Nasreddine, Z. S., Phillips, A. N., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., & Collin, I. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCa: a brief screenings tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 695-699.
- Nationale Drug Monitor, N. (2018). *Jaabericht 2018*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Nijkamp, L. (2019). *Bezieling en bereikbaarheid. Samen werken aan een leven zonder GHB. Een handreiking voor Nederlandse gemeente ten behoeve van de aanpak van GHB-problematiek*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Nijkamp, L., & Lemmers, L. (2018). *Bezieling en Bereikbaarheid. De aanpak van drugsproblematiek en GHB-problematiek in het bijzonder in de gemeente Twenterand*. Retrieved from Utrecht:
- Otte, R. A., Verbrugge, C. A. G., & Dijkstra, B. A. G. (2016). *Aanbevelingen voor ketenzorg bij GHB-gerelateerde problemen*. Nijmegen: NISPA.
- Raposo Pereira, F., McMaster, M. T. B., de Vries, Y., Polderman, N., van den Brink, W., & van Wingen, G. A. (2019). Influence of Gamma-Hydroxybutyric Acid-Use and Gamma-Hydroxybutyric Acid-Induced Coma on Affect and the Affective Network. *Eur Addict Res*, 25(4), 173-181. doi:10.1159/000497381
- Raposo Pereira, F., McMaster, M. T. B., Polderman, N., de Vries, Y., van den Brink, W., & van Wingen, G. A. (2018a). Adverse effects of GHB-induced coma on long-term memory and related brain function. *Drug Alcohol Depend*, 190, 29-36. doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.05.019
- Raposo Pereira, F., McMaster, M. T. B., Polderman, N., de Vries, Y., van den Brink, W., & van Wingen, G. A. (2018b). Effect of GHB-use and GHB-induced comas on dorsolateral prefrontal cortex functioning in humans. *Neuroimage Clin*, 20, 923-930. doi:10.1016/j.nicl.2018.09.022
- Rapp, C. A., & Goscha, R. J. (2012). *The Strengths Model. A recovery-oriented approach to mental health services*. New York: Oxford University Press.
- 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. r. Wamel (Eds.), *Handboek dubbele diagnose*. (pp. 235-247). Utrecht: De Tijdstroom.
- Resultaten Scoren, & NISPA. (2013). *Practice-based aanbevelingen voor GHB detoxificatie voor mensen met een stoornis in het gebruik van GHB*. Amersfoort: Resultaten Scoren
- Sancho, M., De Gracia, M., Rodriguez, R. C., Mallorqui-Bague, N., Sanchez-Gonzalez, J., Trujols, J., Menchon, J. M. (2018). Mindfulness-Based Interventions for the Treatment of Substance and Behavioral Addictions: A Systematic Review. *Front Psychiatry*, 9, 95. doi:10.3389/fpsy.2018.00095
- Schippers, G. M., Broekman, T. G., Buchholz, A., Koeter, M. W., & van den Brink, W. (2010). Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): an instrument based on the World Health Organization family of international classifications. *Addiction*, 105(5), 862-871. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02889.x
- Schippers, G. M., Smeerdijk, A. M., & Merckx, M. J. M. (2014). *Handboek Cognitieve gedragstherapie bij Middelengebruik en gokken*. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Snead, O. C., 3rd, & Gibson, K. M. (2005). Gamma-hydroxybutyric acid. *N Engl J Med*, 352(26), 2721-2732. doi:10.1056/NEJMra044047
- Snoek, A., Poel, A. v. d., & Mheen, D. v. d. (2011). Het Minnesota Model. Een waardevolle aanvulling op de Nederlandse verslavingszorg. *TSG*, 89, 166-172.

- Snoek, A., Wits, E., & Meulders, W. (2012). *Richtlijn Middelenmisbruik of -afhankelijkheid en angststoornissen*.
- Spijker, J., Bockting, C. L. H., Meeuwissen, J. A. C., Vliet, I. M. v., Emmelkamp, P. M. G., Hermens, M. L. M., Angststoornissen/Depressie, n. d. W. M. r. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Stein, L. A., Lebeau, R., Clair, M., Martin, R., Bryant, M., Storti, S., & Monti, P. (2010). A web-based study of gamma hydroxybutyrate (GHB): patterns, experiences, and functions of use. *Am J Addict*, 20(1), 30-39. doi:10.1111/j.1521-0391.2010.00099.x
- Stel, J. C. v. d. (2013). *De Effectiviteit van Psycho-educatie. Een literatuurstudie*. Bennebroek: De Geestgronden, afdeling onderzoek en ontwikkeling.
- Tarabar, A. F., & Nelson, L. S. (2004). The gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome. *Toxicol Rev*, 23(1), 45-49.
- van Amsterdam, J., & van den Brink, W. (2013). Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence. *J Psychopharmacol*, 27(11), 987-997. doi:10.1177/0269881113495320
- van Amsterdam, J. G., Brunt, T. M., McMaster, M. T., & Niesink, R. J. (2012a). Possible long-term effects of γ -hydroxybutyric acid (GHB) due to neurotoxicity and overdose. *Neurosci Biobehav Rev*, 36(4), 1217-1227. doi:10.1016/j.neubiorev.2012.02.002
- van Amsterdam, J. G., van Laar, M., Brunt, T. M., & van den Brink, W. (2012b). Risk assessment of gamma-hydroxybutyric acid (GHB) in the Netherlands. *Regul Toxicol Pharmacol*, 63(1), 55-63. doi:10.1016/j.yrtph.2012.03.005
- Van Cauter, E., Plat, L., Scharf, M. B., Leproult, R., Cespedes, S., L'Hermite-Baleriaux, M., & Copinschi, G. (1997). Simultaneous stimulation of slow-wave sleep and growth hormone secretion by gamma-hydroxybutyrate in normal young Men. *J Clin Invest*, 100(3), 745-753. doi:10.1172/jci119587
- van Dam, D., Ehring, T., Vedel, E., & Emmelkamp, P. M. (2010). Validation of the Primary Care Posttraumatic Stress Disorder screening questionnaire (PC-PTSD) in civilian substance use disorder patients. *J Subst Abuse Treat*, 39(2), 105-113. doi:10.1016/j.jsat.2010.05.005
- van Dam, D., Ehring, T., Vedel, E., & Emmelkamp, P. M. (2013). Screening for posttraumatic stress disorder in civilian substance use disorder patients: cross-validation of the Jellinek-PTSD screening questionnaire. *J Subst Abuse Treat*, 44(1), 126-131. doi:10.1016/j.jsat.2012.03.005
- Van der Nagel, J., Kiewik, M., Van Dijk, M., De Jong, C., & Didden, R. (2011). *Handleiding SumID-Q, Meetinstrument voor het in kaart brengen van middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Deventer: Tactus.
- Van der Nagel, J. E. L., Trentelman, M. J., Kemna, L. E. M., & Didden, R. (2013). Middelengebruik bij cliënten met een verstandelijke beperking. Methode voor het signaleren en bespreken. *Ned. Tijdschr. Geneesk.*, 157, A5668.
- Van Duijvenbode, N., & VanDerNagel, J. E. L. (2019). *Leidraad LVB en middelengebruik in het vizier*. Utrecht: Kennisplein Gehandicaptenzorg.
- Van Gaalen, S., D., D. B., & Grund, J. P. (2015). *Overdosispreventie onder mensen die GHB gebruiken*. Amsterdam: Mainline.

- Van Laar, M. W., Cruts, A. A. N., Van Ooyen-Houben, M. M. J., Meijer, R. F., Brunt, T., & Croes, E. A. (2012). *Nationale Drug Monitor (National Drug Monitor)*. Utrecht: Trimbos.
- van Noorden, M. S., Kamal, R., de Jong, C. A., Vergouwen, A. C., & Zitman, F. G. (2010). [Gamma-hydroxybutyric acid (GHB) dependence and the GHB withdrawal syndrome: diagnosis and treatment]. *Ned Tijdschr Geneesk*, 154, A1286.
- van Noorden, M. S., Mol, T., Wisselink, J., Kuijpers, W., & Dijkstra, B. A. G. (2017). Treatment consumption and treatment re-enrollment in GHB-dependent patients in The Netherlands. *Drug Alcohol Depend*, 176, 96-101. doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.02.026
- van Noorden, M. S., van Dongen, L. C., Zitman, F. G., & Vergouwen, T. A. (2009). Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known. *Gen Hosp Psychiatry*, 31(4), 394-396. doi:10.1016/j.genhosppsych.2008.11.001
- Veldhuizen, R. v., Bähler, M., Polhuis, D., & Os, J. v. (2008). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Weisshaar, G. F., Hoemberg, M., Bender, K., Bangen, U., Herkenrath, P., Eifinger, F., Oberthuer, A. (2012). Baclofen intoxication: a "fun drug" causing deep coma and nonconvulsive status epilepticus--a case report and review of the literature. *Eur J Pediatr*, 171(10), 1541-1547. doi:10.1007/s00431-012-1780-y
- Wisselink, D., & Mol, A. (2013). GHB hulpvraag in Nederland: belangrijkste ontwikkelingen van de hulpvraag voor GHB problematiek in de verslavingszorg 2007-2012. *Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)*.
- Wisselink, D. J., Kuijpers, W. G. T., & Mol, A. (2016). *Kerngegevens verslavingszorg 2015. Landelijke alcohol en drugs informatie systeem (LADIS)*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg
- 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 GHB-vragenlijst

Naam patiënt:

Nummer:

Datum:

Behandelingsgegevens

1a. Is GHB/GBL uw hoofdmiddel?	☐ Nee ☐ Ja, GHB ☐ Ja, GBL ☐ Ja, GHB en GBL
1b. Hoe vaak bent u eerder voor GHB/GBL-verslaving gedetoxificeerd geweest of heeft u hiertoe een poging ondernomen?	 Aantal keer intramurale detoxificatie Aantal keer ambulante detoxificatie met professionele hulp Aantal keer ambulante detoxificatie zonder professionele hulp
2a. Wat was de reden waarom u in de afgelopen 6 maanden GHB/GBL hebt gebruikt? (max 2 keuzes aankruisen!)	☐ GHB helpt me mijn problemen/zorgen te vergeten ☐ GHB geeft me een fijn euforisch gevoel ☐ Ik krijg geen kater ☐ Ik word zeker en ik durf meer ☐ Seks is beter en fijner met GHB ☐ Veel van mijn vrienden en kennissen gebruiken GHB ☐ Ik gebruik het als vervanging voor alcohol ☐ Ik kan anders niet slapen ☐ Om ontwenningverschijnselen tegen te gaan ☐ Geen bewuste keuze ☐ Anders nl,.....
2b. Was dit een dezelfde reden als toen u begon met GHB/GBL gebruik? (max 2 keuzes aankruisen!)	☐ Ja ☐ Nee, de reden waarom ik begon met GHB gebruik was: ☐ GHB helpt me mijn problemen/zorgen te vergeten ☐ GHB geeft me een fijn euforisch gevoel ☐ Ik krijg geen kater ☐ Ik word zeker en ik durf meer ☐ Seks is beter en fijner met GHB ☐ Veel van mijn vrienden en kennissen gebruiken GHB ☐ Ik gebruik het als vervanging voor alcohol ☐ Ik kan anders niet slapen ☐ Om ontwenningverschijnselen tegen te gaan ☐ Geen bewuste keuze ☐ Anders nl,.....

2c. In het geval van GBL gebruik, waarom bent u dit gaan gebruiken in plaats van/naast GHB?	☐ Niet van toepassing Ik gebruik GBL omdat:
3. Welk jaar bent u begonnen met GHB/GBL gebruiken?	Jaartal:
4. Via welke weg hebt u GHB/GBL ontdekt?	☐ Via vrienden ☐ Via internet ☐ Via andere media ☐ Werd aangeboden op een feest ☐ De smartshop ☐ Anders nl,.....
5. Hoe komt u tegenwoordig aan uw GHB/GBL?	☐ Koop het bij een dealer ☐ Een vriend maakt het ☐ Maak het zelf ☐ Via internet ☐ Anders nl,.....
6. Waar gebruikte u meestal GHB/GBL in de afgelopen 6 maanden? (max 2 keuzes aankruisen!)	☐ Thuis ☐ Bij vrienden thuis ☐ In een club/ discotheek ☐ Op een grote danceparty ☐ Op een afterparty ☐ Op straat/ buiten ☐ Op school/ werk ☐ (bijna) overal ☐ Anders, namelijk:
7. Was deze omgeving hetzelfde toen u begon met GHB/GBL? (max 2 keuzes aankruisen!)	☐ Ja ☐ Nee, toen ik begon gebruikte ik GHB: ☐ Thuis ☐ Bij vrienden thuis ☐ In een club/ discotheek ☐ Op een grote danceparty ☐ Op een afterparty ☐ Op straat/ buiten ☐ Op school/ werk ☐ (bijna) overal ☐ Anders, namelijk:
8. Met wie gebruikte u in de afgelopen 6 maanden meestal GHB/GBL? (max 2 keuzes aankruisen!)	☐ Met niemand, ik gebruikte het alléén ☐ Met vrienden ☐ Met familie ☐ Met partner ☐ Anders, namelijk:

9. Gebruikte u het middel in hetzelfde gezelschap toen u begon met GHB/GBL?	☐ Ja ☐ Nee, toen ik begon gebruikte ik GHB met: ☐ Met niemand, ik gebruikte het alléén ☐ Met vrienden ☐ Met familie ☐ Met partner ☐ Anders, namelijk:
10a. Hoeveel jaren gebruikt u GHB/GBL?	 jaar
10b. Hoe lang gebruikt u dagelijks GHB?	 maanden
11. Gebruikt u op dit moment dagelijks GHB/GBL?	☐ Nee ☐ Ja
12. Hoeveel dagen gebruikte u GHB/GBL in de afgelopen 30 dagen?	 dagen
13. Hoeveel is uw dagelijkse GHB/GBL dosis in milliliters?	 Milliliter GHB Milliliter GBL
14. In welke frequentie / interval gebruikt u GHB/GBL? (bijv. om het ½ of 1 uur, 2 uur)	Elk(e) uur /uren
15. Hoe ziet uw gebruikspatroon eruit in de nacht?	☐ Ik word elk uur wakker om GHB/GBL te nemen ☐ Ik word elke 2 uur wakker om GHB/GBL te nemen ☐ Ik word elke 3 uur wakker om GHB/GBL te nemen ☐ Ik gebruik voor het slapen een hogere dosis GHB/GBL, waardoor ik door kan slapen. ☐ Anders namelijk.....
16a. Ik gebruik GHB/GBL om (beter) te kunnen slapen.	☐ Nee ☐ Ja
16b. Door GHB/GBL gebruik heb ik slaapproblemen gekregen.	☐ Nee ☐ Ja
16c. ik heb GHB/GBL nodig om in slaap te komen .	☐ Nee ☐ Ja
16d. Ik heb GHB/GBL nodig om 's nachts door te slapen.	☐ Nee ☐ Ja
16e. Ik slaap beter wanneer ik GHB/GBL gebruik dan wanneer ik dat niet doe.	☐ Nee ☐ Ja

16f. Ik gebruik GHB/GBL om weer rustig te worden als ik andere middelen gebruikt heb (bv. ecstasy, speed, coke).	☐ Nee ☐ Ja
17. Is er in de afgelopen 6 maanden een periode geweest waarin u geen GHB gebruikte?	☐ Nee ☐ Ja, weken lang
18. Welke ontwenningsklachten ervaart u als u stopt met GHB/GBL gebruik?	☐ Tremoren ☐ Hartkloppingen ☐ Zweten ☐ Angst ☐ Hallucinaties [zien of horen] ☐ Hoofdpijn ☐ Buikpijn / krampen ☐ Epileptische insulten ☐ Slaapproblemen ☐ Anders nl,.....
19a. Bent u buiten bewustzijn geraakt als gevolg van uw GHB/GBL gebruik(intoxicatie)?	☐ Nee ☐ Ja, maar minder van 5 keer. ☐ Ja, 6 tot 19 keer ☐ Ja, 20 tot 50 keer ☐ Ja, meer dan 50 keer
19b. Indien u ooit buiten bewustzijn bent geraakt, wanneer was dat voor het laatst?	☐ Niet van toepassing ☐ afgelopen 7 dagen voor het laatst ☐ afgelopen maand voor het laatst ☐ afgelopen half jaar voor het laatst ☐ afgelopen jaar voor het laatst ☐ langer dan een jaar geleden
19c. Hoe vaak bent u in de afgelopen maand buiten bewustzijn geraakt als gevolg van uw GHB/GBL gebruik(intoxicatie)?	☐ Niet ☐ dagelijks ☐ meerdere keren per week ☐ wekelijks ☐ minder dan 1 keer per week.
19d. Als u het bewustzijn verloor, waar gebeurde dit dan (meestal) in de laatste maand? (max 2 aankruisen)	☐ Niet van toepassing ☐ Thuis ☐ Bij vrienden thuis ☐ In een club/ discotheek ☐ Op een grote danceparty ☐ Op een afterparty ☐ Op straat/ buiten ☐ Op school/ werk ☐ (bijna) overal wel eens ☐ Anders, namelijk

19e. Als u het bewustzijn verloor, waardoor gebeurde dit dan in de laatste maand? (meerdere antwoorden mogelijk)	☐ Niet van toepassing ☐ Per ongeluk te veel GHB/GBL genomen ☐ Bewust meer GHB/GBL genomen om (door) te slapen ☐ Bewust meer GHB/GBL genomen om mij niet rot te voelen ☐ Bewust meer GHB/GBL genomen om suïcide te plegen ☐ Anders, namelijk.....
19f. Als u het bewustzijn verloor, wat gebeurde er dan (meestal) in de laatste maand? (meerdere antwoorden mogelijk)	☐ Niet van toepassing ☐ Ik was enigszins aanwezig maar niet aanspreekbaar ☐ Ik was helemaal weg, maar minder dan 1 uur ☐ Ik was helemaal weg, 1 tot 3 uur. ☐ Ik was helemaal weg, 3 tot 5 uur. ☐ Ik was helemaal weg, 5 tot 8 uur. ☐ Ik was helemaal weg, langer dan 8 uur.
20. Maakte u zich zorgen nadat u buiten bewustzijn was geweest?	☐ Niet van toepassing ☐ Nooit ☐ Zelden ☐ Soms ☐ Vaak ☐ Altijd
21. Maakte uw omgeving (vrienden, partner, kennissen, etc) zich zorgen nadat u buiten bewustzijn was geweest?	☐ Niet van toepassing ☐ Nooit ☐ Zelden ☐ Soms ☐ Vaak ☐ Altijd
22a. Bent u ooit aangemeld geweest bij de eerste hulp van een algemeen ziekenhuis als gevolg van uw GHB/GBL gebruik (intoxicatie of onthouding)	☐ Nee ☐ Ja, Hoe vaak?
22b. Indien u ooit aangemeld bent geweest, wanneer was dat voor het laatst?	Datum laatste keer:maandjaar
23a. Bent u eerder opgenomen op de Intensive Care (IC) als gevolg van uw GHB/GBL gebruik?	☐ Nee ☐ Ja, Hoe vaak?
23b. Indien u ooit opgenomen bent geweest, wanneer was dat voor het laatst?	Datum laatste keer:maandjaar

23c. Indien u ooit opgenomen bent geweest, hoeveel dagen waren dat?	Hoeveel dagen opgenomen? dagen
---	--------------------------------------

Eventuele bijzonderheden en opmerkingen:

Bijlage Tevredenheid met het leven (TvL)

Naam patiënt:

User (EPD) nummer:

Datum:

Deze schaal beoogt een idee te geven van uw tevredenheid met uw leven op dit moment. Pas als men weet wat goed gaat en wat minder, kan op zinvolle wijze verandering worden aangebracht.

Geef een score op ieder gebied die het beste uw tevredenheid op dat gebied aangeeft.

Hoe hoger cijfer u geeft, hoe meer tevreden u bent. Het cijfer "1" geeft aan dat het leven absoluut niet slechter kan. Het cijfer "10" geeft aan dat het leven vandaag een absoluut hoogste punt heeft bereikt en dat het niet beter kan. Slechts zelden komen dergelijke extremen voor!

1.	Wonen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	Huishouden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	Werk/opleiding	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	Financiën	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	Sociaal netwerk	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.	Sociale en recreatieve activiteiten	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.	Alcohol- en/of druggebruik	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.	Persoonlijke gewoonten	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.	Familie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.	Emotioneel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11.	Communicatie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12.	Gezondheid	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Optioneel

13.	Relatie met partner	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14.	Seksualiteit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15.	Kinderen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16.	Spiritualiteit & Religie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17.	Politie & Justitie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18.		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19.	Algemeen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Meyers R.J. & Smith J.E. (2008). Handboek voor de behandeling van alcoholverslaving: de Community Reinforcement Approach. Nederlandse bewerking door P.J.G. Greeven, L. De Fuentes-Merillas & H.G. Roozen, hoofdstuk 5.

Bijlage Baclofen

Aangezien patiënten veel last ervaren van depressie en angstklachten na detoxificatie kan de patiënt geadviseerd worden met psychofarmaca te starten in de eerste periode na detoxificatie (Beurmanjer et al., 2019). Recente studies laten resultaten zien dat het off-label voorschrijven van baclofen na GHB-detoxificatie een terugval in GHB-gebruik vermindert (Kamal e.a., 2015; Beurmanjer e.a., 2018). Daarnaast laten deze studies zien dat therapietrouw verhoogd wordt wanneer baclofen wordt voorgeschreven na detoxificatie. Wanneer patiënten in zorg blijven na detoxificatie kan de behandeling zich richten op het aanleren van nieuwe coping strategieën om te leren omgaan met emotionele problemen en ondersteuning van sociaal herstel. Tijdens de focusgroepbijeenkomsten in voorbereiding tot deze handreiking werd echter door verschillende professionals aangegeven dat baclofen niet werd voorgeschreven vanwege verschillende redenen, o.a. vanwege de mogelijke verslavende werking van het middel. Dit laatste blijkt uit literatuur laag te zijn (Carter et al., 2009).

Baclofen

Het is slecht oplosbaar in water, zeer slecht oplosbaar in methanol en onoplosbaar in chloroform. Het is te vinden in capsules of tabletvorm van 5-10mg. Baclofen wordt snel en volledig geabsorbeerd na enterale toediening en heeft een halfwaardetijd van 3-4 uur. Baclofen wordt gemetaboliseerd door de lever en uitgescheiden via de nieren. Baclofen is geregistreerd in Nederland als anti-spasticiteit medicatie van een aantal neurologische aandoeningen zoals multiple sclerose (MS). Het is een spierverslapper met een spinaal effect. Het remt de reflex transmissie op spinaal niveau (mono-en polysynaptic) in de zenuwen afferente terminal (College voor Zorgverzekeringen, 2010). Baclofen is een krachtige selectieve stereo alpha amino boterzuur (GABA-B) receptor agonist baclofen zijn werking door het moduleren van de GABA-B receptor. GABA-B-receptoren remmen de afgifte van glutaminezuur en asparaginezuur. De modulatie van de GABA-B receptor produceert een breed scala van baclofen therapeutische eigenschappen. Baclofen heeft ook een anti-nociceptieve effect. Nociceptoren worden gestimuleerd door weefselbeschadiging. Nociceptie kan leiden tot pijn sensatie. Baclofen heeft geen bekend misbruikpotentieel (Carter et al., 2009).

Potentiële risico's en voordelen

Baclofen kan verschillende voordelen in de behandeling van GHB afhankelijkheid hebben, zoals het verhogen van de mogelijkheid onthouding te controleren via vermindering van angst en craving symptomen. Daarnaast lijkt het verslavingspotentieel laag te zijn (Carter, 2009).

De mogelijke potentiële risico's van toediening van baclofen zijn bekende bijwerkingen, omdat baclofen gemakkelijk door de bloed-hersenbarrière heen gaat. Sedatie, vermoeidheid, duizeligheid, verlaging van de convulsiedrempel en cognitieve dysfunctie zijn voorkomende bijwerkingen. Deze bijwerkingen of mogelijke risico's manifesteren zich vooral wanneer de dosis snel wordt verhoogd en bij hoge doses, ook in gevallen van psychiatrische ziekte en cerebro-vasculaire aandoeningen, zoals waargenomen door patiënten die lijden aan

neurologische en spierziekten [farmaceutische Kompas]. Intoxicatie met baclofen wordt gerapporteerd bij een dosis hoger dan 100 mg (Weisshaar et al., 2012). Dit risico wordt verhoogd wanneer de patiënt baclofen combineert met GHB. Intoxicatie wordt niet verwacht wanneer baclofen in lage dosering wordt voorgeschreven (<30mg per gift). Ook plotseling stoppen met baclofen kan worden geassocieerd met een ontwenningsyndroom die op benzodiazepine en alcoholonthouding lijkt. Om deze klachten te minimaliseren moet de dosis langzaam afgebouwd worden bij het staken van baclofen. Plotseling stoppen kan leiden tot ernstige ontwenningsverschijnselen (Leo & Baer, 2005). Over het algemeen rapporteren patiënten in beperkte mate bijwerkingen en de meest gerapporteerde bijwerkingen zijn vermoeidheid, sedatie en somber voelen (Beurmanjer et al., 2018).

Exclusiecriteria voor baclofen

Baclofen kan in de volgende situaties niet worden voorgeschreven:

- Aanwezigheid van lichamelijke stoornissen als levercirrose, nierproblemen (aspartaat aminotransferase (AST), alanine transaminase (ALT) of gamma-glutamyl transferase (GGT) niveau > 3 maal de bovengrens van de normaalwaarde (ULN), bilirubine > ULN, of serumcreatinine > ULN), onstabiele hypertensie, diabetes mellitus en/of epilepsie.
- Gelijktijdig gebruik van anti-epileptica, insuline of orale hypoglycemische medicatie.
- Zwangerschap
- Geschiedenis of aanwezigheid van psychiatrische stoornissen, waaronder stemmingsstoornissen (zoals ernstige depressie of bipolaire stoornissen), psychotische stoornissen (waaronder schizofrenie) en/of suïcidale gedachten.

Off-label gebruik van baclofen bij GHB-verslaving

De dosering in de eerste week is een capsule driemaal daags, te beginnen met een totale dosis van 15 mg baclofen per dag (Kamal et al., 2015b). Patiënten zullen worden geadviseerd om de medicatie met wat vloeistof tijdens de dagelijkse maaltijden te consumeren. Aanbevolen tijden zijn 8:00, 13:00 en 18:00 uur. Gedurende een periode van 10 dagen wordt baclofen geleidelijk opgebouwd tot de gewenste maximale dosis van 45-60 mg: de dosis wordt met 15 mg elke 3 dagen opgehoogd. In week twee [+/- dag 9] zal de maximale dosis van 45-60 mg per dag worden verkregen. Vervolgens blijft de baclofen gedurende 10 weken weer stabiel en wordt na week 12 afgebouwd naar 0 mg in 2 weken (zie tabel).

Baclofen dosis in mg per dag

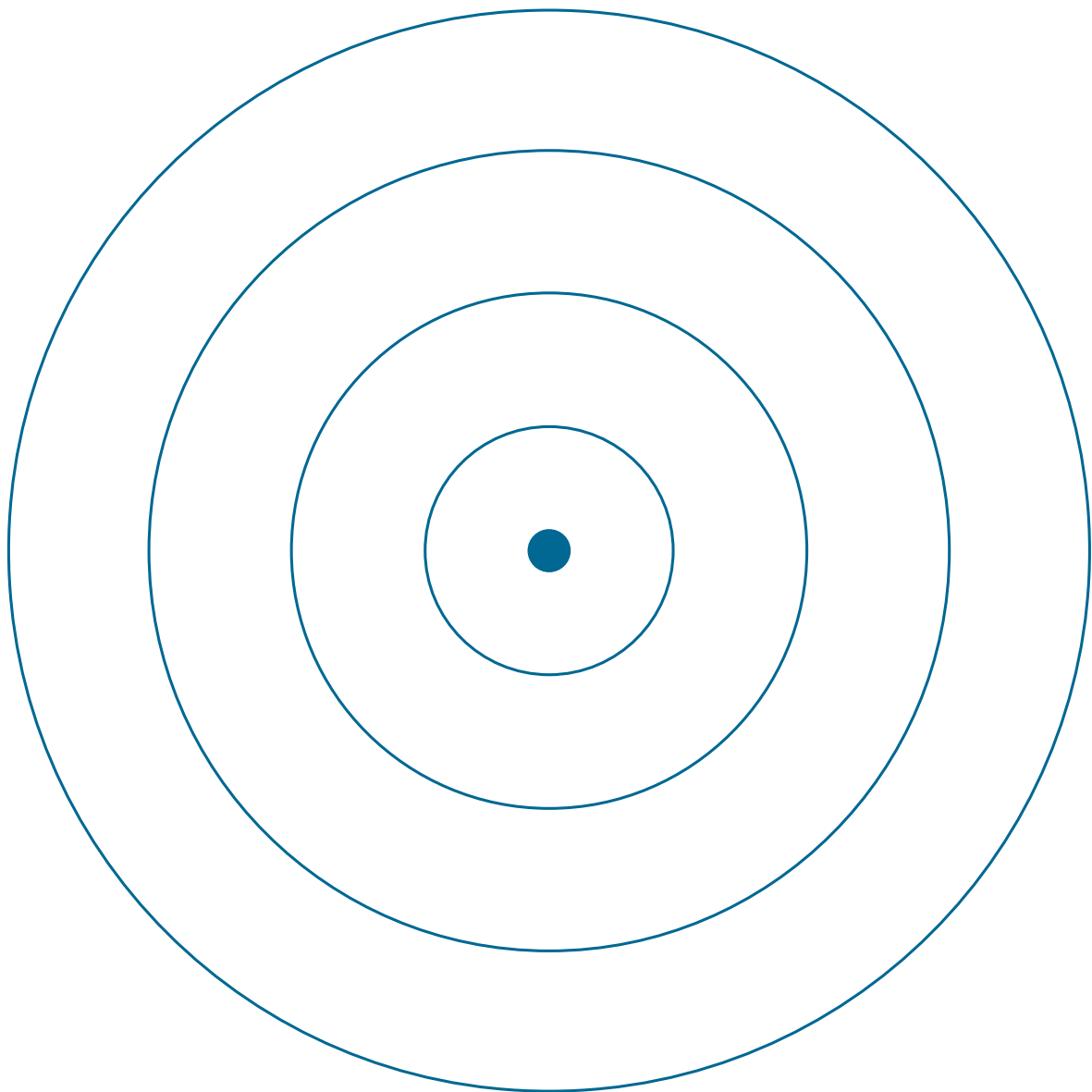
Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
8.00 uur	5	5	5	10	10	10	15	15	15	15/20	15/20	15/20
13.00 uur	5	5	5	10	10	10	15	15	15	15/20	15/20	15/20
18.00 uur	5	5	5	10	10	10	15	15	15	15/20	15/20	15/20
Totaal	15	15	15	30	30	30	45	45	45	45/65	45/60	45/60

Week	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Doses per dag	15-30	45-60	45-60	45-60	45-60	45-60	45-60	45-60	45-60	45-60	45-60	45-60	45-30	15-0	0

Bijlage Sociale omgeving

Cirkeldiagram

Op deze bladzijde staan een aantal cirkels. In het midden staat u. In de binnen cirkel staan mensen waar u veel mee te maken heeft en die erg belangrijk voor u zijn. In de middencirkel komen mensen die wel belangrijk voor u zijn, maar waar u minder mee te maken heeft. Mensen die weer wat minder belangrijk zijn, komen in de buitencirkel. Schrijf in de cirkels de mensen die voor u belangrijk en minder belangrijk zijn. Cirkels mogen leeg blijven, heel vol zijn of iets ertussenin.



Bijlage Slaap

Psycho-educatie en slaaphygiëne

De regels voor een goede slaap zijn:

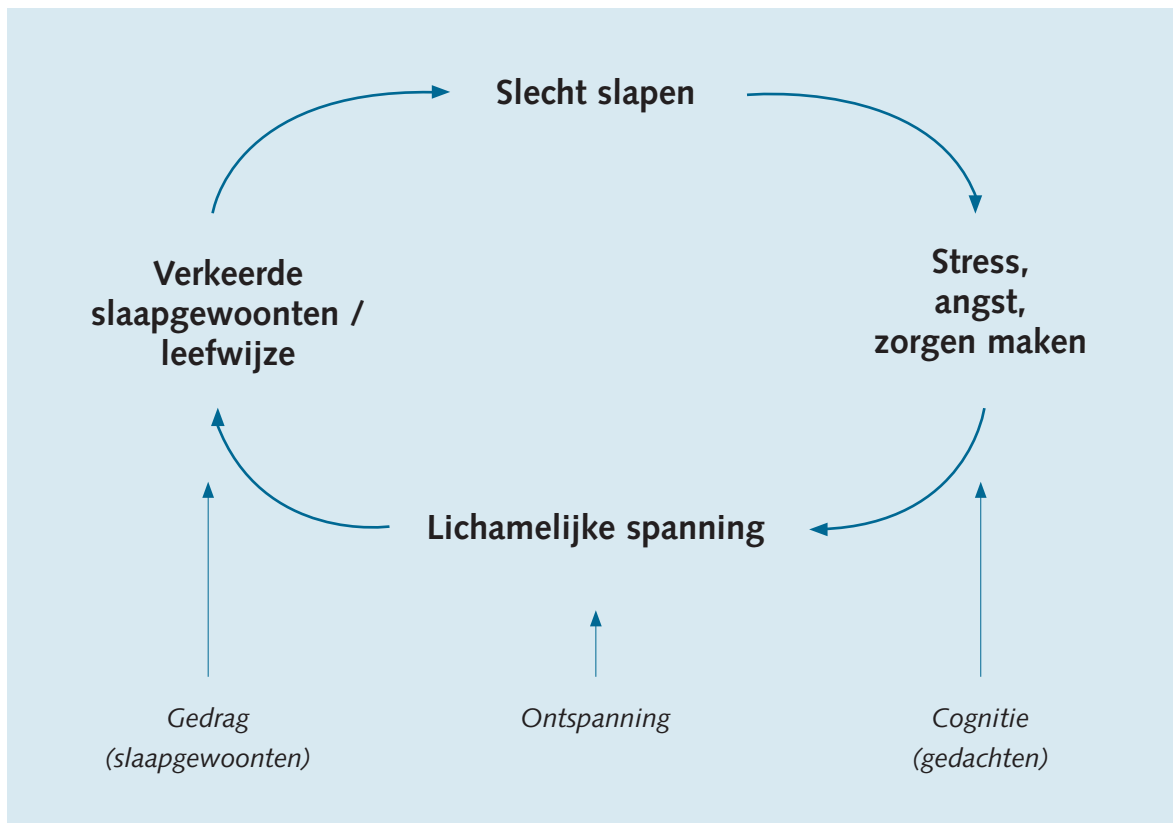
- Houd regelmatige bedtijden aan, met name op dezelfde tijd opstaan. In het weekeinde mag het tijdstip van opstaan maximaal 1,5 uur verschuiven ten opzichte van het tijdstip van door de week.
- Beperk de tijd in bed tot maximaal 8 uur.
- Gebruik het bed om te slapen (en te vrijen).
- Vermijd het lezen of tv kijken in bed, tenzij het u ontspant, maar beperk het dan tot maximaal 20 minuten.
- Reserveer vroeg op de avond een piekermoment waarin u de afgelopen dag en de volgende dag doorneemt.
- Ontspan voor het slapen gaan: bouw uw dag af en vermijd ongeveer een uur voor het slapen gaan inspannende geestelijke en lichamelijke activiteiten (seks uitgezonderd).
- Een dutje 's avonds is sterk af te raden, een kort dutje overdag (maximaal 30 minuten) is geen probleem als het uw slaap 's nachts niet verslechterd.
- Een warm bad of douche kan, maar doe dit tenminste 1 uur voordat u naar bed gaat. Zorg voor warme handen en voeten als u gaat slapen, een korte douche vlak voor het naar bed gaan kan hierbij helpen.
- Draai de wekker om zodat u er niet steeds op kunt kijken, het steeds zien van de tijd geeft alleen maar onrust.
- Vermijd cafeïne na 18.00 uur. Cafeïne zit in koffie, thee, cola en chocolade(melk).
- Begin de dag met voldoende licht en beweeg regelmatig overdag.

Vicieuze cirkel van slecht slapen

Slaapklachten komen vanzelf, maar gaan zelden vanzelf weer weg. Dat komt omdat mensen met slaapklachten allerlei dingen gaan proberen om toch maar te kunnen slapen. Vaak werken die probeersels averechts. De vicieuze cirkel van slecht slapen laat zien hoe het slechte slapen zich kan ontwikkelen tot een patroon. Tegelijkertijd laat de cirkel zien wat in een slaapprogramma gedaan kan worden om iemand te helpen beter te kunnen slapen.

De vicieuze cirkel begint bij het slecht slapen. Doordat men slecht inslaapt, blijft men piekeren, maakt men zich zorgen en dat veroorzaakt stress. Die stress vertaalt zich onherroepelijk in lichamelijke spanningen, waardoor de slechte slaper maar blijft draaien en woelen en niet de juiste houding kan vinden. Uiteindelijk zal de slechte slaper proberen om via allerlei 'rituelen', zoals TV kijken in bed of een jointje roken, de slaap toch te kunnen vatten. Helaas werken al die middeltjes slechts kort of averechts, waardoor het slaapprobleem nog groter wordt, meer stress veroorzaakt, meer spanning veroorzaakt enz.

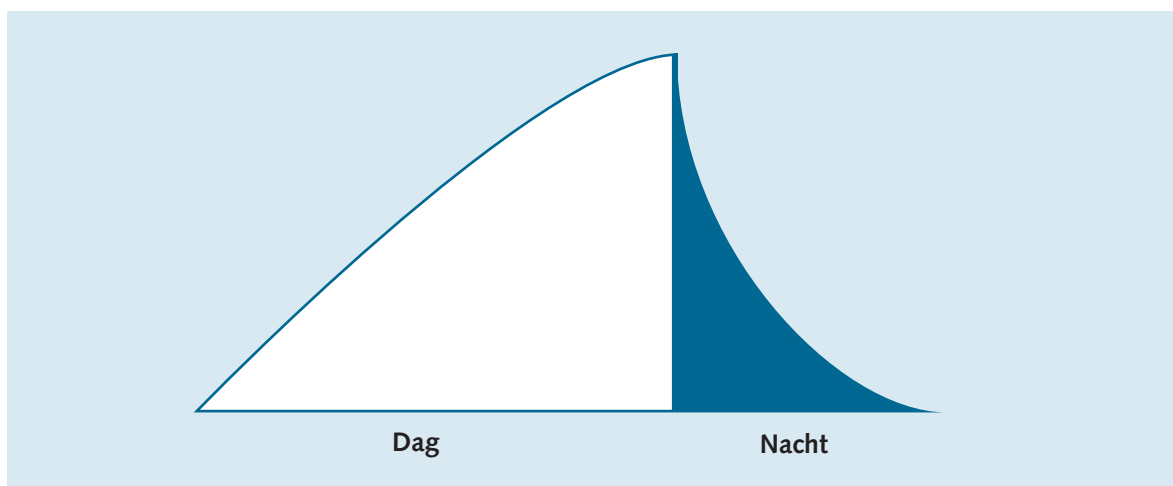
In een slaapprogramma wordt aandacht besteedt aan de gedachten over de slaap en het piekeren. De lichamelijke spanningen worden aanpak met ontspanningsoefeningen. De verkeerde gewoonten worden aangepakt door de patiënt de regels van een goede slaaphygiëne aan te leren.



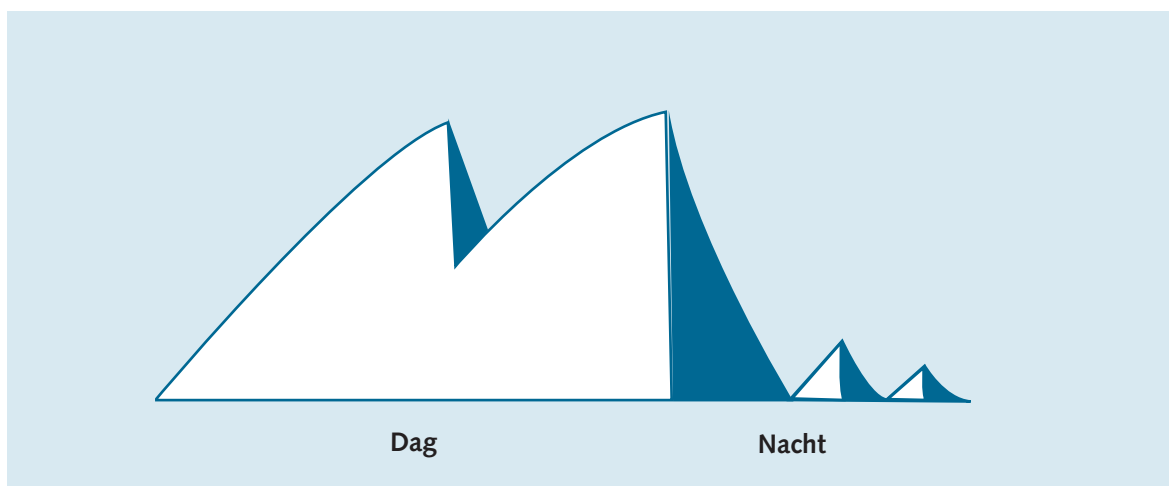
Slaapdruk

Slaapdruk betekent de drang die je voelt om te gaan slapen. Dus hoe meer slaperig je je voelt, hoe hoger de slaapdruk is.

In onderstaande grafiek zie je de slaapdruk uitgezet tegen de tijd. Hoe verder je naar rechts gaat in de grafiek, hoe later het dus wordt op de dag. De dag begint met een hele lage slaapdruk, je bent immers net wakker na een nacht slaap. De slaapdruk bouwt zich in de loop van de dag op, totdat je gaat slapen. Zodra je in slaap valt neemt de slaapdruk langzaam weer af. Een gezonde slaper zal vanzelf wakker worden als de slaapdruk weer helemaal op 0 staat.



Hieronder zie je weer opnieuw een plaatje van de slaapdruk, maar nu zit er een middagdutje in. Je ziet dat de slaapdruk als gevolg van het middagdutje afneemt. Het gevolg daarvan is weer dat de slaapdruk zich opnieuw moet gaan opbouwen. Het doen van een middagdutje kan twee gevolgen hebben: ten eerste kan het ervoor zorgen dat je 's nachts eerder wakker bent, zoals hieronder wordt weergegeven. Een tweede gevolg kan zijn dat je 's avonds bij het naar bed gaan onvoldoende slaapdruk hebt opgebouwd om te kunnen slapen. Daardoor lig je lang wakker en lukt het niet om in slaap te vallen. Dat zal pas lukken als de slaapdruk voldoende hoog is.



Normale slaap

Je kunt aan iemand zien of hij/zij slaapt: de persoon heeft de ogen gesloten en reageert niet meer op prikkels van buitenaf. Maar wat gebeurt er dan eigenlijk? Is de slaap altijd hetzelfde? En gebeurt er dan helemaal niets? Nee, er gebeurt juist heel veel in de hersenen. De activiteit van de hersenen kan men van buitenaf meten door de elektriciteit te meten, waarmee je zenuwen communiceren. Op die manier kan men zien of de hersenen veel of juist weinig activiteiten hebben. Als je die metingen doet bij iemand die slaapt, dan blijkt dat er verschillende hersenactiviteiten plaatsvinden. Die verschillende activiteiten maken het mogelijk om de slaap in te delen in verschillende periodes, ook wel slaapstadia genoemd. In het plaatje op de volgende bladzijde zie je de slaap van een normale slaper schematisch afgebeeld.

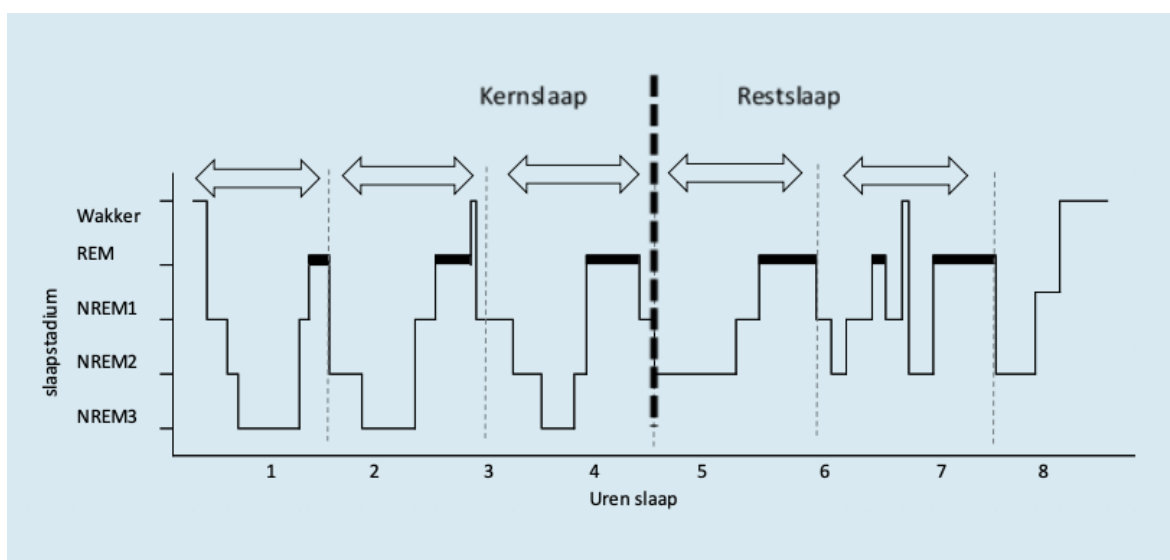
- Stadium 1 (NREM1) is de periode van het 'doezelen'. Tijdens stadium 1 zijn er langzaam draaiende oogbewegingen. De ledematen worden zwaar en de spierspanning neemt af. Mensen reageren in deze fase minder op prikkels van buiten af en hun gedachten zwakken.
- Stadium 2 (NREM2): in de beleving van de slaper is stadium 2 (de lichte slaap) het eerste 'echte' slaapstadium. Deze fase duurt ongeveer een half uur. In dit stadium van de slaap is de slaper moeilijk wakker te maken. Er zijn flarden van gedachten, de spieren zijn slapper dan in stadium 1 en oogbewegingen ontbreken.
- Stadium 3 (NREM3), de diepe slaap: na ruim een half uur is de slaper 'afgedwaald' in de diepste fase, de deltaslaap. Bij een gezonde volwassene kan dit stadium tot een uur duren. De spieren zijn maximaal ontspannen, hartslag en bloeddruk bereiken hun laagste

24-uur minima, de ademhalingsfrequentie en lichaamstemperatuur dalen. Tijdens de diepe slaap is de slaper slechts met moeite wakker te krijgen.

- Na de diepe slaap wordt de slaap geleidelijk lichter en nemen de lichaamsbewegingen toe. Stadium 2 en 1 worden gepasseerd en de eerste REM-slaap treedt op. Sinds het begin van de slaap zijn nu ongeveer 90 minuten verlopen. De REM-slaap is een periode waarbij de ogen snel heen en weer bewegen. Deze perioden worden daarom REM-slaap genoemd (REM = Rapid Eye Movement), de overige slaapfasen NREM-slaap. Indien iemand tijdens de REM-slaap wakker wordt gemaakt, herinnert hij zich vaak dat hij heeft gedroomd. Hierdoor wordt de REM-slaap vaak ook de 'droomslaap' genoemd maar dit is feitelijk onjuist: ook tijdens de NREM-slaap komen dromen voor, maar deze zijn moeilijker te herinneren en de ogen bewegen niet zoals in de REM-slaap. Mensen die uit de NREM wakker worden gemaakt, vertellen in sommige gevallen gedroomd te hebben. Hoe vaak dat het geval is, is vooral afhankelijk van hoe het begrip "droom" wordt gedefinieerd.

Slaaparchitectuur; verdeling van slaapfasen over de nacht

De afwisseling van NREM-slaap en REM-slaap vindt ongeveer vijf à zes keer gedurende een nacht plaats. Het verloop van de slaap wordt aangeduid als de slaaparchitectuur. Het is mogelijk met behulp van een geautomatiseerde analyse van slaaparchitectuur een zogenaamd hypnogram (letterlijk: een grafiek van de slaap) te maken. De gezonde slaap van een volwassene bestaat in totaal voor ongeveer 5 procent uit stadium-1 slaap, 40 procent uit lichte slaap (NREM2), 25 procent uit diepe slaap (NREM3) en 25 procent uit REM-slaap. De overige 5 procent wordt besteed aan wakker liggen. Naarmate de nacht vordert, duurt de diepe slaap korter, terwijl er een toename is van de hoeveelheid lichte slaap en REM slaap. De gemiddelde duur van een REM-slaap is 15 minuten, maar deze fase kan ook een uur duren. Lichaamsbewegingen zijn er vooral tijdens de lichtere fasen van de slaap en de REM-slaap, en gaan vaak samen met het veranderen van houding.



Kernslaap en restslaap

De totale slaap van een nacht is opgebouwd uit 4 a 5 slaapcycli. In het begin van de nacht zijn de fases van diepe slaap het langst. Op het eind van de nacht neemt juist het aandeel van de lichte slaap en de droomslaap toe.

De eerste 4 tot 5 uur van de slaap, ofwel de eerste 3 slaapcycli, wordt kernslaap genoemd omdat hier vrijwel alle diepe slaap optreedt en een deel van de droomslaap. Dit zijn de twee slaapfasen die van essentieel belang zijn voor de kwaliteit van de nachtrust. De diepe slaap zorgt voor fysiek herstel. De droomslaap heeft als functie onze geest te verfrissen en ervaringen die we tijdens de dag hebben opgedaan te verwerken.

De overige slaap wordt restslaap genoemd omdat deze niet elke dag nodig is om overdag redelijk te kunnen functioneren. De restslaap is uiteraard geen luxe-slaap, maar behoort tot het deel van de slaap waar je af-en-toe zonder kunt.

Hoeveel slaap heb je nodig

De hoeveelheid slaap die iemand nodig heeft verschilt van persoon tot persoon. Er zijn mensen die met weinig slaap toekunnen en er zijn mensen die veel slaap nodig hebben. Het is een fabeltje dat iedereen 8 uur slaap per nacht nodig heeft; 8 uur is een gemiddelde van alle slapers. De hoeveelheid slaap die jezelf nodig hebt is eigenlijk het best te bepalen aan de hand van hoe je je overdag voelt.

Over het algemeen kun je zeggen dat de kwaliteit van de slaap belangrijker is dan de hoeveelheid slaap. Met 4 tot 5 uur slapen is de kernslaap behaald en de basis voor geestelijke en fysiek herstel gelegd. Toch voelt lang niet iedereen zich uitgerust na 4 tot 5 uur slapen. Dat komt door onze manier van leven.

In onze maatschappij worden we beloond voor inspanning, niet voor ontspanning. We 'moeten' van 's ochtends vroeg tot 's avonds laat van alles. Dat leidt ertoe dat we in onze dag steeds minder tijd inruimen voor ontspanning. Deze manier van leven leidt tot een hoge hersenactiviteit. Mensen die slecht slapen hebben zowel overdag als 's nachts een hogere hersenactiviteit dan goede slapers. Voor hen is het belangrijk de hersenactiviteit te vertragen. Door regelmatig overdag rust te nemen en voor het naar bed gaan enige tijd 'niets' meer te doen kan je dat bewerkstelligen.

Een goede kernslaap in combinatie met goede lichamelijke en geestelijke ontspanning door de dag is dus voldoende voor herstel. De kans is groot dat je er op die manier beter tegen kunt als je ten minste de 4 tot 5 uur kernslaap per nacht haalt.

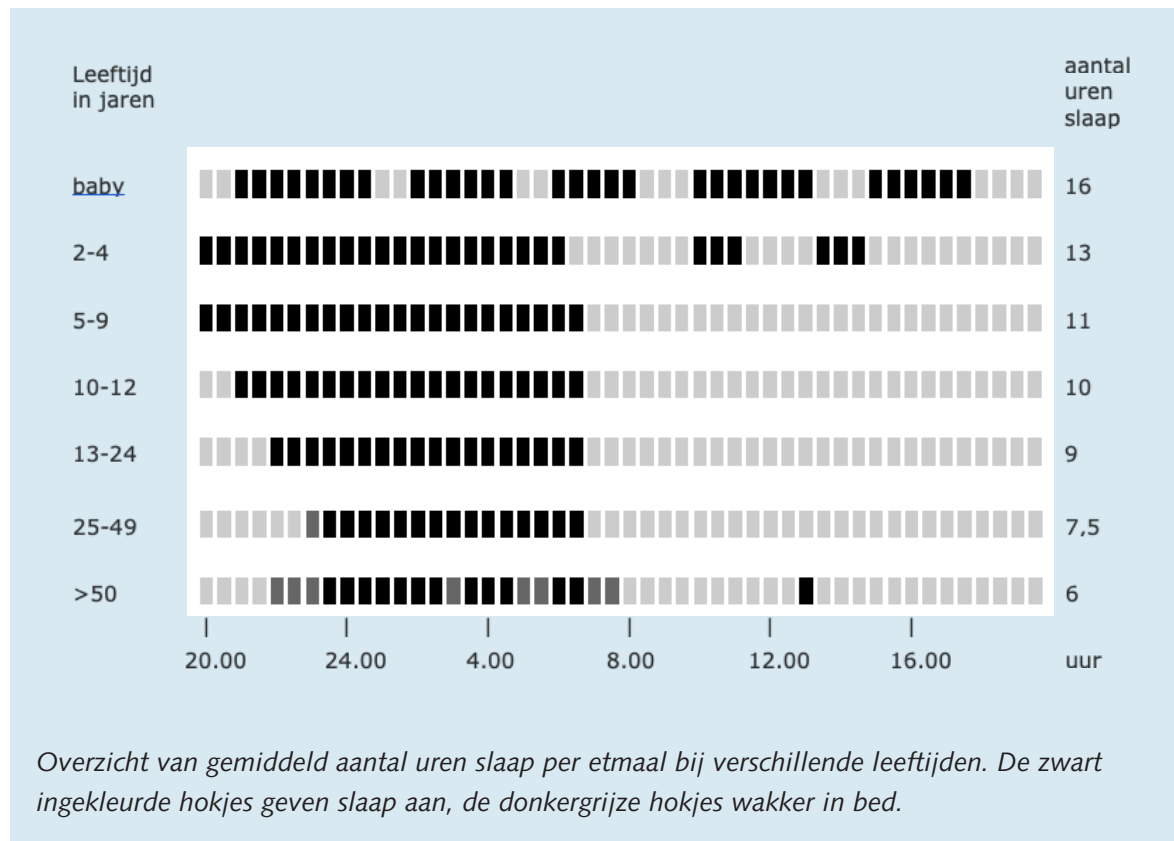
Slaap en leeftijd

De hoeveelheid slaap die je nodig hebt hangt niet alleen van je persoonlijke behoefte af maar wordt ook beïnvloed door je leeftijd.

Baby's slapen ongeveer 16 tot 18 uur. Dat neemt dan geleidelijk af tot je in de twintig bent. Tijdens de puberteit is er overigens een tijdelijke toename van de slaapbehoefte. Op oudere leeftijd neemt de duur van de nachtslaap vaak af maar als je de dutjes overdag meerekent is er nauwelijks verschil in de totale hoeveelheid slaap, opgeteld over de 24 uur.

Er zijn nog meer verschillen. Hoe diep je slaapt is ook afhankelijk van leeftijd. Kinderen

slapen dieper dan volwassenen. Vooral in het begin van de nacht. Ouderen slapen minder diep. Vanaf ongeveer je veertigste wordt de diepe slaapfase geleidelijk steeds korter. Bij ouderen is die er vaak nauwelijks meer. Bovendien liggen zij 's nachts vaker en langer wakker en hebben ze minder REMslaap.



Slaap en verslavende middelen

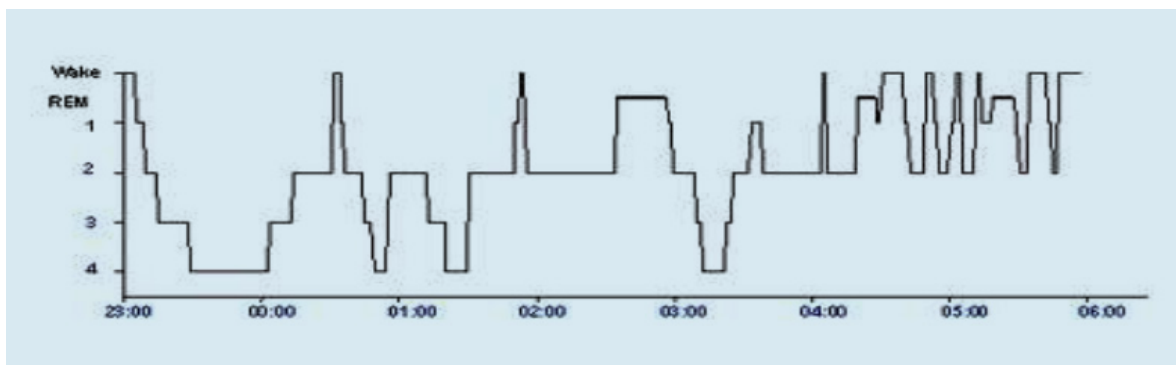
In dit gedeelte wordt stilgestaan over welke invloed de verschillende verslavende middelen kunnen hebben op de slaap. Achtereenvolgens wordt gekeken naar de invloed die middelen hebben op de slaap bij eenmalig gebruik en bij verslaving. Vervolgens wordt gekeken naar de invloed van het stoppen met de diverse middelen op de slaap. Omdat het onmogelijk is om alle verslavende middelen te behandelen, hebben we de middelen ingedeeld in twee hoofdcategorieën naar type werking: verdovende middelen en stimulerende middelen.

Verdovende middelen

Het bekendste een meest gebruikte verdovende middel is alcohol. Andere verdovende middelen zijn cannabis, heroïne en GHB. In de volgende tekst wordt uitgelegd welke invloed alcohol heeft op de slaap, maar het meeste wat voor alcohol geldt, geldt ook voor de andere verdovende middelen. Aan het einde van deze paragraaf worden nog enkele specifieke effecten op de slaap per verdovend middel besproken.

Alcohol, in de vorm van een slaapmutsje, wordt door veel mensen gezien als een onschuldig middeltje om beter te kunnen slapen. Niets is echter minder waar! Alcohol kan er bij eenmalig gebruik wel toe leiden dat je sneller in slaap valt, maar zorgt er tegelijkertijd voor dat je eerder wakker bent en dan moeilijk weer opnieuw in slaap kunt vallen. Hoe kan dat

nu? Alcohol werkt verdovend op de hersenen, dus zorgt het ervoor dat (zolang er nog geen gewenning is voor alcohol) men snel in slaap kan vallen. Je zakt meteen weg in een diepe (bijna comateuse) slaap en blijft daar ongeveer een uur in hangen. Daarna is er wat lichtere slaap, gevolgd door opnieuw diepe slaap, zonder dat er een periode van droomslaap tussen zit. De alcohol zorgt er namelijk voor dat de droomslaap onderdrukt wordt in de eerste helft van de nacht. Hierdoor is de drinker minder goed in staat de gebeurtenissen van de dag ervoor te verwerken en een plekje te geven in zijn/haar geheugen. Na ongeveer 4 uur geslapen te hebben, begint de werking van de alcohol sterk af te nemen en beginnen de lichamelijke ontwenningssverschijnselen. Hierdoor wordt de drinker wakker (vaak zwetend met dorst en hoofdpijn) en kan hij moeilijk weer in slaap vallen. Het resultaat van een avond drinken is dat men sneller in slaap valt, maar ook veel vroeger wakker is en dus veel korter slaapt en minder uitgerust is. Het hypnogram van iemand die niet gewend is aan alcohol, maar wel meerdere glazen alcohol heeft gedronken voor het slapen gaan, ziet er als volgt uit:



Als je dit plaatje van de slaap vergelijkt met het plaatje van de normale slaap, dan zie je dat er geen droomslaap (= REM) is in de eerste twee slaapcycli. Daarnaast zie je dat de slaap na 4.00 uur niet meer zo goed gaat en dat deze persoon heel vaak wakker is ten opzichte van een gezonde slaper.

Bovenstaande heeft dus betrekking op het gebruik van alcohol als er nog geen sprake is van gewenning of verslaving. Indien er wel sprake is van gewenning (gewenning treedt al op na vier opeenvolgende dagen van alcoholgebruik), verdwijnt het 'inslaap' effect van alcohol en zal men steeds meer alcohol moeten gebruiken om hetzelfde inslaap effect te bereiken. In dat geval treedt de vicieuze cirkel in werking. Het ontwenningseffect in de tweede helft van de nacht blijft echter onverminderd optreden, waardoor men korter slaapt, hoe veel men ook gedronken heeft.

Samenvattend kunnen we dus concluderen dat alcohol de droomslaap onderdrukt en het vroeg ontwaken stimuleert, waardoor het evenwicht van de slaap ernstig verstoord raakt en de drinker niet uitgerust is als hij/zij op staat.

Het gebruik van alcohol werkt dus niet slaap bevorderend, maar hoe zit het dan met een alcohol detox? Zoals al eerder gezegd heeft alcohol een verdovende werking. Bij een alcoholverslaving is het lichaam van de gebruiker helemaal ingesteld op het gebruik van alcohol en is het lichaam er dus aan gewend geraakt om in slaap te vallen met een verdovend middel. Bij een alcohol detox wordt dit verdovende middel ineens niet meer gebruikt, waardoor er problemen kunnen ontstaan bij het inslapen. Het lichaam moet

immers weer op eigen kracht in slaap gaan vallen, maar dat is het niet meer gewend. De chemische samenstelling en werking in de hersenen is door het langdurig gebruik van alcohol veranderd, waardoor het inslapen veel lastiger zal gaan. Daarnaast is de slaap minder diep én probeert het lichaam het tekort aan droomslaap (toen het nog wel onder invloed was) in te halen, waardoor er veel meer droomslaap op zal treden. Als gevolg daarvan ervaren veel patiënten tijdens een alcoholdetox veel en heftige dromen. Na zo'n droom schiet men meestal even wakker en blijft dan ook wakker. Men gaat liggen piekeren, kan moeilijk weer in slaap vallen en is 's ochtends niet fit en uitgerust. Gelukkig treden deze effecten vaak het ergst op in de eerste paar weken van een detox en verdwijnen de meeste vervelende gevolgen in de loop van enkele maanden. Het inhalen van de droomslaap blijft echter heel lang bestaan en kan zelfs anderhalf jaar na de detox nog gemeten worden. Sommige mensen houden dan ook lang last van slaapklachten na de detox. Een slaaptraining kan geen verandering brengen in de lichamelijke effecten van een alcoholdetox, maar kan je wel helpen omgaan met deze effecten.

Ook het gebruik van cannabis heeft invloed op de droomslaap, maar cannabis doet daarnaast nog iets bijzonders: het zorgt ervoor dat een lichaamseigen slaapstofje ineens heel veel wordt aangemaakt. Deze slaapstof heet melatonine. Melatonine zorgt ervoor dat je goed in slaap kunt vallen en een tekort aan melatonine zorgt ervoor dat je niet gemakkelijk in slaap kunt vallen. Cannabisgebruikers die stoppen met gebruik, zullen in de eerste paar weken veel last hebben van inslaapklachten, omdat hun lichaam niet meer gewend is aan het zelfstandig aanmaken van melatonine. Het lichaam moet zich eerst herstellen, voordat er weer een gezonde melatonine hoeveelheid kan worden aangemaakt. Na enkele weken tot maanden herstelt het lichaam zich en zal de slaap verbeteren.

Het stoppen met heroïne of methadon heeft vaak ernstige krampen of onrustig gevoel in de ledematen tot gevolg, waardoor mensen heel moeilijk in en/of door kunnen slapen. Een slaaptraining kan hierin helaas niets veranderen. Indien je veel last hebt van krampen in je armen en/of benen, meldt dit dan aan de arts. Hij kan je misschien helpen met een medicijn tegen de krampen/onrust, maar eigenlijk zijn er geen specifieke medicijnen beschikbaar voor deze krampen als gevolg van het stoppen met opiaten. Na enkele weken zullen de krampen wel steeds minder worden en uiteindelijk helemaal verdwijnen.

Voor alle verdovende middelen geldt dat ze de slaap ontregelen tijdens gebruik, maar ook nog tijdens en na de detox. Gelukkig zal na enkele weken tot maanden natuurlijk herstel optreden, waardoor de slaap steeds beter zal worden.

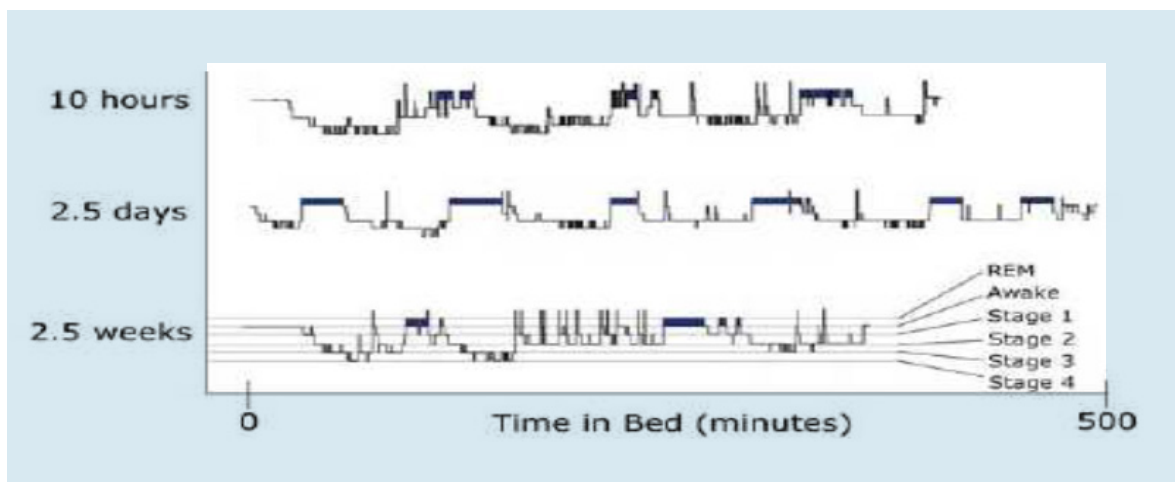
Stimulerende middelen

Stimulerende middelen, zoals cocaïne, speed en XTC, worden vaak gebruikt om beter en langer te kunnen presteren. Zij hebben dan ook een stimulerende werking, wat wil zeggen dat de gebruiker het gevoel heeft door het middel wakkerder en alerter te zijn. Het zal dan ook niet vreemd zijn dat stimulerende middelen niet bevorderlijk zijn voor een goede nachtrust.

Stimulerende middelen zorgen ervoor dat het inslapen niet tot zeer moeilijk verloopt, waardoor de gebruiker vaak pas na enkele uren in slaap kan vallen. Eenmaal ingeslapen, is de persoon gemakkelijk wakker en zal dus van het minste geluid wakker worden en opnieuw weer moeilijk in kunnen slapen. Net als bij verdovende middelen, onderdrukken ook stimulerende middelen de droomslaap. Bijkomend effect van stimulerende middelen is dat zij niet alleen de droomslaap, maar ook de diepe slaap gedeeltelijk onderdrukken. De gebruiker slaapt dus korter, is vaker wakker en is daardoor minder uitgerust na het ontwaken.

Na langdurig gebruik van stimulerende middelen, raakt het lichaam uitgeput. Dat resulteert erin dat de gebruiker uiteindelijk moet toegeven aan de vermoeidheid en moet gaan slapen. Eenmaal toegegeven aan de slaap, treedt een langdurige slaap op die soms wel 24 uur kan duren. Het lichaam probeert het tekort in te halen.

Het plaatje hieronder geeft de slaap weer van iemand die cocaïne heeft gebruikt. In het bovenste plaatje zie je de slaap tien uur nadat de cocaïne is ingenomen. In het tweede plaatje zie je de slaap 2,5 dagen na het laatste gebruik en in het onderste plaatje 2,5 week na het laatste gebruik.



Wat in het tweede plaatje opvalt is dat de gebruiker veel langer slaapt, maar dat er nauwelijks diepe slaap optreedt en wel heel veel droomslaap. Ook hier zie je dus weer dat het lichaam het tekort aan droomslaap probeert in te halen.

2,5 Week na het laatste gebruik (onderste plaatje) zie je dat de eerste slaapcyclus redelijk verloopt, maar dat er vele korte perioden van wakker zijn volgen. Die periodes van wakker zijn, zijn zo kort dat de slaper zich dit niet kan herinneren. Toch leiden deze korte onderbrekingen van de slaap ertoe dat geleerde informatie niet goed in het geheugen terecht komt, waardoor leren niet goed lukt. Hoewel de slaper zelf weinig last zegt te hebben van een gestoorde slaap, laten leertesten zien dat deze mensen veel meer moeite hebben met het opslaan van informatie.

Het bijzondere van de effecten van stimulantia op de slaap is dat hoe langer de detox geleden is, hoe beter de patiënt zal zeggen dat hij slaapt. De patiënt merkt namelijk niet dat hij heel kort even wakker is. Ga je zijn/haar slaap dan echter meten met hersensignalen, dan blijkt de slaap niet beter, maar juist slechter geworden te zijn. Dat verklaart waarom

sommige stimulantia afhankelijke patiënten na de detox vaak het gevoel hebben goed te slapen en fit te zijn, maar veel minder goed dingen kunnen onthouden of zich slechter kunnen concentreren.

Voor alle stimulerende middelen geldt dus dat ze je wakker houden tijdens gebruik, maar zeker ook na de eerste weken van de detox. Gelukkig geldt ook hier dat de slaap zich gedurende de maanden na de detox weer langzaam zal herstellen.

Bijlage Informatie over het slaap-/waak dagboek

Door het invullen van een slaap-/waak dagboek kunt u de behandelaren en de onderzoeker belangrijke informatie aanreiken over uw slaapgedrag. De slaap-/waakkalender maakt duidelijk hoe u zelf uw slaap-waak patroon ervaart. Op dit informatieblad volgt een instructie over het invullen van het slaap-waak dagboek. Vanaf deze week vult u elke week een slaap-waak dagboekje in gedurende de looptijd van de slaaptraining.

Het weekschema van het dagboek loopt van dag 1 tot en met dag 7. De hele uren zijn aangegeven met een verticale streep en onderverdeeld in vier hokjes van elk een kwartier. De balk loopt van 's avonds acht uur (20.00 uur) tot de volgende avond acht uur. **Belangrijk is dat u het dagboek pas 's ochtends invult. Kijk 's nachts niet op de wekker, het gaat om een schatting.**

Instructie

Het dagboek vult u als volgt in:

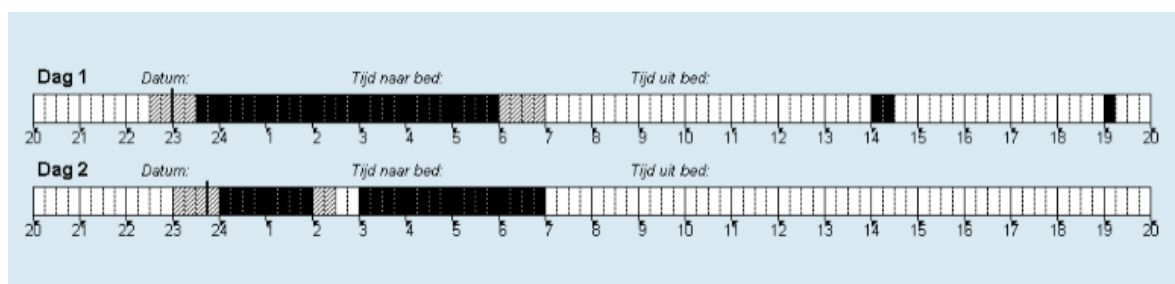
- de tijd die u slapend in bed doorbrengt kleurt u geheel in
- de tijd die u in bed doorbracht zonder te slapen geeft u aan door die vakjes te arcen (schuine streepjes)
- het tijdstip waarop u het licht uit doet, geeft u aan met een verticale | streep.
- als u 15 minuten of korter hebt geslapen, dan één hokje inkleuren
- als u 15 minuten of korter wakker in bed hebt gelegen, dan één hokje arcen
- de tijd waarop u naar bed gaat, in slaap valt, wakker wordt en in bed ligt of blijft liggen, rondt u af op kwartieren

Op de achterkant van dit dagboek heeft u ruimte om per dag een toelichting te geven.

Ter verduidelijking een voorbeeld:

Op dag 1, 18 januari, heeft u om 20.00 uur koffie gedronken (zet een letter 'k' neer bij dat tijdstip) en om 22.30 uur bent u naar bed gegaan. Om 23.00 uur hebt u het licht uit gedaan, waarna u vervolgens om 23.30 uur in slaap bent gevallen.

Op dag 2, 19 januari, werd u om 06.00 uur wakker, maar u bent nog een uurtje blijven liggen en om 07.00 uur opgestaan. Van 14.00 tot 14.30 uur bent u in slaap gevallen. Hetzelfde gebeurde om 19.00 uur, maar deze keer duurde de slaap maar 10 minuten.



U heeft 's avonds geen koffie meer gedronken en u bent om 23.00 uur naar bed gegaan. U hebt een uur wakker gelegen en om middernacht bent u in slaap gevallen. Het licht deed u om 23.50 uur uit. Van 02.00 tot 03.00 uur heeft u wakker gelegen en bent u een half

uurtje naast uw bed gaan zitten lezen. Daarna bent u weer naar bed gegaan en in slaap gevallen tot 07.00 uur, waarna u meteen bent opgestaan.

Slaap-/waakkalender:

Naam:

Dag 1

Datum:

Tijd naar bed:

Tijd uit bed:

Dag 2

Datum:

Tijd naar bed:

Tijd uit bed:

Dag 3

Datum:

Tijd naar bed:

Tijd uit bed:

Dag 4

Datum:

Tijd naar bed:

Tijd uit bed:

A vertical number line with an arrow at the bottom pointing upwards. The line is marked with numbers from 20 at the bottom to 20 at the top. The numbers are arranged in a repeating pattern: 20, 21, 22, 23, 24, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20. The line is divided into segments by horizontal tick marks.

Dag 5

Datum:

Tijd naar bed:

Tijd uit bed:

Dag 6

Datum:

Tijd naar bed:

Tijd uit bed:

Dag 7

Datum:

Tijd naar bed:

Tijd uit bed:

Ontspanningsoefeningen

Ontspanning is nodig om in slaap te kunnen vallen. Door ontspanningsoefeningen kunnen we de overgang van wakker naar slapen gemakkelijker maken. Een goed voorbeeld van een ontspanningsoefening is de ontspanningsoefening van Jacobson. Hierbeneden worden twee andere korte ontspanningsoefeningen besproken.

Ontspanning: rustmomenten inbouwen en buikademhaling

1. Inbouwen van rustmomenten overdag

Veel mensen staan 's ochtends op, zijn de hele dag actief en worden 's avonds na de maaltijd overvallen door een gevoel van vermoeidheid. Ook veel slechte slapers zijn geneigd de hele dag druk bezig te zijn. Deze opdracht gaat over het beter verdelen van uw energie. Bedenk dat u 's ochtends als het ware een meer of minder gevulde zak met energie hebt waar u de hele dag mee moet doen. Bewaar dus wat voor de avond en geef niet alles uit overdag. De volgende oefening is ervoor bedoeld om regelmatig even gas terug te nemen op een dag. Probeert u het de komende week maar eens:

- Neem elke ochtend, middag en avond 5-10 minuten de tijd om niets te doen.
- U mag even gaan zitten, muziek luisteren, gaan wandelen of een ademhalingsoefening doen

Het lijkt een eenvoudige oefening maar velen van u zullen merken hoe moeilijk het is om even echt tijd te nemen om niets te doen.

Opdracht: Bouw dagelijks meerdere rustmomenten in volgens bovenstaande richtlijn. Bijvoorbeeld drie keer per dag 5-10 minuten.

Doel: Door overdag regelmatig rust te nemen komt uw lichaam en geest tot rust. Hierdoor daalt de zogenaamde 'overactiviteit' die een goede slaap in de weg staat.

2. Buikademhaling

Ademen is een levensvoorwaarde: u kunt niet langer dan twee tot drie minuten zonder adem. De functie van ademhaling is tweeledig. De eerste is het vervoer van zuurstof naar de spieren. De ingeademde lucht gaat van de longblaasjes naar het bloed. De rode bloedlichaampjes voeren de zuurstof via de bloedsomloop naar de spieren. De spieren verbranden de zuurstof bij de samentrekkingen. De tweede functie van de ademhaling is de afvoer van koolzuur. De afvalstoffen bij de spiercontracties worden door het bloed naar de longblaasjes vervoerd en verdwijnen bij de uitademing. Als de ademhalingscapaciteit onvoldoende is worden de afvalstoffen maar ten dele verwijderd. Deze hopen zich op in het organisme, met onder andere als gevolg vermoeidheid en verminderde levenslust. Er is dus alle reden om de ademhaling zo goed mogelijk te laten verlopen.

De ademhaling bestaat uit twee fasen. Bij de inademing gaan de ribben uiteen, het middenrif daalt, de lucht stroomt de longen in. Bij de uitademing wordt de borstkas verkleind, het middenrif komt omhoog en de lucht stroomt uit de longen. Als u slaapt haalt u met de buik adem, of beter gezegd, met het onderste deel van de borstkas. Wanneer u

echter opgewonden bent, of angstig, hebt u een 'hoge' ademhaling. Dit is een versnelde in- en uitademing, waarbij voornamelijk de borstspieren en sleutelbeenderen worden gebruikt. Voor deze manier van ademen moet u veel werk verrichten en daarvoor krijgt u relatief maar weinig lucht. Vandaar dat we eens stil gaan staan bij de buikademhaling. Dit is onze natuurlijke manier van ademen welke weinig moeite kost en veel lucht oplevert. Een efficiënte manier van ademen dus.

Gaat u eerst eens na hoe u ademt, gaat tijdens het inademen vooral uw borstkas of uw buik op en neer?

De volgende oefening leert u weer door uw buik te ademen. Doe deze oefening regelmatig overdag als u even rustig zit voordat u hem in bed uitprobeert. Oefen twee keer per dag gedurende vijf minuten.

- Ga makkelijk zitten of liggen
- Sluit uw ogen
- Leg nu uw handen op uw buik, u kunt zo goed voelen hoe uw buik op en neer gaat
- Adem in door neus en laat de buik opbollen; u kunt met uw handen controleren of uw buik
- inderdaad uitzet. Let er eens op hoe weinig moeite het kost om lucht naar binnen te laten stromen.
- Houd de lucht even vast en adem nu geleidelijk weer uit en voel met uw handen dat uw buik weer platter wordt
- Probeer het uitademen wat langer te laten duren dan het inademen
- U kunt tellen bij het in- en uitademen.
- Neem een pauze voordat u weer begint met inademen.
- Herhaal deze oefening regelmatig.

Als u moeite hebt om door uw buik te ademen kan het helpen om voordat u begint met de oefening een keer diep te zuchten.

Opdracht: Oefen bovenstaande ademhalingsoefening elke dag twee keer gedurende 5 minuten.

Doel: Een rustige ademhaling is de basis van ontspanning. Ontspanning is weer nodig om goed te kunnen slapen. Hoe lang doorgaan? Ga door met de buikademhalingsoefening totdat u merkt dat u niet meer na hoeft te denken om door uw buik te ademen, het gaat weer vanzelf

