

# GHB MONITOR

GHB detoxificatie met  
farmaceutische GHB

© 2013 Nijmegen Institute for Scientist Practitioners in Addiction (NISPA)  
Postbus 6909, 6503 GK Nijmegen, [www.nispa.nl](http://www.nispa.nl)

De GHB monitor is tot stand gekomen in bestuurlijke samenwerking tussen NISPA en de Stichting Resultaten Scoren (het landelijke kenniscentrum voor verslaving, waarin alle grote instellingen voor verslavingszorg participeren). De in dit project ontwikkelde behandelprotocollen worden uitgegeven door Resultaten Scoren [www.resultatenscoren.nl](http://www.resultatenscoren.nl).

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

#### Projectaanvrager

Prof. dr. Cor AJ de Jong \*

#### Projectleiding

Prof. dr. Cor AJ de Jong \*

Dr. Boukje AG Dijkstra \* \*\*

#### Projectcoördinatie

Margreet Maselaman-Borst \*\*\*

Cor Verbrugge \*\*

#### Datamanagement

Sylvie Schrijen

#### Financiering

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Nederland heeft Resultaten Scoren subsidie gegeven, waarmee NISPA dit project heeft kunnen uitvoeren.

#### Bij opzet betrokken instellingen

De Brijder, GGZ Centraal, IrisZorg, Mondriaan, Novadic-Kentron, Tactus, Verslavingszorg Noord-Nederland, Victas en Vincent van Gogh Instituut

#### Uitvoering

De Brijder, IrisZorg, Novadic-Kentron, Tactus, Verslavingszorg Noord-Nederland, Victas

#### Studieduur

Startdatum: september 2010

Dataverzameling: maart 2011 tm augustus 2012

Eindrapportage: februari 2013

\* Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction

Radboud Universiteit Nijmegen / ACSW

Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen

E : c.dejong@acsw.ru.nl

\*\* Novadic-Kentron, Netwerk voor verslavingszorg

Postbus 243, 5260 AE Vught

Tel : 073-6849500, Fax : 073-6849501

E : boukjedijkstra@novadic-kentron.nl

\*\*\* IrisZorg

Postbus 351

6800 AJ Arnhem

Tel : 088-6061800, Fax : 088-6061693

E : m.maselaman@iriszorg.nl



## Voorwoord

Voor u ligt het eindrapport van de GHB Monitor. De monitor is gestart vanwege de toenemende problematiek van patiënten die GHB gebruiken en er van afhankelijk zijn geworden. De GHB Monitor is in bestuurlijke samenwerking tot stand gekomen tussen NISPA en de Stichting Resultaten Scoren, het landelijke kenniscentrum voor verslaving, waarin alle grote instellingen voor verslavingszorg participeren. Dit rapport en de in dit project ontwikkelde behandelingsprotocollen worden uitgegeven door Resultaten Scoren ([www.resultatenscoren.nl](http://www.resultatenscoren.nl)) en zijn ook beschikbaar bij NISPA ([www.nispa.nl](http://www.nispa.nl)). Het project is gesubsidieerd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Nederland.

De monitor is gestart vanwege de toenemende problematiek van patiënten die GHB gebruiken en er van afhankelijk zijn geworden. Niet zelden vertonen deze patiënten ernstige onthoudingssymptomen. De methode, DeTiTap<sup>®</sup>, waarmee patiënten worden ingesteld op farmaceutische GHB en er vervolgens geleidelijk mee worden afgebouwd, is in dit project op brede schaal uitgevoerd en nauwkeurig gevolgd.

De doelen van het project waren: ruimer inzicht krijgen in de populatie en het detoxificatieproces, documenteren van de effecten van de verschillende gebruikte methoden en de factoren die de effecten beïnvloeden, het delen van ervaringen binnen de Nederlandse verslavingszorg en het op basis daarvan vaststellen van een practice-based richtlijn voor GHB detoxificatie.

Deze doelen zijn in nauwe samenwerking met de deelnemende instellingen voor een groot deel gerealiseerd. De groep patiënten die zich meldt om in de kliniek veilig en zo comfortabel mogelijk te stoppen met gebruik van GHB, is veel jonger dan andere patiënten in de verslavingszorg. Het niet kunnen stoppen lijkt te wijzen op afhankelijkheid van GHB in termen van de DSM-IV. Dat blijkt op basis van de klachten en symptomen ook te kloppen, waarbij opgemerkt moet worden dat craving of zucht erg sterk speelt bij deze patiënten. Het onthoudingssyndroom vertoont overlap met het beeld dat wordt gezien bij de onthouding van alcohol en benzodiazepinen. Door het aanmerkelijke gebruik van andere psychoactieve middelen is een 'zuiver' GHB onthoudingssyndroom nog niet goed te definiëren. Naast veelvuldig gebruik van andere middelen laten de patiënten veel andere psychiatrische stoornissen zien, vooral in de groep van angststoornissen.

De DeTiTap<sup>®</sup> methode is goed uitvoerbaar en laat weinig complicaties zien. Een vergelijking van DeTiTap<sup>®</sup> met de behandeling van de onthouding met benzodiazepinen, is vanwege organisatorische redenen niet gelukt en dat is jammer. Voor de keuze ambulant dan wel intramuraal ontgiften is een goed protocol opgesteld. Met name voor de ambulante behandeling van mildere onthoudingsklachten zouden benzodiazepinen uitkomst kunnen bieden. Vergelijkend onderzoek past dan ook goed in een vervolgproject.

De hulpverleners zijn redelijk in staat te voorspellen welke patiënten abtinent zullen blijven. Nader onderzoek dient zich te richten op de criteria die de hulpverleners hebben gewogen om tot hun voorspelling te komen. Immers veel patiënten (2/3) zijn binnen drie maanden teruggevallen.

Het reguliere aanbod dat is aangeboden, blijkt niet voldoende om terugval te voorkomen of goed te managen. Goede voorspellers van hulpverleners zouden de risicogroep beter kunnen identificeren, waardoor een aangepast aanbod gedaan kan worden. Bij het vervolg moet hiernaast ruimer worden ingezet op een zowel rationeel farmacologisch als beproefd psychosociaal behandelingsaanbod.

Het uitvoeren van een project zoals de GHB Monitor is geen sinecure, ook niet in de zich steeds meer professionaliserende verslavingszorginstellingen. Daardoor ontbreken her en der relevante gegevens. Toch is het gelukt om van 83% van de oorspronkelijke 229 unieke patiënten die zijn opgenomen in de GHB Monitor drie maanden na ontslag gegevens te verzamelen. Dat is een compliment waard voor de onderzoeksverpleegkundigen.

In dit GHB Monitor project is gebruik gemaakt van farmaceutische GHB. Het is voor de ziekenhuisapotheek die de stof heeft willen produceren voor dit project bepaald niet gemakkelijk geweest om dat ook daadwerkelijk volgens alle daarvoor geldende regels te doen. Hulde voor het uithoudingsvermogen.

Tot slot willen we in dit voorwoord iedereen bedanken voor de samenwerking, met name de patiënten die, met informed consent, hebben meegewerkt aan de GHB Monitor.

We hopen dat de resultaten zullen bijdragen aan verbetering van de zorg.

Prof. Dr. Cor AJ De Jong  
Dr. Boukje AG Dijkstra  
Projectleiders

# Inhoud

Inleiding	9
Projectopzet en uitvoering	13
/ Implementatie-interventies	
/ In- en exclusiecriteria	
/ Instroomprocedure	
/ Detoxificatie	
/ Vervolgbehandeling	
/ Meetmomenten	
/ Analyses	
Procesevaluatie	17
/ Bevorderende en belemmerende factoren voor de GHB Monitor	
/ Evaluatie uitvoering GHB Monitor	
Resultaten	23
/ Instroom	
/ Achtergrondkenmerken	
/ Abstinentie	
/ Subjectieve onthoudingssymptomen	
/ Objectieve onthoudingssymptomen	
/ Craving	
/ Psychische problematiek	
/ Kwaliteit van leven	
/ Bijwerkingen	
Conclusies en aanbevelingen	45
Geraadpeegde literatuur	53
Colofon	55





## Inleiding

De laatste jaren neemt in Nederland het gebruik van gamma hydroxyboterzuur (GHB) en precursors zoals gamma-butyrolactone (GBL) toe. Deze middelen werden aanvankelijk incidenteel en recreatief gebruikt, maar inmiddels worden ze vaak meermalen daags gebruikt en stoppen geeft dan duidelijke ontwenningssverschijnselen. Bij patiënten die een acuut ontwenningssbeeld vertonen, leidt dit vanwege de extreme klachten tot soms langdurige Intensive Care (IC) opnames. Zelfs zeer hoge doseringen benzodiazepinen bleken in het verleden soms niet voldoende om de patiënten door deze ontwenning heen te loodsen. Dergelijke casuïstiek leidde tot de ontwikkeling van een andere detoxificatie methode voor GHB.

GHB is een stof die van nature in het menselijk lichaam voorkomt, en die ruim verspreid voorkomt in de hersenen, met de hoogste concentraties in de hypothalamus en de basale ganglia. Onderzoek wijst uit dat chronisch gebruik van GHB resulteert in een verminderde gevoeligheid van GABAA, GABAB en GHB receptoren. Stoppen of minderen met GHB gebruik geeft een disinhibitie van excitatoire neurotransmitters zoals glutamaat, dopamine en norepinephrine resulterend in ontwenningssverschijnselen. Het wordt doorgaans als oplossing in flesjes verkocht en soms in poedervorm. De gebruiker mengt de oplossing vaak met frisdrank vanwege de zoute smaak. In kleine hoeveelheden werkt het ontremmend, waardoor de gebruiker zich euforisch voelt; dit effect treedt vaak binnen 15 minuten na inname op.

### Epidemiologie

Over de prevalentie van GHB gebruik is niet veel met zekerheid bekend. Naar schatting 144.000 mensen hebben ervaring met GHB. Het aantal actuele GHB gebruikers is ongeveer 22.000 (Van Laar ea, 2011). Het gebruik van GHB lijkt onder de algemene bevolking en onder scholieren van het regulier onderwijs weinig voor te komen. In 2007 had 0,6 procent van de scholieren van 12-18 jaar ervaring met GHB. Hogere percentages worden gevonden onder scholieren van speciale scholen en jongeren in de jeugdzorg.

Ook uitgaande jongeren en jongvolwassenen hebben vaker ervaring met GHB: in 2008/2009 had 4,6 procent van de bezoekers van landelijke en regionale party's in de afgelopen maand GHB gebruikt. Onder bezoekers van clubs en discotheken lag het percentage actuele gebruikers tussen een en twee procent. In het Uitgaan & Middelen onderzoek in de provincie Gelderland heeft in 2011 7% van de jongeren ooit en 1% recent GHB gebruikt (Beurmanjer ea, 2012).

De laatste jaren lijkt het gebruik van GHB zich te hebben verlegd van uitgaande jongeren en jongvolwassenen in de Randstad naar een grotere groep gebruikers uit de provincie, die het middel ook buiten het uitgaansleven consumeren. Probleemgebruik wordt het vaakst gezien in gemarginaliseerde groepen en bij thuisgebruikers in het noorden, oosten en zuiden van het land (Hamminck & Schrijvers, 2012; Van Laar ea, 2011; Voorham & Buitenhuis, 2012). GHB-gebruik komt bijvoorbeeld bij ongeveer 40 procent van de hangjongeren voor (Beurmanjer ea, 2012).

### Risico's

Bij lage doseringen kunnen gebruikers vrij normaal blijven functioneren, maar GHB brengt verschillende risico's met zich mee.

In de landelijke Monitor Drugs Incidenten wordt in 2011 vastgesteld dat 30% van de drugs-gerelateerde incidenten veroorzaakt wordt door GHB. Intoxicaties met GHB zijn over het algemeen zwaarder dan die met bijvoorbeeld ecstasy: 30% behoort tot de categorie ernstig en 40% is matig ernstig (Vogels & Croes, 2011). In de periode 2003-2009 is sprake van een verzevoudiging van het aantal ongevallen, waarbij GHB in het spel is en waarvoor een opname op de spoedeisende hulp nodig is. In 2009 zijn dit er rond de 1.200 op jaarbasis, neerkomend op ongeveer 23 opnames per week (Nijman, 2011).

GHB zorgt voor ontremming. Dit kan leiden tot ongemakkelijke situaties, waarin de gebruiker zichzelf niet meer onder controle heeft of waarin eigen seksuele grenzen overschreden worden. Daarnaast meldt de politie onvoorspelbaar gedrag, agressiviteit en onveilig rijgedrag bij gebruikers die onder invloed worden aangehouden (CAM, 2011; Houwing, 2011; Benschop ea, 2011). In 2012 is GHB op lijst 1 van de Opiumwet geplaatst. Ook voorbereidingshandelingen voor de productie van GHB zijn strafbaar.

Het risico op acute toxiciteit door overdosering is groot vanwege het kleine verschil tussen de dosis waarbij het gewenste roeseffect optreedt en de dosis waarbij bewustzijnsverlies optreedt. Naast de kwaliteit van GHB spelen ook factoren mee als lichaamsgewicht, gevoeligheid voor het middel en maaginhoud (CAM, 2011). Verschijnselen van GHB-intoxicaties zijn grofweg in te delen in de cardiovasculaire, centrale en gastro-intestinale effecten (Schep ea, 2012; van Rij ea, 2004). Bij ernstige intoxicaties worden ook coma en apneu gezien. 'Out gaan' - in comateuze toestand geraken - wordt door gebruikers vaak gezien als een relatief onschuldig bijeffect van GHB, maar een overdosis GHB is gevaarlijk (o.a. Knudsen ea, 2010; Zvosec ea, 2011).

#### GHB afhankelijkheid

GHB is een verslavende stof. Dagelijks gebruik kan leiden tot tolerantie en onthoudingsverschijnselen. Soms blijft het bij milde verschijnselen als tremor, rusteloosheid en slapeloosheid. Er wordt pas gesproken van een echt onthoudingssyndroom als ook hevige angst, motorische onrust, autonome instabiliteit, hallucinaties en delirium optreden. Patiënten gebruiken dan vaak iedere 2 tot 4 uur een dosis (van Noorden ea, 2009). Complicaties kunnen ernstig zijn (tot levensbedreigend) en vragen om intensieve ondersteunende zorg in medische setting (McDonough ea, 2004).

In de periode 1996 tot 2010 zijn er ongeveer 700 unieke personen met primaire GHB problematiek aangemeld bij de verslavingszorg. Bijna een derde van hen wordt klinisch opgenomen (32%). Er is daarbij sprake van een versterkte regionalisering van de GHB problemen. Relatief de meeste hulpvragen komen voor in Noord-Brabant en het Noorden en Oosten van Nederland. Bijna de helft van de GHB-afhankelijke patiënten heeft secundaire middelenproblematiek. Alcohol, cocaïne, amfetamine en cannabis komen ongeveer in gelijke mate voor als bijmiddel (Ouweland ea, 2011).

#### Detoxificatie

Bij de behandeling van GHB onthoudingssymptomen is toediening van medicijnen vaak noodzakelijk. Tot voor kort waren er nauwelijks farmacologische behandelingen om te stoppen met GHB en ontbreekt systematisch en gerandomiseerd onderzoek naar de juiste behandeling. Vanwege de hoge doseringen van benzodiazepinen en de kans op complicaties, waren verslavingszorginstellingen huiverig om GHB afhankelijke patiënten voor detoxificatie

en behandeling op te nemen. Dit vormde de aanleiding voor Novadic-Kentron om een detoxificatieprotocol te ontwikkelen op basis van gecontroleerd afbouwen van GHB door toediening van farmaceutische GHB: DeTiTap®, wat staat voor Detoxificatie van GHB na Titratie en Tapering. De methode is elders beschreven aan de hand van casuïstiek (Kamal, 2009). De eerste resultaten in een groep van 23 patiënten waren positief (De Jong ea, 2012). Patiënten zijn zonder complicaties gedetoxificeerd en van de 23 patiënten ontwikkelde geen van hen een psychose of delirium.

#### GHB Monitor

Met behulp van subsidie van VWS wordt het DeTiTap® protocol door het NISPA, in het kader van Resultaten Scoren, verder ontwikkeld, geïmplementeerd en geëvalueerd in een project met de titel: GHB Monitor. Beoogd werd dat de volgende verslavingszorginstellingen zouden gaan deelnemen: De Brijder, Centrum Maliebaan, GGZ Centraal, IrisZorg, Mondriaan, Novadic-Kentron, Tactus, Verslavingszorg Noord-Nederland en Vincent van Gogh. De GHB Monitor heeft de volgende vier hoofddoelstellingen:

1. ruimer inzicht krijgen in de kenmerken van de populatie en het detoxificatieproces
2. het documenteren van de effecten van twee gebruikte methoden van detoxificatie en de factoren die deze effecten beïnvloeden
3. het delen van ervaringen binnen de Nederlandse verslavingszorg
4. het op basis daarvan vaststellen van een practice-based richtlijn voor GHB detoxificatie

Doordat detoxificatie niet altijd gepland verloopt, maar ook onverwachts kan optreden, bijvoorbeeld bij arrestaties, in de GGZ of in het algemeen ziekenhuis, heeft de doelstelling van het project zich gedurende het traject verbreed en zijn medewerkers betrokken bij de ontwikkeling en ondersteuning van detoxificatie in de cel, intoxicaties en detoxificaties in het ziekenhuis en de ontwikkeling van een ambulante detoxificatieprotocol. Uit de literatuur blijkt bijvoorbeeld dat meer dan 80% van de patiënten met onthoudingsverschijnselen die door een arts werden gezien, een ongeplande detoxificatie doormaakte. Meestal kwamen deze patiënten op de SEH van een algemeen ziekenhuis (Noorden ea, 2010).

Dit rapport geeft de resultaten weer van de eerste twee doelstellingen van de GHB Monitor. Het rapport zelf is één van de manieren om kennis en ervaring te delen. De practice-based richtlijnen worden separaat gepubliceerd en zijn digitaal beschikbaar op de website van NISPA ([www.nispa.nl](http://www.nispa.nl)) en Resultaten Scoren ([www.resultatenscoren.nl](http://www.resultatenscoren.nl)).



## Projectopzet en uitvoering

Aan de GHB Monitor hebben uiteindelijk 6 instellingen deelgenomen, te weten: Novadic-Kentron, Tactus, IrisZorg, Centrum Maliebaan, Verslavingszorg Noord-Nederland en De Brijder. Het projectvoorstel is voorgelegd aan de Medisch Ethische Toetsingscommissie van Medisch Spectrum Twente (METC MST). Zij achtte het niet nodig een toetsing uit te voeren vanwege het observationele karakter van het project, waarbij gewerkt wordt met een standaard protocol en geen extra belasting bestaat voor de betrokken patiënten.

### Projectorganisatie

De opdrachtgever voor de GHB Monitor is GGZ Nederland/Resultaten Scoren. Er is een projectstructuur opgezet met twee projectleiders en een projectcoördinator. Het project wordt ondersteund door twee projectassistenten. Een verslavingsarts voert de inhoudelijke supervisie van het project uit.

Verder kent het project:

- Een *bestuurlijke projectgroep* die het project controleert en behulpzaam is bij het op koers houden van de verschillende deelnemende instellingen.
- Een *wetenschappelijke adviesraad* die kijkt naar het wetenschappelijk gehalte van het project, behulpzaam is bij de verschillende deelprojecten, besluit over het aansluiten van de deelprojecten en de publicaties coördineert.
- Een *inhoudelijke adviescommissie* die adviseert bij complexe casuïstiek.
- Een *instellingsprojectgroep* die bestaat uit een verslavingsarts, een onderzoeksverpleegkundige (die als coördinator ook voor de gegevensverzameling en invoer verantwoordelijk is) en een manager. Deze commissie zorgt ervoor dat de zaken lopen zoals afgesproken.

De dagelijkse leiding is in handen van de *projectkerngroep* die bestaat uit de projectleiders, de projectcoördinator en de superviserend verslavingsarts. Zij kan bij inhoudelijke vragen een beroep doen op de inhoudelijke adviescommissie, bij wetenschappelijke vragen bij de wetenschappelijke adviesraad en voor organisatorische of financiële vragen bij de bestuursraad. Aan een *landelijke werkgroep GHB* nemen vertegenwoordigers deel van de instellingen die zijn betrokken bij de GHB Monitor. Deze werkgroep is vooral bedoeld om een gezamenlijk platform te creëren waar de kennis vanuit praktijk en vanuit monitor wordt gebundeld. De landelijke werkgroep adviseert over de aanbevelingen die worden geformuleerd bij afronding van het project.

Ten slotte komen de onderzoeksverpleegkundigen twee keer per jaar bij elkaar in een *overleg onderzoeksverpleegkundigen* om ervaringen uit te wisselen.

### Doelgroep

De doelgroep wordt gevormd door patiënten die hulp vragen bij een instelling (voor verslavingszorg of voor geestelijke gezondheidszorg) in verband met problemen rond GHB gebruik. Bij deze patiënten dient sprake te zijn van de noodzaak van begeleide GHB detoxificatie.

### Instroomprocedure

De gebruikelijke procedure voor opname binnen de verslavingszorginstelling wordt gevolgd, waaronder inschrijving, intakegesprek en medische screening door een arts. De patiënt wordt ingelicht over de mogelijkheid tot intramurale detoxificatie en de arts beoordeelt de medische en psychiatrische contra-indicaties. Vervolgens spreekt een afdelingsverpleegkundige de patiënt twee weken voor opname. Hij of zij geeft nogmaals uitleg over de behandeling, de consequenties daarvan voor de patiënt en het gebruik van off-label farmaceutische GHB. Bij akkoord tekent de patiënt een informed consent.

### Detoxificatie

Het uitgangspunt van de behandeling is dat klachten en symptomen, die ontstaan door de onthouding van GHB, zo worden behandeld dat de onthouding veilig en voor de patiënt zo comfortabel mogelijk verloopt. Het protocol is gebaseerd op de kennis en ervaring uit de eerder uitgevoerde pilot studie door Novadic-Kentron (De Jong ea, 2012).

De behandeling, die bekend staat onder de naam DeTiTap®, bestaat uit een titratie-, detoxificatie- en herstelfase. Tijdens de titratiefase wordt de patiënt gestabiliseerd op farmaceutische GHB in een concentratie van tussen 100 en 150 mg/ml. De eerste dosis waarop men instelt, evenals het startinterval van toedieningen, worden (mede) bepaald aan de hand van het actuele GHB gebruik, zoals de patiënt dat meldt tijdens het opnamegesprek. Bij afhankelijkheid van andere middelen - bijvoorbeeld cocaïne, cannabis, opiaten of amfetamine - wordt een adequate dosering van ondersteunende medicatie afgesproken volgens de Richtlijn Verantwoord Ontgiften (De Jong ea, 2004).

De detoxificatie wordt uitgevoerd door middel van geleidelijke vermindering van de dosering farmaceutische GHB, de taperingfase. De patiënt krijgt gedurende een dag op vaste toedieningstijden een GHB gift. De giften vinden overdag plaats volgens een 2- of 3-uurs schema. Elke dag wordt 2-3 ml minder GHB toegediend. Op geleide van de symptomen en het oordeel van de arts wordt bekeken of de GHB dosering aangepast moet worden.

### Vervolgbehandeling

Elke instelling indiceert na detoxificatie zijn eigen reguliere vervolgbehandeling.

### Procedure monitoring

Vragenlijsten worden 2 weken voor opname (baseline), op de opnamedag, tijdens opname, op de ontslagdag en 3 maanden na afronding van de detoxificatie afgenomen. Voor het vastleggen van alle gegevens is gebruik gemaakt van een Case Record Form. Alle formulieren werden afgenomen via het web-based programma BergOp of daarin op een later tijdstip ingevoerd (zie [www.bergop.info](http://www.bergop.info)).

### Privacy

Elke instelling die deelneemt aan de GHB monitor ontvangt een unieke inlogcode waarmee men toegang verkrijgt tot BergOp. Patiëntgegevens zijn op naam ingevoerd in BergOp. Dit is een beveiligde internetomgeving. De gegevens van een individuele patiënt zijn alleen binnen de instelling zichtbaar. Medewerkers van de ene instelling hebben geen inzage in de patiëntgegevens van andere instellingen. De onderzoeksverpleegkundige beheert BergOp voor de betreffende instelling en heeft in die hoedanigheid te allen tijde toegang tot de eigen gegevens.

Patiënten tekenden een Informed Consent waarin ze toestemming gaven voor het anoniem gebruiken van hun gegevens voor de GHB Monitor. Aanvullend is in het Informed Consent toestemming gevraagd voor het 'off-label' voorschrijven van farmaceutische GHB, omdat dit medicijn niet voor de toepassing van GHB detoxificatieklachten geregistreerd is.

### Meetinstrumenten

De karakteristieken van patiënten zijn gemonitord en het verloop van de detoxificatie is per patiënt vastgelegd. Onderstaand schema bevat de gebruikte meetinstrumenten en biedt tevens een overzicht van de meetmomenten. Voor verdere uitleg over instrumenten en meetmomenten wordt hier verwezen naar het projectplan voor de GHB Monitor (Dijkstra et al, 2011).

vragenlijsten	T0. intake	T1. voor- meting	T2. op- name dag	tijdens detox	T3. ont- slag dag	T4. FU mnd 3
	intaker	OVK	OVP/VPK	VPK	OVP/VPK	OVK/PA
MATE 1 - middelengebruik	+					+
MATE 3 - behandelingshistorie	+					
MATE 5 - lich. klachten (map)	+					+
MATE 6 - persoon (SAPAS*)	+					
MATE Q2 DASS*	+				+	+
CIDI-SAM (alle middelen)		+				
EQ-5D*		+			+	+
BSI *		+			+	+
NEO-FFI		+			+	+
ICL-R*		+			+	+
GHB Vragenlijst		+				
Kerngegevens Opname MINI-PLUS**			+		+	+
Kerngegevens Ontslag					+	
Kerngegevens Follow-up						+
Registratie medicatie			+	+	+	
SOS		+	+	+	+	+
OOS		+	+	+	+	+
Craving (VAS)		+	+	+	+	+

Schema. *Overzicht afname meetinstrumenten in GHB-monitorproject*

OVK : onderzoeksverpleegkundige, PA : projectassistent, VPK : verpleegkundige

De met \* gemerkte lijsten geven in BergOp een profiel dat met de patiënt kan worden besproken.

\*\* De MINI-PLUS kan worden afgenomen in hersteldagen. De papieren versie wordt opgestuurd en door het NISPA verwerkt in BergOp. Tijdens follow-up worden allen de secties afgenomen waar de patiënt positief op geschoord heeft tijdens opname.

### Analyse

Alle data uit de GHB Monitor zijn ingevoerd in BergOp. Via een exportfunctie zijn de data weggeschreven naar een Excel bestand waarna ze - na anonimisering - beschikbaar kwamen voor analyse binnen SPSS. De gegevens van alle instellingen zijn geaggregeerd zodat op landelijk niveau de input, throughput, output en follow-up van deze groep patiënten kan worden geëvalueerd.

Dit rapport bevat een eerste beschrijvende verkenning van de gegevens.



## Procesevaluatie

In dit hoofdstuk wordt vooral ingegaan op de bevorderende en belemmerende factoren die van invloed zijn geweest op de uitvoering van de GHB Monitor. Voor het GHB Monitor project is een heldere projectstructuur ingericht waarbij op verschillende niveaus overleg heeft plaatsgevonden over de uitvoering van het project en relevante ontwikkelingen inzake GHB detoxificatie. Gecoördineerd door de NISPA project kerngroep kwamen regelmatig vertegenwoordigers van de deelnemende verslavingszorginstellingen bijeen in o.a. de bestuurlijke projectgroep of de wetenschappelijke adviesraad, of was er overleg in het kader van de inhoudelijke adviescommissie.

Een bijzondere plek in dit geheel nemen de landelijke bijeenkomsten in van de coördinerende onderzoeksverpleegkundigen en betrokken verslavingsartsen. Zij zijn zes keer bij elkaar geweest om expertise uit te wisselen, belemmerende en bevorderende factoren van de voortgang van het project met elkaar te bespreken en afstemming te zoeken. Hierdoor is bevorderd dat er een eenduidige praktische toepassing van het protocol van de DeTiTap® methode is gekomen. Alle onderzoeksverpleegkundigen hebben een training aangeboden gekregen in het gebruik van het web-based software programma voor invoering van de monitorgegevens. Verpleegkundigen en verslavingsartsen die ervaring hebben met de uitvoering van het detoxificatieprotocol, participeerden bij informatiesessies bij collega-instellingen, of verzorgden waar nodig een training. Soms hebben verpleegkundigen van instellingen een of enkele dagen meegelopen op detoxificatie afdelingen bij een collega-instelling, die ervaring heeft met deze GHB detoxificatiemethode.

Op basis van alle ervaringen die in de verschillende overlegvormen aan de orde zijn geweest, hebben we een aantal factoren geïdentificeerd die het proces van uitvoering van de GHB Monitor hebben bevorderd dan wel hebben belemmerd.

### Bevorderende en belemmerende factoren voor de GHB Monitor.

De GHB Monitor heeft veel opgeleverd, maar de realisering van dit monitorproject is niet altijd eenvoudig geweest. Hier beschrijven we de factoren die de ontwikkeling van de monitor hebben ondersteund en gestimuleerd en de factoren die een belemmering hebben gevormd. Er is daarbij een onderverdeling gemaakt in factoren voor beleid, organisatie en inhoud. De factoren die hier worden beschreven komen voor een gedeelte overeen met de factoren die we eerder beschreven in de evaluatie van de DD monitor (De Weert ea, 2012).

### Bevorderende factoren

#### / Beleid

- Samenwerking en kennisdeling van de verslavingszorginstellingen heeft bij deze nieuw ontwikkelde GHB-behandelingsmethode geleid tot een gezamenlijke aanvraag bij VWS, wat uiteindelijk heeft geresulteerd in een succesvol multicenter project, waarbij de nieuwe detoxificatiemethode landelijk gevolgd kon worden.
- Er is een landelijk platform opgericht van betrokken onderzoekers, verpleegkundigen en artsen die ervaringen uitwisselden en uitgenodigd werden tot kennisdeling binnen hun beroepsgroepen.

Het faciliteren van kennisdeling en -uitbreiding met andere instellingen werd toegejuicht en bleek een vruchtbare voedingsbodem voor de ontwikkeling van de monitor.

- NISPA heeft niet alleen het oorspronkelijke projectplan uitgevoerd, maar heeft ook alert gereageerd op de maatschappelijke actualiteit van GHB problematiek; met name met algemene ziekenhuizen, de algemene GGZ, Politie en Justitie, werd kennis gedeeld en samenwerking aangegaan. Dit leidde tot de practice-based aanbevelingen met daarin drie behandelingsprotocollen.
- De subsidie van het Ministerie van VWS heeft dit GHB Monitor project mogelijk gemaakt en onderstreept het belang van adequate financiële ondersteuning van innovatieve projecten. De opdracht van VWS is verleend aan de Stichting Resultaten Scoren, die in bestuurlijke samenwerking de uitvoering van de GHB monitor heeft vergund aan NISPA, waarbij Resultaten Scoren steeds een ondersteunende rol heeft vervuld. De monitor is daarmee een opbrengst van Resultaten Scoren.
- In de instellingen voor de verslavingszorg was ook sprake van toenemende onderzoeksbereidheid. Dat heeft de uitvoering van de GHB Monitor zeker bevorderd en mogelijk heeft de uitvoering ook een stimulans gegeven aan de instellingen om verder te verwetenschappelijkten.

#### / Organisatie

- Er is tussen NISPA en de Raden van Bestuur van de deelnemende instellingen een overeenkomst gesloten waarin de wederzijdse rechten en verplichtingen voor deelname aan de monitor zijn vastgelegd. Hierdoor is de voortgang van de uitvoering gegarandeerd.
- Door de heldere landelijke projectorganisatie is voor elk probleem van de GHB monitor duidelijk wie dit probleem kan helpen oplossen.
- Vanuit projectbudget zijn lokale onderzoeksverpleegkundigen op de afdelingen ingezet. Dit heeft het enthousiasme en de professionalisering van de teams gestimuleerd, waardoor onder meer het project goed ingebed is geraakt in de teams.
- De beschikbaarheid en training in de webbased gegevensverwerkings-applicatie BergOp heeft de uitvoering van de GHB Monitor bevorderd.
- Teams met een stabiele kern van fulltime verpleegkundigen bleken een bevorderende factor te zijn bij implementatie van deze vorm van intensieve begeleiding bij GHB detoxificatie.
- De door training opgedane kennis over de toepassing van de gebruikte meetinstrumenten verhoogde de mate waarin behandelingsprotocol volgens de regels werd uitgevoerd.

#### / Inhoud

- De instrumenten bij de GHB Monitor worden nu breder gebruikt in het primaire proces en ook bij andere vormen van middelengebruik. Dit geldt met name voor het objectiveren van ontwenningverschijnselen met de SOS & OOS. De motivatie van de hulpverleners om goed te monitoren is hierdoor toegenomen. Een helder protocol voor detoxificatie geeft verpleegkundigen en artsen steun in de uitvoering van hun werk, zij ervaren meer uitdaging tot kennisuitbreiding en waardering voor hun beroepsvaardigheden. Een goede registratie van onthoudingsverschijnselen bij en vitale functies van de patiënt, geeft houvast en meer zelfvertrouwen in hun beroepsuitoefening, waardoor de behandeling voor de patiënt verbetert.
- De monitor-doelstelling “leren van elkaar” heeft vorm gekregen tijdens regelmatige landelijke bijeenkomsten waarbij de ervaringen worden uitgewisseld en vergeleken. Er is

een landelijk platform voor GHB behandeling gestart.

## Belemmerende factoren

### / Beleid

- De door de Inspectie voor de Volksgezondheid opgedragen aanvraag voor opiumonthefving van de toegepaste farmaceutische GHB heeft de uitvoer van de GHB monitor aanzienlijk vertraagd. De bestaande praktijk dat instellingen farmaceutisch GHB aangeleverd kregen via hun eigen apotheken in de regio, moest gewijzigd worden in een centrale gestandaardiseerde aanlevering. Dit proces heeft een groot beslag gelegd op de capaciteit van de projectkerngroep en heeft veel afstemming gevraagd voor lokale managers wat betreft hun relatie met regionale apotheken.
- De uitvoering van het project is verder gecompliceerd door de veranderde wettelijke regelgeving rondom GHB, en de toepassing van farmaceutisch GHB. In mei 2012 heeft minister Schippers GHB formeel van lijst II naar lijst I van de Opiumwet verplaatst. Deze veranderde wetgeving wordt in het definitieve protocol opgenomen.
- Buiten het oorspronkelijk project om is een groot beroep gedaan op expertise en inzet van de kernprojectgroep, wetenschappelijke raad en bestuurlijke projectgroep in verband met de actualiteit van problematisch GHB gebruik in de algemene ziekenhuizen, bij arrestanten in de politiecel en ten aanzien van strafrechtprocedures bij de justitiële inrichtingen. De verslavingszorginstellingen hebben te maken met forse kostenbesparingen, die leiden tot ingrepen in het directe zorgproces. De uitvoering van het project heeft hier ook onder te lijden gehad. Teamwisselingen of verhuizingen maakten uitvoering van de GHB detoxificaties soms in het geheel niet mogelijk bij enkele instellingen.
- Reorganisaties leiden binnen instellingen tot onduidelijkheid over taken en bevoegdheden, met betrekking tot de uitvoering van de GHB monitor.
- Tijdens de GHB monitor hebben instellingen die GHB detoxificatie uitvoeren met benzodiazepinen afbouw aangegeven te willen participeren. Door organisatorische problemen is een overeenkomst niet tot stand gekomen, waardoor gegevens omtrent benzodiazepinen afbouw en een vergelijking met de DeTiTap<sup>®</sup> methode ontbreken. Het doel om de effecten van twee methoden van detoxificatie met elkaar te vergelijken is daardoor niet gehaald.

### / Organisatie

- Er is vaak onvoldoende borging geweest van de inbedding van de monitor in de instelling. De overeenkomst tussen de Raden van Bestuur met NISPA was soms niet voldoende om goed sturing te geven aan het middelmanagement en de teamleidingen. Gedurende het GHB Monitor project bleken lokale projectgroepen binnen hun instelling soms ook onvoldoende ondersteund om hun taken goed uit te voeren en lieten noodzakelijke besluitvorming en afstemming op de landelijke voortgang soms te lang op zich wachten.
- Bij aanvang van het project bestaat een aanzienlijke verscheidenheid in regionale uitvoeringsprocedures en samenwerkingsverbanden, die een vlotte start van een eenduidige aanpak soms hebben bemoeilijkt. Het was soms noodzakelijk supplementen aan het projectplan en de overeenkomsten toe te voegen met separate afspraken.
- Sommige teams hebben teveel op twee gedachten gehinkt: óf inzetten op gespecialiseerde GHB teamleden die de uitvoering voor hun rekening nemen, óf verbreding van vaardigheden over het gehele team en verankering in het primaire proces.
- Door teamwisselingen en een groot aantal parttime medewerkers is te weinig ervaring

opgebouwd in het organiseren van een stabiele monitorstructuur op een afdeling. Gefragmenteerde kennis en ervaring staan een professionele werkhouding ten aanzien van de uitvoering van een strak protocol soms in de weg. De meetinstrumenten zijn vaak onvoldoende toegepast in het primaire proces. De GHB monitor wordt soms gezien als een extern onderzoek. Het ontwikkelen van een houding waarbij monitoring gezien wordt als onderdeel van de praktijk van alledag blijkt moeilijk. De digitalisering via BergOp is een positieve stimulans geweest voor de dataverzameling bij de GHB monitor, maar in de praktijk bleek het ook weinig flexibel als het gaat om kleine aanpassingen of invoering van lokale informatie rondom de patiënt.

- Soms heeft toegang tot en koppeling met het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) geleid tot uitvoeringsproblemen.

#### / Inhoud

- Voor instellingen is omschakeling naar één gezamenlijke uitvoeringsprocedure van de DeTiTap® methode niet eenvoudig. Verschillen in werkwijzen noopten de NISPA projectgroep tot bijstellingen in het projectplan en de BergOP applicatie. Zo is de geprotocolleerde methode met een drie uur interval schema uitgebreid met een twee uur interval schema voor de GHB giften. Hoewel er geen gebruik van is gemaakt, is er wel een module ontwikkeld om ook bij benzodiazepinen afbouw te kunnen registreren.
- Door uitvoerende verpleegkundigen en artsen worden kennisiaten gesignaleerd met betrekking tot de combinatie GHB afhankelijkheid en co-morbide verslavingen en psychiatrische aandoeningen.
- Op dit moment is er veel kennis over de eerste fase van behandeling: de detoxificatie. Tijdens de GHB Monitor is een hoog terugvalpercentage vastgesteld. Waarom veel mensen terugvallen is niet duidelijk. Voor de fase daarna, de vervolgbehandeling, is er dus nog sprake van een kennisiaat. Hoe kan vervolgbehandeling verbeterd worden?
- De aangeleverde data vertonen veel lacunes met onduidelijke oorzaken: door weigering bij de patiënt om medewerking te verlenen, door (voortijdig) vertrek van de patiënt, of door de hulpverlener. Dit maakt de interpretatie van de verkregen informatie niet altijd eenvoudig.
- In de praktijk blijkt GHB expertise vaak gekoppeld aan individueel geïnteresseerde artsen die 'het kunstje' goed doen, maar wat brede implementatie in het primaire proces bemoeilijkt. Buiten kantooruren is daardoor niet altijd de juiste kennis beschikbaar geweest.

#### Evaluatie uitvoering GHB monitor

In Januari 2013 heeft de NISPA kernprojectgroep een evaluatieformulier verspreid onder artsen en verpleegkundigen die bij de GHB monitor betrokken waren. De resultaten daarvan zijn besproken in de laatste landelijke bijeenkomst.

Negen onderzoeksverpleegkundigen en vier artsen hebben het formulier ingevuld geretourneerd. De respondenten geven aan dat het GHB Monitorproject bijdraagt aan de kwaliteit van de algemene behandeling in de verslavingszorg en zij scoren hoog wat betreft de hoeveelheid kennis en deskundigheid die dat voor hen heeft opgeleverd.

Het zelfvertrouwen in de uitvoering van GHB detoxificatie is toegenomen. Men heeft het gevoel dat de methode goed uitvoerbaar is en complicaties in behandeling worden als goed beheersbaar gekenmerkt. Men heeft het gevoel bij NISPA terecht te kunnen met vragen over de monitor. In de randvoorwaardelijke sfeer zien we wat lagere scorers. Het faciliteren vanuit

de instelling kan beter en uitvoerders hebben soms het gevoel dat er te veel verantwoordelijkheid op hun schouders rust over de besluitvorming rond de uitvoering van de GHB Monitor en de behandelingsprocedures.

Resumerend kan gesteld worden dat verpleegkundigen en artsen graag de uitdaging aangaan om de expertise van de beproefde detoxificatiemethode in de praktijk toe te passen en uit te breiden, maar zich soms onvoldoende ondersteund weten door de facilitering ervan.

Daarnaast is gebleken dat afstemming met andere sectoren zoals algemene ziekenhuizen, justitie en politiebureaus van groot belang is.

De eerste fase van het behandelingsproces, de detoxificatie blijkt nu aardig onder de knie. Het is te betreuren dat het niet is gelukt om de effecten van twee detoxificatiemethoden met elkaar te vergelijken: de DeTiTap<sup>®</sup> methode en de methode met afbouw met behulp van benzodiazepinen.

Voor de fase die aan het gebruik vooraf gaat, is de inschatting dat er nog te weinig kennis is omtrent de kenmerken van doelgroepen om tot een op maat gesneden toeleiding naar de zorg te komen. Dat geldt eveneens voor de fase van vervolgbehandeling ná de detoxificatie: wat is nodig om tot een doelgerichter terugvalmanagement bij GHB gebruik te komen?

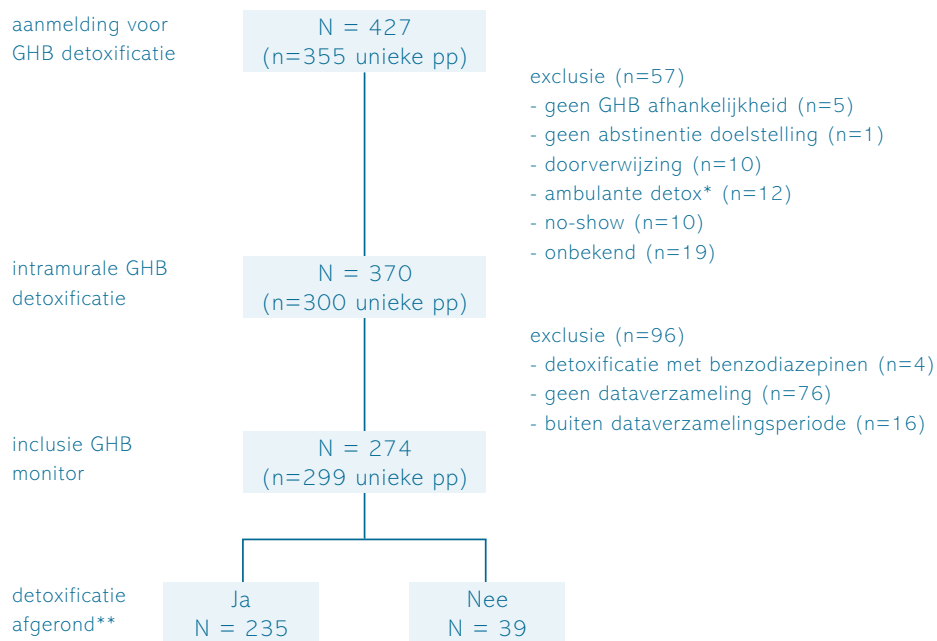


## Resultaten

### Instream

De indicaties om opgenomen te worden in de GHB Monitor waren ruim gesteld: patiënten bij wie sprake is van gebruik van GHB waarvoor detoxificatie onder begeleiding noodzakelijk is en die een hulpvraag doen bij een van de instellingen voor verslavingszorg of geestelijke gezondheidszorg en die in staat zijn tot het invullen van vragenlijsten. Als contra-indicatie geldt dat patiënten niet worden opgenomen in het monitorproject wanneer zij onvoldoende Nederlands kunnen lezen en/of schrijven, of wanneer zij in verband met hun psychische toestand niet in staat zijn te participeren in dit project. Dit laatste ter beoordeling van de behandelend arts op de afdeling.

Tijdens de 18 maanden van de monitor zijn 427 patiënten aangemeld voor een klinische GHB detoxificatie en geregistreerd in het kader van de GHB Monitor. In totaal zijn 56 patiënten niet gestart met een klinische GHB detoxificatie (figuur 1), 4 patiënten zijn gedetoxificeerd met benzodiazepinen vanwege het lage GHB gebruik, 16 patiënten vielen buiten de dataverzamelingsperiode en 76 patiënten zijn door de instellingen niet voor gegevensverzameling opgenomen in de GHB Monitor. Dit laatste had voornamelijk te maken met de beperkte beschikbaarheid van de onderzoeksverpleegkundigen om data te verzamelen. De wel en niet in de monitor opgenomen patiënten die een intramurale detoxificatie hebben ondergaan verschilden niet significant wat betreft leeftijd en afronding van de detoxificatie. In het stroomdiagram is ook bij het aantal patiënten telkens aangegeven hoeveel unieke patiënten het betreft. Er zijn in totaal 427 patiënten aangemeld, maar dat zijn 355 unieke personen. Dat wil zeggen dat er bij 72 meldingen sprake is geweest van één of meer heropnames.



Figuur 1. *Overzicht van het aantal patiënten dat heeft deelgenomen aan de studie*

\* zelf of via de instelling

\*\* detoxificatie afgerond = GHB op 0ml

Van de 427 patiënten die werden aangemeld voor een intramurale detoxificatie zijn er uiteindelijk 274 opgenomen in de GHB Monitor. De verdeling van het aantal patiënten dat wel of niet is opgenomen in de monitor in de 6 zorginstellingen wordt weergegeven in tabel 1. Het percentage dat is geïndiceerd en daadwerkelijk is opgenomen varieert van 20 (F) tot 100 (E). Hierbij moet worden aangetekend dat sommige instellingen (bijvoorbeeld instelling E) alleen die patiënten hebben geregistreerd die ook daadwerkelijk zijn opgenomen in de GHB Monitor. De percentages in tabel 1 geven dus een enigszins vertekend beeld.

Tabel 1. *Aantal aanmeldingen uitgesplitst naar zorginstelling en wel/niet opgenomen in de monitor*

instelling	totaal aanmeldingen	opgenomen in de monitor N (%)	niet opgenomen in de monitor N (%)
A	201	162 (81)	39 (19)
B	50	21 (42)	29 (58)
C	37	29 (78)	8 (22)
D	17	16 (94)	1 (6)
E	27	27 (100)	0
F	95	19 (20)	76 (80)
<b>totaal</b>	<b>427</b>	<b>274 (64)</b>	<b>153 (36)</b>



Van de 274 patiënten, die uiteindelijk zijn opgenomen in de GHB Monitor, is bij 16% sprake van één of meer heraanmeldingen (tabel 2).

Tabel 2. *Aantal heropnames in GHB monitor*

aantal opnames GHB Monitor	N (%)
Aantal geregistreerde patiënten	427
Niet opgenomen in de monitor	153
Aantal patiënten opgenomen in de monitor	274
1 opname	229 (84)
2 opnames	36 (13)
3 opnames	5 (2)
4 opnames	3 (1)

#### Achtergrondkenmerken

De belangrijkste sociaaldemografische kenmerken van de 229 (unieke) patiënten zijn weergegeven in tabel 3. De gemiddelde leeftijd van de patiënten is 29,4 (SD=7,2) jaar, aanzienlijk lager dan die van verslavingszorgcliënten in het algemeen: die is 38,1 jaar (LADIS. Ouwehand ea, 2011). Ruim tweederde (69%) is man en 31% is vrouw (LADIS: 22,4% vrouwen). Ruim een derde van de patiënten woont alleen en ruim een kwart bij de ouders thuis. Zeven procent van de patiënten is thuisloos.

Ruim een derde van de patiënten heeft een baan in voltijd of deeltijd dienstverband en drie van de tien hebben een uitkering. Een op de vijf patiënten is huisman of -vrouw. Ruim de helft heeft een opleiding op lager beroepsniveau en iets minder dan een kwart op middelbaar beroepsniveau.

De aanmeldingen zijn meestal vrijwillig, in 6% van de gevallen verloopt de aanmelding echter via een justitiële titel (4%) of via een andere maatregel (2%). Bijna de helft van de patiënten is in het voorgaande jaar in aanraking gekomen met politie en/of justitie in verband met rijden onder invloed of vanwege andere redenen.

De meeste patiënten hebben schulden. De gemiddelde schuldenlast is ongeveer €10.000, variërend van een paar honderd tot vele tienduizenden euro's. Veel patiënten geven aan geen goed overzicht over hun schulden te hebben, of willen hier geen inzage in geven.

Er zijn geen significante sociaaldemografische verschillen tussen een eerste opname en heropnames.

Tabel 3. *Achtergrondkenmerken van de patiënten*

	GHB Monitor (n = 229)
Karakteristieken	N (%)
Leeftijd in jaren, gem. (SD) spreiding	29,4 (7,2) 17,5 - 52,1
Man (%)	149 (69,3)
Land van geboorte (%)	
Nederland	209 (97)
Anders:	
West-Europa	1 (0,5)
Oost-Europa	2 (1)
Turkije	1 (0,5)
Suriname / Nederlandse Antillen	2 (1)
Woonsituatie	
Woont alleen	75 (35)
Woont samen met partner	38 (18)
Woont samen met partner en kind(eren)	10 (5)
Woont alleen met kind(eren)	5 (2)
Woont bij ouder(s)	57 (27)
Woont in een studentenhuus	3 (1)
Is thuisloos	15 (7)
Anders	12 (6)
Arbeid	
Fulltime	39 (19)
Parttime	31 (15,5)
Werkloos	4 (2)
Uitkering	61 (30)
Geïnstitutionaliseerd	12 (6)
Studerend	15 (7,5)
Huisman / -vrouw	39 (19)
Ontbrekende gegevens	17
Opleiding (%)	
Geen of alleen basisonderwijs	21 (10)
LO / LBO	110 (55)
MAVO / MBO	47 (23)
HAVO / VWO / HBO / Universiteit	23 (12)
Ontbrekende gegevens	17

Juridische status	
Aanmelding vrijwillig (%)	199 (94)
In afgelopen jaar in aanraking geweest met politie en/of justitie	103 (47)
- rijden onder invloed	27
- anders	76
Opnamestatus	
Regulier	199 (73)
Crisisopname	34 (13)
Spoedopname	28 (10)
Anders	12 (4)
Is er sprake van schulden?	
Ja (%)	109 (56)

### Problematiek

Tabel 4 heeft betrekking op alle 274 patiënten in de GHB Monitor en toont de middelenproblematiek. Nicotine wordt door het merendeel van de GHB-patiënten gebruikt: 83% van hen rookt, en wel op vrijwel alle dagen van de voorafgaande maand. Meer dan de helft van de patiënten gebruikt alcohol en iets meer dan 40% cannabis, stimulantia en/of sedativa. Er zijn bijna geen opiaatgebruikers onder de GHB patiëntenpopulatie.

Vrijwel alle patiënten hebben aangegeven dat GHB voor hen het hoofdmiddel is. Voor tien patiënten bestond de hoofdproblematiek uit gebruik van GHB in combinatie met andere middelen.

Tabel 4. *Middelengebruik door patiënten in GHB Monitor (n=274)*

gebruik middelen in maand voor opname	aantal gebruikers	aantal dagen gebruik afgelopen maand	aantal jaren gebruik
	N (%)	gem (sd)	gem (sd)
Alcohol	123 (51)	12,3 (10,6)	6,3 (6,5)
Nicotine	202 (83)	29,7 (2,1)	12,7 (9,2)
Cannabis	99 (41)	17,0 (12,1)	7,6 (6,4)
Opiaten	4 (1)	8,3 (5,1)	1,2 (1,6)
Crack	22 (9)	12,2 (11,2)	5,1 (7,5)
Snuifcoke	76 (31)	7,9 (9,5)	4,9 (4,2)
Stimulantia	99 (41)	14,8 (12,5)	5,0 (4,4)
Ecstasy	39 (16)	2,5 (2,6)	3,8 (3,8)
Sedativa	102 (42)	21,7 (11,1)	2,1 (3,3)
Gokken	14 (6)	13,6 (12,3)	3,3 (3,5)
Primaire problematiek			
- GHB	267 (98)		
- GHB in combinatie met andere middelen	10 (2)		

Eenendertig patiënten (13%) gebruiken alleen GHB. De overige patiënten gebruiken tenminste één middel naast de GHB. Patiënten gebruiken gemiddeld 3,2 (1,9) psychoactieve middelen, met een minimum van 1 en een maximum van 8.

#### Psychische problematiek

##### / Psychiatrische problematiek: de MINI

Van 85 patiënten is bij ontslag een MINI-plus ingevuld. Bij twee patiënten was geen sprake van psychiatrische comorbiditeit volgens de MINI-plus. De comorbiditeit van de overige 83 patiënten wordt getoond in onderstaande tabel. Gemiddeld voldoen patiënten aan 5,9 MINI categorieën (sd 3,6) gesteld, variërend van 0 tot 18. Veel voorkomende stoornissen zijn - naast de stoornissen met betrekking tot middelengebruik - stemmings- en angststoornissen, antisociale persoonlijkheidsstoornis, en aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit. Suïcidaliteit wordt bij 12 patiënten vastgesteld.

Tabel 5. *Prevalentie psychiatrische comorbiditeit op basis van de MINI bij GHB patiënten (n=126)*

MINI diagnose	aantal actueel	aantal life-time
Stemmingstoornissen		
Depressieve episode	3	21
Door middelen geïnduceerde stemmingsstoornis	3	15
Depressie met melancholische kenmerken	4	
Dysthymie	5	3

Suïcidaliteit	12	
Manische episode	1	1
Hypomane episode	2	4
Bipolaire stoornis	2	1
Middelen-geïnduceerde manische episode	0	2
Middelen-geïnduceerde hypomane episode	0	2
Angststoornissen		
Paniekstoornis	8	11
Door middelen geïnduceerde angststoornis met paniekaanvallen	5	
Agorafobie	9	
Sociale fobie	11	
Enkelvoudige fobie	1	
Obsessief-compulsieve stoornis	1	
Door middelen geïnduceerde obsessief-compulsieve stoornis	3	
Posttraumatische stress stoornis	11	
Gegeneraliseerde angststoornis	6	
Middelen gegeneraliseerde angststoornis	5	
Psychotische stoornissen		
Psychotische stoornissen	2	2
Schizofrenie	1	
Psychotische stoornis agv somatische aandoening	0	
Psychotische stoornis door middelen	8	14
Antisociale persoonlijkheidsstoornis		18
Middelengerelateerde stoornissen		
Alcoholafhankelijkheid	20	22
Misbruik van alcohol	19	25
Drugsafhankelijkheid	68	66
Misbruik van drugs	48	
Hypochondrie	1	
Stoornis in de lichaamsbeleving	1	
Gedragstoornis	2	
Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit; kinderen	4	
Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit; volwassenen	14	
Aanpassingsstoornis	7	
Premenstruele dysforie	1	
Gemengde angst-depressieve stoornis	1	

#### / Zelfrapportage psychische klachten: de DASS

Door 212 patiënten is bij intake de Depressie, Angst en Stress schaal (DASS) ingevuld als onderdeel van de MATE. Bij 87 patiënten is de DASS eveneens ingevuld bij ontslag.

De gemiddelde scores op de DASS bij intake zijn voor Depressie: 18,1 (sd 11,6), voor Angst: 16,1 (sd 10,4), voor Stress: 20,6 (sd 10,6) en voor de totale DASS: 54,8 (sd 29,6).

In de MATE Handleiding (Schippers ea, 2011) worden drempelwaarden vastgesteld voor de DASS: voor Depressie ligt deze drempelwaarde bij 21, voor Angst bij 15 en voor Stress bij 26. Boven deze drempelwaarden wordt gesproken van 'ernstige symptomen' die aanleiding geven tot verdere psychiatrische diagnostiek.

In de resultaten is zichtbaar dat zelfs de gemiddelde score voor Angst hoger is dan de drempelwaarde. Gemiddeld genomen is bij klinische GHB patiënten dus sprake van ernstige angstproblematiek. Bij Depressie scoort 38% van de patiënten boven de drempelwaarde, bij Angst meer dan de helft (52%) en bij Stress 38%.

#### / Zelf-gerapporteerde psychische klachten: de BSI

Scores op de Brief Symptom Inventory (BSI) laten zien dat patiënten vooral klachten rapporteren samenhangend met depressie en angst, maar ook met cognitief functioneren. De scores zijn vergeleken met die van normscores voor poliklinische patiënten (BSI Handleiding, 2009). Daarbij is onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen. GHB patiënten scoren bij de mannen 'hoog' op de schaal somatische klachten en 'boven gemiddeld' op alle overige schalen. Bij de vrouwen zijn de scores 'hoog' voor de schalen somatische klachten, hostiliteit en algemene psychische gezondheid en 'boven gemiddeld' op alle overige schalen.

#### / Kwaliteit van leven

Op de EQ5D geeft de Gezondheidsthermometer (VAS-schaal) bij opname een waardering aan van gemiddeld 46,5 (sd 24,7). Dit is aanmerkelijk lager dan in een groep patiënten in de ambulante methadononderhoudsbehandeling ( $M=61$ ,  $sd=21$ ) en iets lager dan bij Dubbele Diagnose patiënten ( $M=53$ ,  $sd=23$ ). De EQ5D Utility Score is gemiddeld 0,61 (sd 0,32). Deze score is precies gelijk aan die van patiënten in de Dubbele Diagnose Monitor (De Weert-van Oene ea, 2012).

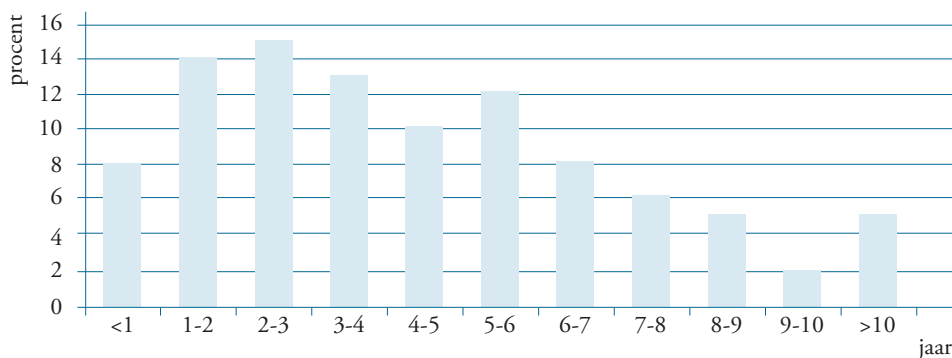
#### / Profiel GHB gebruik

Tabel 6 toont dat bijna alle patiënten in de periode voorafgaand aan de opname dagelijks GHB gebruikten. De dagelijkse dosis was gemiddeld bijna 90 ml, met een flinke spreiding van 10 tot 360 ml per dag. De gemiddelde dosis per inname bedroeg 7 ml, met eveneens een aanzienlijke spreiding. Een op de tien patiënten gebruikt GBL; de helft van hen gebruikt GBL en GHB in combinatie, de andere helft alleen GBL.

Tabel 6. Gegevens over GHB-gebruik (n=274)

GHB gebruik	GHB monitor (n=274)	
	gem (sd)	N (%)
Dagelijks gebruik GHB		233 (98)
GHB dosis in ml per keer	7,1 (6,2)	
spreiding	1 - 60	
GHB dosis in ml per dag	88,8 (59,7)	
spreiding	10 - 360	
Aantal dagen gebruik GHB in afgelopen maand	28,5 (5,2)	
spreiding	0 - 30	
Totaal aantal jaren GHB gebruik	4,4 (3,0)	
spreiding	0 - 19	
Gebruik GBL		28 (10,3)

GHB wordt gemiddeld 3,6 jaar gebruikt. Bij 20 patiënten (8%) bestaat het gebruik minder dan 1 jaar, bij 13 patiënten (5%) meer dan 10 jaar (zie figuur 2).



Figuur 2. Duur gebruik GHB in jaren (n=274)

Veruit de meeste patiënten (87%) geven aan dat zij GHB via vrienden ontdekt hebben. Veertien patiënten (5%) kregen ooit GHB aangeboden op een feestje en vijf patiënten (2%) hebben het via internet ontdekt. Twee patiënten melden via een behandelingsinstelling in aanraking te zijn gekomen met GHB.

Bijna de helft (45%) van de patiënten koopt GHB van een dealer en drie op de tien maken het middel zelf. Achttien procent koopt of krijgt het via een vriend die het zelf fabriceert. Negen patiënten (3%) kopen GHB via het internet.

### / De plaats van gebruik

De plaatsen waar GHB wordt gebruikt en waar het gebruik is begonnen staan vermeld in tabel 7. Tweederde van de patiënten gebruikt vooral thuis. Er zijn maar weinig patiënten die (alleen of vooral) op grote evenementen of bij het uitgaan GHB gebruiken. Een derde van de patiënten gebruikt overal GHB. Van hen voegt een patiënt hier aan toe “behalve op school of op het werk”.

Bij de meeste patiënten is deze gebruiksomgeving niet gelijk aan die toen ze begonnen met GHB-gebruik. Alleen wat betreft het thuisgebruik zeggen vier van de tien patiënten dat dit ook de omgeving was waarin ze gebruikten, toen ze met GHB begonnen. De aantallen die recent in het uitgaanscircuit gebruikten, zijn te klein om hier met zekerheid uitspraken over te kunnen doen. Opvallend is dat onder de patiënten die aangeven recent “overal” GHB te gebruiken slechts 2% aangeeft dat zij dit ook al deden in de eerste fase van hun GHB-gebruik.

Tabel 7. *Plaats waar het gebruik van GHB plaatsvindt (n=274) (Bij deze vraag konden meerdere antwoorden worden gegeven)*

plaats waar gebruik plaatsvindt	actueel gebruik N (%)	waarvan dezelfde plaats als bij aanvang gebruik N (%)
Thuis	185 (67)	74 (40)
Bij vrienden en kennissen thuis	45 (16)	5 (11)
In een club of discotheek	9 (3)	3 (33)
Op grote danceparties	3 (1)	1 (33)
Op afterparties	2 (1)	0
Op straat, buiten	22 (8)	1 (5)
Op school of op het werk	20 (7)	0
Overal	93 (34)	2 (2)

### / Gebruiksomgeving

Zeven van de tien patiënten geven aan GHB vooral alléén te gebruiken, zonder dat daarbij iemand aanwezig is. Ruim een derde (37%) gebruikt het middel bij voorkeur met vrienden samen, en 15% met de partner.

Ook in dit kenmerk zijn veranderingen opgetreden ten opzichte van de beginfase van het gebruik: van degenen die nu aangeven vooral alléén GHB te gebruiken, deed 34% dat ook in het begin; van hen die nu met vrienden samen gebruiken, deed 5% dat in het begin ook. Geen van de patiënten die nu samen met de partner gebruiken, deed dit in de eerste gebruiksfase ook. Veel mensen zijn geïsoleerd thuis gaan gebruiken, meer dan in de beginfase van het gebruik.

### / Redenen voor GHB gebruik

De redenen om GHB te gebruiken zijn weergegeven in tabel 8.

Het actuele gebruik is vooral gerelateerd aan het vergeten van problemen, maar ook het eufore gevoel dat men krijgt na gebruik van GHB en het zich zekerder voelen spelen bij veel patiënten een rol. Een kwart van de patiënten gebruikt GHB om beter te kunnen slapen. Voor een op de acht patiënten is het voornaamste motief van actueel gebruik dat zij aan het middel



verslaafd zijn geraakt en niet meer zonder kunnen.

Er zijn verschillen tussen de actuele redenen van gebruik en die in de beginfase, maar bij de helft van de patiënten die nu gebruiken om problemen te vergeten, speelde dit in het begin ook een rol.

Zevenentwintig patiënten geven aan in de beginfase van hun gebruik een andere reden gehad te hebben. Voor dertien van hen was het gebruik vooral gerelateerd aan feesten en uitgaan.

Voor vijf speelde, ook in het begin, het onderdrukken van psychische problemen een rol. Drie patiënten geven aan dat de GHB een vervanging was voor andere middelen. Voor de overigen was bij aanvang van het gebruik een andere reden van toepassing.

Tabel 8. Redenen voor GHB gebruik - actueel en in de beginfase van gebruik (n=274). (bij deze vraag konden meerdere antwoorden worden gegeven).

redenen voor gebruik	actueel reden N (%)	waarvan dezelfde plaats als bij aanvang gebruik N (%)
Helpt problemen te vergeten	150 (54)	76 (51)
Geeft een fijn eufoor gevoel	96 (34)	11 (12)
Krijgt geen kater	14 (5)	4 (29)
Voel me zekerder en durf meer	95 (34)	4 (4)
De seks is beter en fijner met GHB	33 (12)	6 (18)
Veel van mijn en kennissen gebruiken GHB	25 (9)	1 (4)
Gebruik het als vervanging voor alcohol	8 (3)	0
Kan anders niet slapen	68 (25)	2 (3)
Het is geen bewuste keuze	29 (11)	2 (7)
Ben verslaafd / tegen onthoudingsverschijnselen	32 (12)	0
Tegengaan van psychische problemen	15 (5)	0
Anders	12 (4)	0

#### / Invloed op de nachtrust

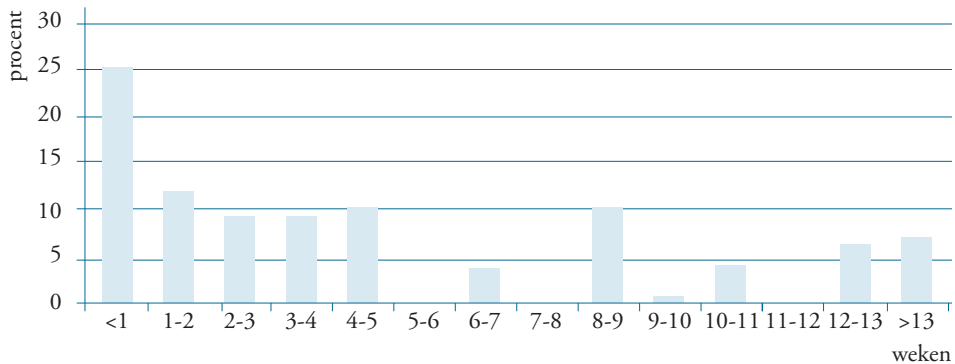
Negen procent van de patiënten wordt 's nachts elk uur wakker om GHB in te nemen. Tweederde van de patiënten wordt elke twee à drie uur wakker om een dosis GHB te nemen (ongeveer de helft om de 2 uur, en de helft om de 3 uur). Een kwart van de patiënten geeft aan voor het slapen gaan een grotere dosis in te nemen, om door te kunnen slapen.

Patiënten slapen 's nachts gemiddeld 5 uur (sd 1,9). Het aantal uren slaap varieert sterk van 1 uur tot 12 uur. Ongeveer de helft van de patiënten slaapt tussen 4 en 6 uur per nacht. Een op de vijf patiënten geeft aan last te hebben van slaap-apneu.

#### / Ervaringen met abstinentie

Een op de drie patiënten heeft in de zes maanden voor opname een periode gehad waarin hij of zij geen GHB gebruikte (n=75). Deze abstinentieperiode duurde gemiddeld ruim een maand (37,8 dagen (sd 40,1)), met een minimale duur van 1 dag en een maximale duur van 154 dagen. Een kwart van de patiënten had een abstinentieperiode van maximaal een week (figuur 3). Acht procent van de patiënten bleef langer dan drie maanden abtinent.

Bijna tweederde van de patiënten met een of meerdere heropnames, heeft in de zes maanden voor heropname een abstinentieperiode gehad (64%). Omgekeerd is het verband echter minder sterk: van de patiënten die een abstinentieperiode doormaakten gaat het in ruim een kwart van de gevallen (28%) om voor een tweede of derde maal opgenomen patiënten. Waarschijnlijk zijn deze patiënten uit eigen beweging gestopt met GHB gebruik.



Figuur 3. Duur abstinentieperiode in weken (n=229)

De ontweningsklachten die patiënten (hebben) ervaren als ze stoppen met GHB gebruik zijn getoond in tabel 9. De patiënten hadden gemiddeld 4,8 (sd 2,2) van de genoemde ontweningsklachten bij abstinentie, met een minimum van 1 en een maximum van 8. Bij de ontweningsklachten “anders” wordt een veelheid aan klachten genoemd, variërend van agressie en prikkelbaarheid, huidproblemen (jeuk, pijn), tintelingen, koud aanvoelen, pijn, tot achterdocht en in de war zijn.

Tabel 9. Ontweningsklachten bij patiënten bij eerdere stoppogingen (n=229)

	GHB Monitor (n = 229)
Ontweningsklachten	N (%)
Tremoren	136 (59)
Hartkloppingen	157 (68)
Transpireren	175 (75)
Angst	158 (68)
Hallucinaties	91 (39)
Hoofdpijn	78 (34)
Buikpijn / krampen	78 (34)
Epileptische insulden	11 (5)
Slaapproblemen	171 (74)
Anders	53 (23)

### / Intoxicaties als gevolg van GHB

Een groot deel van de patiënten (84%, n=171) is ooit buiten bewustzijn geraakt als gevolg van GHB gebruik. Bij 61% van hen is dit minder dan een maand geleden nog gebeurd. Op de vraag of zij zich zorgen maakten over zichzelf omdat ze buiten bewustzijn waren geraakt, antwoordt 17% dat dit *vaak of altijd* het geval was. De meesten (68%) maakten zich *nooit of zelden* zorgen hierover. Dat was anders bij de omgeving van de patiënt (vrienden, partner, familie): van hen maakte 57% zich volgens de patiënt *vaak of altijd* zorgen en nog eens 20% maakte zich *soms* zorgen. Slechts een op de vijf mensen in de omgeving maakte zich *nooit of zelden* zorgen wanneer de patiënt buiten bewustzijn was geraakt.

Drieënveertig procent van de patiënten (n=94) is ooit aangemeld bij de spoedeisende hulp, variërend van 1 (38%) tot 12 keer. Een op de vijf patiënten (n=38) is als gevolg van GHB gebruik opgenomen geweest op de IC. Bij de meesten van hen (75%) is dit één keer het geval geweest, maar zes patiënten (19%) werden twee keer opgenomen op de IC, één patiënt drie keer en één patiënt vier keer. De gemiddelde opnameduur bedroeg 8 dagen (sd 12,4) met een minimum van 1 en een maximum van 49 dagen.

### Detoxificatie van GHB

De detoxificatieperiode is volgens plan afgerond bij 235 van de 274 opnames (86%). Afronden van detoxificatie wordt gedefinieerd als het bereiken van 0 ml GHB.

Tabel 10. Gemiddelde duur van de verschillende fasen in het proces

	duur titratiefase	duur afbouwfase	duur herstelfase tot ontslag
Alle patiënten (n=274)	1,95 (1,3) dagen	10,5 (5,7) dagen	6,6 (19,6) dagen
totale duur klinische detox : 20,1 (32,2) dagen			

Ter illustratie van het verloop van titratie, afbouw en herstel verwijzen wij naar het artikel 'Stoppen met Gammahydroxybutyric acid (GHB), hoe doe je dat?' (Kamal ea, 2009).

De meeste patiënten (91%) krijgen naast de farmaceutische GHB andere medicatie, ter bestrijding van de onthoudingsverschijnselen of complicaties: 19% kreeg een antipsychoticum, 16% een bètablokker, 80% benzodiazepinen (veelal diazepam), 2% chloordiazepoxide, 3% biperideen en 37% kreeg slaapmedicatie (zoals temazepam).

### / Complicaties tijdens detoxificatie

Bij 90 procent van de patiënten doen zich tijdens de detoxificatie geen complicaties voor. Bij een op de tien (n=27) was dit wel het geval. De volgende complicaties tijdens detoxificatie worden genoemd: delier voor opname en/of door gebruik voor opname (n=6), delier tijdens titratie en/of detoxificatie (n=7), complicaties door misbruik van GHB tijdens opname (n=3), hypertensie (n=4), tachycardie (n=2) of anders (n=5). De categorie "anders" heeft betrekking op agressief gedrag (2x), steken op de borst aan het einde van de afbouwfase in combinatie met hallucinaties (1x), en psychotische symptomen die met medicatie goed behandelbaar waren.

Van de patiënten met complicaties zijn er zes ter beoordeling doorverwezen naar het ziekenhuis of PAAZ. Zij werden dezelfde dag weer opgenomen in de verslavingszorginstelling voor verdere detoxificatie. Geen van de patiënten behoefde een opname op een medium of intensive care unit.

#### / Onthoudingsverschijnselen

Voor en na elke GHB-gift, zowel op de titratie- als tijdens de afbouw- en hersteldagen, gaven patiënten op de SOS (Subjectieve Onthoudings Schaal) aan in welke mate ze last hadden van ontwenningssymptomen op dat moment. Ook de hulpverlener vulde een lijst in: de OOS (Objectieve Onthoudings Schaal).

De SOS is ontwikkeld op basis van alle onthoudingsklachten die beschreven zijn in DSM-IV voor alle psychoactieve stoffen en op basis van het format van de Subjective Opiate Withdrawal Scale (SOWS). De SOS wordt ingevuld door de patiënt en wordt gebruikt om een beeld te vormen van de verschijnselen die mensen kunnen ervaren bij het stoppen met gebruiken van verslavende middelen. De SOS bestaat uit 33 verschijnselen waarbij de cliënt kan aangeven op een 5 puntsschaal in hoeverre hij/zij deze klachten ervaart (0 = helemaal niet - 4 = heel erg. Totalscore: minimum 0, maximum 132). Bij de beantwoording moet worden uitgegaan van de door de patiënt ervaren klachten op het moment van invullen.

De OOS bestaat uit 22 observeerbare kenmerken en 12 anamnestiche gegevens en wordt ingevuld door de verpleegkundige die aangeeft of verschijnselen aanwezig zijn of niet. De verpleegkundige legt ook de temperatuur, polsfrequentie en bloeddruk vast.

Tabel 11 toont de frequentie waarmee de onthoudingsverschijnselen werden aangegeven, met daarnaast voor de SOS de ernstscore. In totaal zijn 17.461 SOS-lijsten en 17.872 OOS-lijsten ingevuld. De tabel geeft de percentages van het totaal, dus ongeacht in welke fase de patiënt zich bevindt. De ontwenningverschijnselen zijn weergegeven in afnemende frequentie van melding door de patiënten (subjectief).

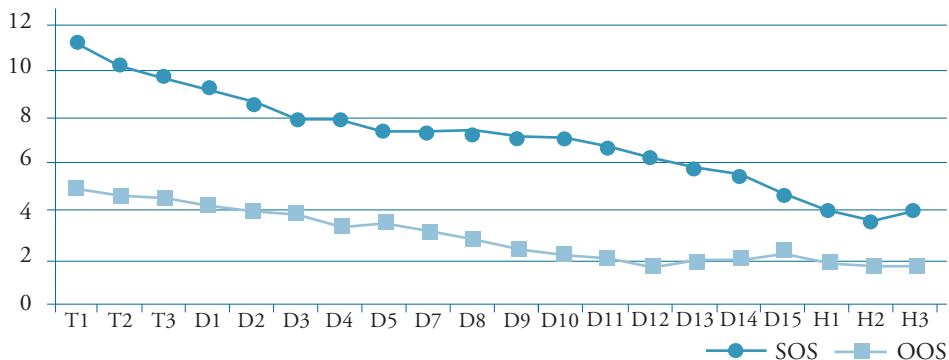
Craving en moeheid vormen volgens de patiënten de twee meest genoemde symptomen. Zij hebben beide ook een vrij hoge "ernstscore", maar slecht slapen krijgt de hoogste ernstscore. Ook onplezierig of levendig dromen worden over het algemeen als tamelijk ernstig ervaren door de patiënten die deze symptomen melden. Trek en vermoeidheid zijn ook de twee objectief meest geregistreerde symptomen. In tabel 11 valt op dat de frequentie van melding van geobserveerde symptomen in het algemeen lager ligt dan bij de subjectieve symptomen.

Tabel 11. *Subjectieve en objectieve onthoudingsverschijnselen. Gegeven is het percentage van de metingen waarin het onthoudingsverschijnsel is gemeld.*

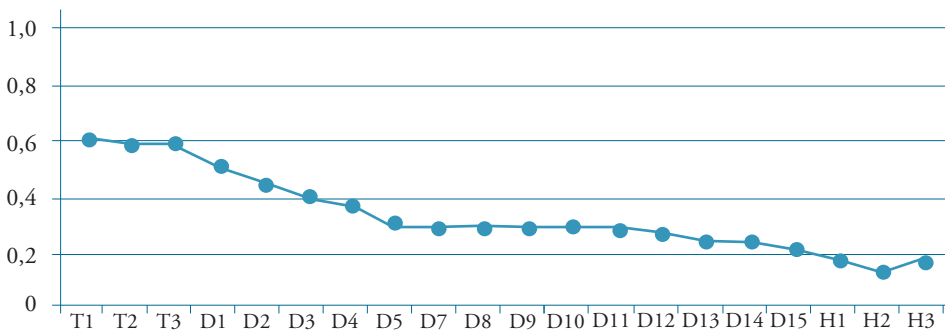
	subjectief frequentie perc.	ernst M (sd)	objectief frequentie perc.
Craving	54,8	1,97 (1,1)	37,2
Is moe	50,9	1,83 (1,0)	30,4
Trillingen	44,9	1,37 (0,7)	10,3
Somber	43,8	1,78 (0,9)	14,8
Transpireert	43,4	1,44 (0,8)	20,6
Voelt zich sloom, duf, suf	41,4	1,65 (0,9)	14,9

Slaapt slecht	34,3	2,26 (1,2)	14,0
Pijnlijke botten of spieren	32,9	1,82 (1,0)	13,4
Rusteloosheid	32,0	1,64 (0,9)	15,7
Plotseling koud	30,8	1,72 (0,9)	
Plotseling warm	30,5	1,70 (0,9)	
Moet voortdurend geeuwen	29,5	1,36 (0,7)	5,3
Voelt zich angstig	28,7	1,58 (0,9)	8,6
Is traag in zijn bewegingen	28,5	1,61 (0,9)	11,4
Voelt zich gejaagd	28,1	1,74 (1,0)	14,3
Eet veel	27,6	1,50 (0,8)	5,2
Heeft honger	24,9	1,49 (0,8)	6,1
Spiertrekkingen	24,2	1,58 (0,9)	4,8
Slaapt veel	21,8	1,64 (0,9)	11,9
Heeft last van een loopneus	20,8	1,36 (0,7)	5,9
Heeft kippenvel	20,4	1,50 (0,8)	5,0
Droomt levendig	19,4	1,85 (1,0)	6,0
Droomt onplezierig	15,8	1,86 (1,0)	4,2
Diarree	15,5	1,72 (0,9)	7,7
Maag- en/of buikkrampen	14,9	1,50 (0,8)	2,5
Heeft last van tranende ogen	14,8	1,42 (0,8)	4,1
Misselijk	12,1	1,41 (0,7)	4,6
Gevoel te moeten braken	5,6	1,0 (0)	0,3
Hoort dingen die er niet zijn	3,9	1,67 (0,9)	2,1
Ziet dingen die er niet zijn	3,1	1,50 (0,8)	1,7
Koorts	2,5	1,34 (0,7)	
Epileptische aanvallen	1,1	1,47 (0,8)	0
Pupilvergroting			4,4
Opstijgingen			9,7
Plotseling koud of warm			17,7

De patiënten melden meer symptomen op titratiedagen, dan op afbouw- en hersteldagen. Ook de ernst van de symptomen is groter tijdens de titratie. De figuren 4 en 5 laten zien dat zowel het aantal symptomen als de ernst daarvan afnemen van dag T1 (eerste dag titratie) tot de derde dag van de herstelfase (H3). De afname geldt wat betreft het aantal symptomen voor zowel de subjectieve als de objectieve symptomen. De frequentie van subjectieve symptomen daalt tijdens de titratie van 11,4 tot 10,5 en vervolgens tijdens de afbouwfase van 10 tot 5,4. Tijdens de herstelfase is sprake van een verdere afname van het aantal subjectief ervaren symptomen van 4 naar 3,8. Het aantal objectief waargenomen symptomen daalt van 4,9 tot 4,4 tijdens de titratiefase, en tijdens de afbouwfase verder naar 2,6. Tijdens de herstelfase daalt het aantal objectieve symptomen naar 1,6.



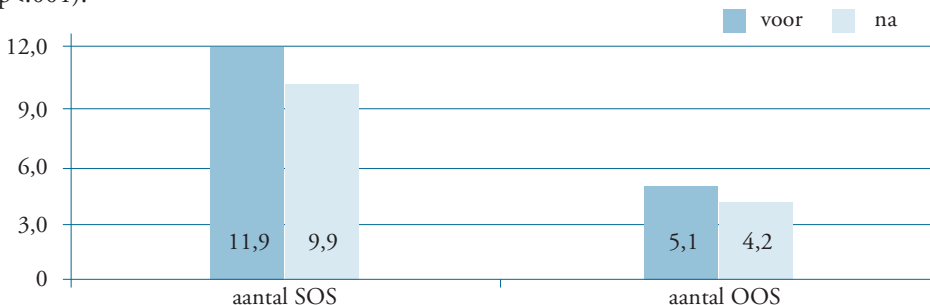
Figuur 4. Gemiddeld aantal klachten op de SOS en symptomen op de OOS per meetmoment op titratie (T), detoxificatie (D) en herstel (H) dagen

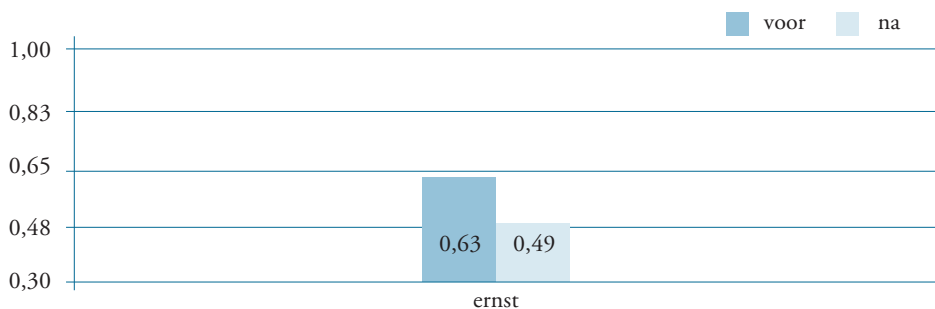


Figuur 5. Gemiddelde ernst van de symptomen (op een schaal van 0 - 1) op de SOS per meetmoment op titratie (T), detoxificatie (D) en herstel (H) dagen

De hierboven vermelde onthoudingssymptomen zijn weergegeven als gemiddelden per meetmoment, ongeacht of zij voor of na de GHB inname zijn geregistreerd.

Figuur 6 toont de verschillen in aantal en ernst van de symptomen voor en na een GHB gift tijdens de afbouwfase. Te zien is dat zowel aantal als ernst van de symptomen voor een GHB gift groter zijn dan daarna. Dat geldt zowel voor de subjectieve als voor de objectieve symptomen (SOS: aantal symptomen:  $t=8,7$ ;  $p<.001$ ; ernst symptomen:  $t=8,4$ ;  $p<.001$ ; OOS;  $t=7,4$ ;  $p<.001$ ).



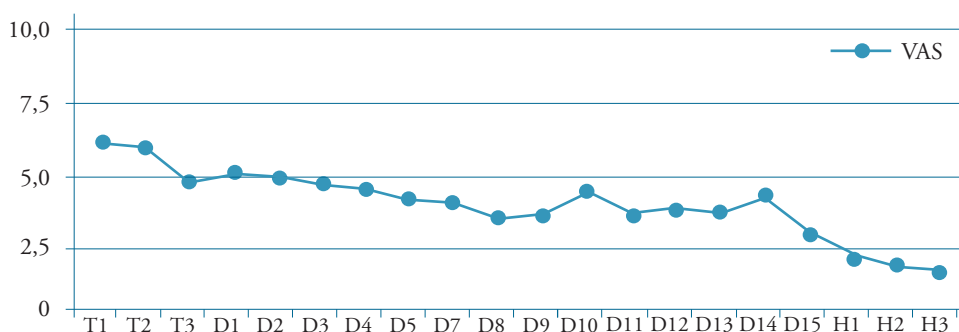


Figuur 6. Aantal en ernst onthoudingssymptomen voor en na GHB gift tijdens de afbouwfase

### / Craving

Voor het meten van de mate van craving is gebruik gemaakt van een visuele analoge schaal (VAS).

De VAS (Figuur 7) laat zien dat de mate van craving geleidelijk afneemt tijdens de behandeling. Tijdens de titratiefase is de trek het grootst. Tijdens de afbouwfase is deze al minder dan tijdens de titratiefase maar er zijn wel sterke schommelingen te zien. Tijdens de herstelfase, wanneer er geen GHB meer wordt gebruikt, is de craving het laagst.



Figuur 7. De mate van craving gemeten met de VAS

### Behandelresultaat na detoxificatie

#### / Wijze van vertrek

Bij 21 patiënten (8%) was sprake van voortijdig vertrek en nog eens 18 patiënten zijn gedwongen ontslagen (6%), van wie 9 in verband met gebruik op de afdeling. Bijna de helft van de patiënten die de detoxificatie niet heeft afgerond, is met ontslag gestuurd vanwege agressie en/of gebruik op de afdeling.

### / Prognose

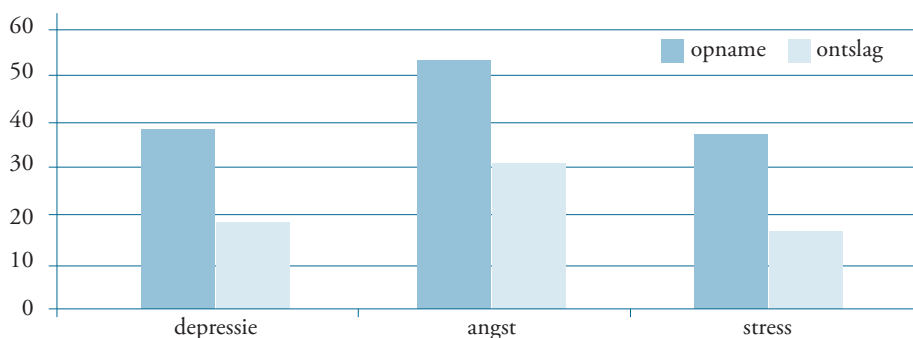
Aan de hulpverleners is gevraagd aan te geven wat hun verwachtingen zijn van de patiënt na ontslag. Tabel 12 toont de resultaten.

Tabel 12. *Prognose na ontslag (n=250)*

	aantal (%)
Patiënt zal de bereikte abstinentie van GHB vasthouden met ambulante vervolgbehandeling	37 (14,8)
Patiënt zal de bereikte abstinentie van GHB vasthouden met intramurale vervolgbehandeling	39 (15,6)
Patiënt zal de bereikte abstinentie van GHB enige tijd kunnen vasthouden	99 (39,6)
Patiënt zal de bereikte abstinentie van GHB niet kunnen vasthouden	43 (17,2)
Er is geen abstinentie bereikt bij patiënt. Terugval na vertrek uit de detox is te verwachten	32 (12,8)

Door de hulpverleners wordt verwacht dat zeven van de tien patiënten de bereikte abstinentie tenminste enige tijd zullen kunnen vasthouden, al dan niet met ambulante of intramurale vervolgbehandeling. Voor drie van de tien patiënten wordt verwacht dat zij zullen terugvallen in gebruik van GHB. In het vervolg van het rapport komen de werkelijke percentages voor abstinentie aan de orde.

#### / Veranderingen in psychische klachten en kwaliteit van leven Depressie, Angst en Stress Schaal (DASS)



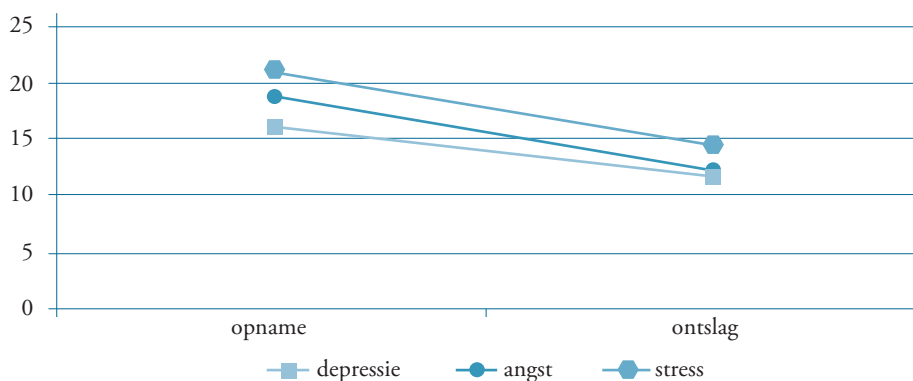
Figuur 8. *GHB patiënten met scores op de schalen van de DASS boven de drempelwaarden bij opname en bij ontslag (gegeven zijn percentages).*

De percentages patiënten die bij ontslag een score hebben boven de drempelwaarden, zijn getoond in figuur 8. Deze percentages zijn lager dan die bij opname. Toch heeft voor Angst nog bijna een derde van de patiënten (31%) bij ontslag een score boven de drempelwaarde. Bij Depressie en Stress zijn deze percentages bij ontslag respectievelijk 18% en 16%.

Gepaarde t-toetsen laten een daling zien van de gemiddelde scores op de schalen van de DASS



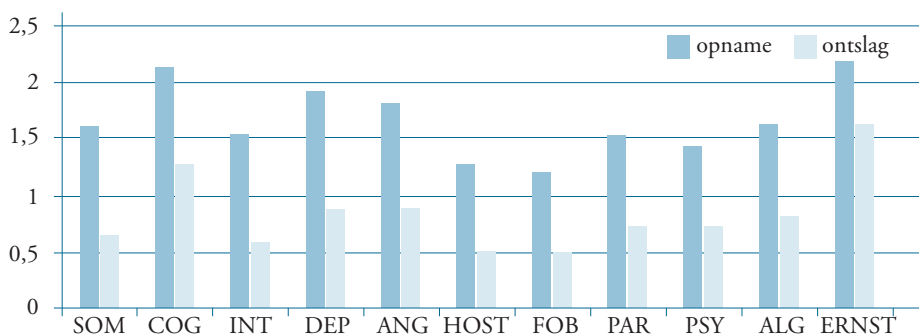
bij ontslag. De resultaten zijn getoond in figuur 9. Alle gemiddelde scores zijn bij ontslag beneden de drempelwaarden.



Figuur 9. Gemiddelde scores op schalen van de DASS bij opname en bij ontslag volgens gepaarde t-toetsing (n=87)

#### / BSI

Patiënten rapporteren op alle schalen van de BSI minder psychische klachten bij afronding van de behandeling dan aan het begin daarvan (figuur 10). De verschillen zijn overall significant bij gepaarde t-toetsing bij  $p < .001$ .



Figuur 10. Scores op schalen van de BSI bij opname en bij ontslag volgens gepaarde t-toets (n=138).

Legenda: SOM=somatische klachten; COG=cognitief functioneren; INT=interpersoonlijk gedrag; DEP=depressie; ANG=angst; HOST=hostiliteit; FOB=agorafobie; PAR=paranoïde wanen en gedachten; PSY=psychoticisme schaal; ALG=algemeen; ERNST=gemiddelde ernst van de klachten.

#### / Kwaliteit van leven

Bij ontslag is de gemiddelde waardering voor kwaliteit van leven op de VAS van de EQ5D gestegen van 46,5 bij opname naar gemiddeld 59,5 (sd 29,9) (n=114). Deze toename in kwaliteit van leven is statistisch significant (bij gepaarde t-toetsing) bij  $p < .001$ .

De EQ5D Utility Score is bij ontslag eveneens (significant) toegenomen: van 0,61 (sd 0,29) naar 0,83 (sd 0,19) ( $p < 0.001$ ). Opvallend is dat de Utility Score bij follow-up weer is gedaald: naar 0,76 (sd 0,25). Ook deze afname is significant bij  $p < 0.05$ . De VAS score is bij follow-up slechts licht afgenomen (met 2 punten) (niet statistisch significant).

### Situatie bij follow-up, drie maanden na ontslag

Het is gelukt follow-up gegevens te verzamelen - 3 maanden na ontslag - van 191 opnames (189 unieke patiënten). Dit is 70% van de oorspronkelijke 274 opnames, resp. 83% van de oorspronkelijke 229 unieke patiënten. Hierbij moet worden aangetekend dat het hier alleen gaat om de door de hulpverlener ingevulde kerngegevens. De onderzoeksmedewerkers probeerden in vier stappen te bewerkstelligen dat er follow-up gegevens beschikbaar kwamen: 1. realiseren van face-to-face contact, 2. telefonische vragenlijst afname, 3. versturen van een brief om alsnog te reageren, 4. beschikbare gegevens opzoeken via dossieronderzoek. Redenen voor het ontbreken van follow-up gegevens zijn vooral gelegen in het niet tot stand komen van contact tussen onderzoeker en deelnemende patiënten doordat zij niet meer mee willen werken, terugval in gebruik of detentie.

Van de 191 patiënten zijn er 135 (71%) op het moment van follow-up meting in behandeling: 39% in ambulante verslavingsbehandeling, 5% in deeltijd verslavingsbehandeling en 29% in intramurale verslavingsbehandeling; 14% casemanagement verslavingszorg; 2% in ambulante GGZ; 5% wordt behandeld in een setting voor dubbele diagnose patiënten; 10% in een forensische setting; en 21% krijgt een behandeling elders.

Driekwart van de patiënten geeft aan dat ze in de drie maanden tussen ontslag en follow-up meting een periode hebben gehad waarin ze geen GHB gebruikten. Deze GHB-vrije periode was gemiddeld ruim 8 weken. Hieruit kan worden afgeleid dat een kwart van de patiënten vrijwel direct na detoxificatie weer is teruggevallen in GHB gebruik. Opvallend is dat dit niet is gerelateerd aan de wijze van vertrek uit de detoxificatie-afdeling. Van de patiënten die de detoxificatie-periode afrondden, heeft 74% een GHB-vrije periode gehad; van hen die de detox eerder verlieten: 80%.

Ruim een derde (36%) van de patiënten heeft in de drie maanden tussen ontslag en follow-up meting geen GHB gebruikt. Dit was door de hulpverleners geschat op  $(14,8 + 15,6 =) 30,4\%$ . Bijna tweederde is dus wel gaan gebruiken: 22% incidenteel, 6% wekelijks, 13% dagelijks en bijna een kwart (24%) meerdere malen per dag. Als 'dagelijks' en 'meerdere malen per dag' worden gedefinieerd als terugval, dan komt de 37% redelijk overeen met de door hulpverleners ingeschatte niet bereikte abstinentie  $(17,2 + 12,8 =) 30\%$ . Ook hierin zijn geen verschillen gesignaleerd tussen detox completers en non-completers. De inschatting door de hulpverlener bij ontslag (verg. pg 44) blijkt tamelijk goed samen te hangen met het daadwerkelijke gebruik van GHB in de drie maanden na ontslag (tabel 13).

Op het moment van follow-up meting gebruikt de helft van de patiënten GHB, met een gemiddelde van 21,5 (sd 11,5) dagen in de maand voorafgaand aan de meting.

De bevinding dat hulpverleners redelijk goed kunnen inschatten hoe de stand van zaken zal zijn na drie maanden follow-up, biedt kansen om de groep met een hoog risico voor terugval uitgebreider te vervolgen. Bij de hulpverleners zou middels een kwalitatieve studie onderzocht kunnen worden op basis van welke karakteristieken zij tot hun oordeel zijn gekomen.

Tabel 13. *GHB gebruik bij follow-up naar inschatting door de hulpverlener bij ontslag*

	abstinentie - ambulante behandeling	abstinentie - intramurale behandeling	enige tijd abstinentie	abstinentie - wordt niet vastgehouden	geen absti- nentie bereikt terugval verwacht
	%	%	%	%	%
Gebruik GHB in 3 mnd na ontslag					
- ja, frequent	11	33	38	<b>62</b>	<b>46</b>
- ja, soms	21	13	35	23	33
- nee	<b>68</b>	<b>54</b>	27	15	21
Gebruik GHB op moment FU					
- ja	21	40	54	<b>73</b>	<b>61</b>
- nee	<b>79</b>	<b>60</b>	46	27	39

Gevraagd naar het gebruikspatroon in de nacht, antwoordt 32% van de patiënten die op het follow-up moment GHB gebruiken, dat dit niet van toepassing is, 5% is elk uur wakker om GHB te nemen, 30% om de twee uur en 15% om de drie uur. Achttien procent gebruikt voor het slapen gaan een grotere dosis GHB om door te kunnen slapen.

Veertig procent van de patiënten die in de drie maanden tussen ontslag en follow-up GHB gebruikten, is in diezelfde periode minimaal één keer 'out' gegaan als gevolg van GHB gebruik.

Tabel 14 toont het bijgebruik van andere middelen in de drie maanden na ontslag, al dan niet in combinatie met GHB gebruik. Alcohol wordt juist vaker gebruikt door degenen die geen GHB gebruiken. Cocaïne, amfetamine en - vooral - benzodiazepinen worden vaker gebruikt door patiënten die ook frequent GHB gebruiken.

Tabel 14. *Bijgebruik andere middelen 3 maanden na ontslag, met of zonder GHB gebruik (n=180) 'soms GHB gebruik' = incidenteel of minder dan een keer per week 'frequent GHB gebruik' = dagelijks of meerdere malen per dag*

	geen GHB gebruik	soms GHB gebruik	frequent GHB gebruik
	(n=64) %	(n=50) %	(n=66) %
Alcohol	56	46	46
Opiaten	0	0	0
Cocaïne	11	22	42
Cannabis	23	12	27
Benzodiazepinen	19	26	62
Amfetamine	9	24	44
Ecstasy	5	4	5
Ketamine	2	2	3
Anders	5	4	8

Ten slotte is bij follow-up geïnformeerd naar ontweningsverschijnselen die de patiënt heeft ervaren in de periode na ontslag (tabel 15). Patiënten die geen GHB meer gebruiken geven minder vaak aan dat ze tremoren, hartkloppingen, zweten, hoofdpijn, slaapproblemen en vooral angst hebben ervaren dan zij die 'soms' of 'frequent' GHB gebruiken. Tussen de twee laatste groepen zijn de verschillen klein. Ook is er een (klein) verschil in het aantal ervaren ontweningsverschijnselen: bij de patiënten die geen GHB gebruikten is dit aantal gemiddeld 1,3 (sd 1,4), bij hen die 'soms' GHB gebruikten 2,0 (sd 1,7) en bij hen die 'frequent' GHB gebruikten: 2,1 (sd 1,8) ( $F=4,8$ ;  $p=0,009$ ).

Tabel 15. *Ontweningsverschijnselen bij patiënten die geen GHB gebruikten en die soms of frequent GHB gebruikten in de drie maanden na ontslag (n=180).*

	geen GHB gebruik	soms GHB gebruik	frequent GHB gebruik
	(n=64) %	(n=50) %	(n=66) %
Tremoren	16	22	24
Hartkloppingen	11	20	20
Zweten	19	34	27
Angst	16	44	41
Hallucinaties	3	4	15
Hoofdpijn	6	16	14
Buikpijn/krampen	2	8	6
Epileptische insulden	0	0	0
Slaapproblemen	33	42	49
Anders	20	12	14

## Samenvattende conclusies en aanbevelingen

Dit rapport doet verslag van een monitor die is ingesteld om patiënten te volgen tijdens hun opname in verband met detoxificatie van GHB.

Het uitvoeren van een project zoals de GHB Monitor in zich professionaliserende verslavingszorginstellingen is geen sinecure. Toch is met veel inspanning een grote groep patiënten met GHB afhankelijkheid beschreven die zich meldde voor detoxificatie.

De GHB Monitor geeft inzicht in de kenmerken van de categorie GHB gebruikers die een intramurale detoxificatie ondergaan.

Daarnaast informeert deze GHB Monitor over aan GHB gebruik gerelateerde factoren, zoals de motieven om het middel te gaan gebruiken, en de veranderingen hierin in latere gebruiksfasen. Ook is inzicht verkregen in de ontwenningssverschijnselen die patiënten ervaren bij stop-pogingen. Verder wordt het effect van de DeTiTap<sup>®</sup> methode gedetailleerd beschreven. Ruim 83% bouwt af tot 0 ml GHB zonder ernstige bijwerkingen en op een relatief comfortabele manier. Vanwege organisatorische redenen is een vergelijking tussen DeTiTap<sup>®</sup> en behandeling van het onthoudingssyndroom met benzodiazepinen niet mogelijk gebleken. Dit hoofdstuk bevat een samenvatting van de resultaten van de GHB monitor met aandacht voor beperkingen van het project. We sluiten af met enkele conclusies en aanbevelingen.

### Proces

Het detoxificatieprotocol volgens DeTiTap<sup>®</sup> wordt door alle betrokken verslavingszorginstellingen naar tevredenheid toegepast en er vinden weinig complicaties plaats. De uitvoering van DeTiTap<sup>®</sup> vraagt van instellingen een behoorlijke investering om de kennis en kunde te ontwikkelen en te behouden. De noodzakelijke één op één begeleiding maakt de detoxificatie daarnaast duurder dan zoals die gebruikelijk is voor andere middelen. Het uitvoeren van een goede monitor is geen eenvoudige opgave gebleken voor de deelnemende instellingen, zoals bijvoorbeeld blijkt uit de ruime range van inclusie van patiënten die zijn aangemeld. De determinanten van succes of falen zijn daarbij nog niet goed duidelijk.

### Achtergrondkenmerken

#### / Sociaaldemografisch

- GHB patiënten zijn meestal man, maar vaker vrouw in vergelijking met andere patiënten in de verslavingszorg.
- GHB patiënten zijn gemiddeld jonger dan andere patiënten in de verslavingszorg.
- Ruim de helft van de patiënten heeft een opleiding op het niveau van lager (beroeps) onderwijs.
- De aanmelding is meestal vrijwillig.
- Bijna de helft van de patiënten is in het jaar voorafgaand aan de opname in aanraking geweest met politie en/of justitie.
- Bij een kwart van de opnames betreft het een crisis- of spoedopname.

#### / Comorbide problematiek

- Veel patiënten gebruiken ook andere middelen dan GHB. Veelgenoemd zijn: alcohol, nicotine, stimulantia, sedativa en cannabis.

- Gemiddeld voldoen patiënten aan de criteria van 6 stoornissen van de MINI-plus, variërend van 0 (bij 2 patiënten) tot 18. Veelvoorkomende stoornissen zijn - naast de stoornissen met betrekking tot middelengebruik - stemmings- en angststoornissen, antisociale persoonlijkheidsstoornis, en aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit.
- Bij opname scoort 38% van de patiënten op de DASS boven de drempelwaarde voor depressie, meer dan de helft (52%) voor angst, en 38% voor stress.
- De psychische klachten van GHB patiënten zijn voor alle schalen van de BSI gemiddeld genomen bovengemiddeld tot hoog, vergeleken met de normscores van (poliklinische) GGZ patiënten.
- Op de VAS schaal van de EQ5D scoren patiënten gemiddeld 46,5 en 0,61 op de EQ-5D.
- Ter vergelijking: in de DD monitor was de gemiddelde score van de patiënten op deze schaal bij opname: 53 respectievelijk 0,61; bij patiënten van de IMC's was deze 65,5 respectievelijk 0,69.

#### GHB gebruik

- Bijna alle patiënten gebruikten voor opname dagelijks GHB in gemiddelde dosis van 7 ml per keer en bijna 90 ml per dag.
- Het gebruik van GHB bestaat ruim vier jaar.
- Een op de tien patiënten gebruikt (ook) GBL.
- De meeste patiënten hebben GHB via vrienden ontdekt.
- Bijna de helft koopt GHB van een dealer en ook bijna de helft gebruikt home-made GHB.
- Tweederde van de patiënten gebruikt GHB (vooral) thuis en een derde gebruikt het 'overal'.
- De gebruiksomgeving is sterk veranderd ten opzichte van de situatie toen zij pas GHB gebruikten.
- Ruim de helft van de patiënten gebruikt GHB om problemen te vergeten, een derde vanwege het fijne, eufore gevoel en eveneens een derde om zich zekerder te voelen en meer te durven. Een kwart noemt een betere nachtrust als reden. Ook in deze redenen zijn verschuivingen opgetreden ten opzichte van de beginsituatie.
- De nachtrust is voor veel patiënten gestoord; de helft van de patiënten moet 's nachts regelmatig GHB innemen.
- Bij eerdere pogingen om het GHB gebruik te stoppen melden patiënten transpireren, slaapproblemen, hartkloppingen, angst en tremoren als onthoudingsverschijnselen. Vijf procent heeft ook epileptische insulten doorgemaakt.
- 84% van de patiënten heeft wel eens het bewustzijn verloren na GHB gebruik. Desgevraagd geven patiënten aan zich hier weinig zorgen over te maken.
- 43% is ooit aangemeld op de EHBO en een op de vijf is weleens opgenomen op de IC.

#### Detoxificatie van GHB

- De detoxificatie omvat drie fasen: titratie - waarin de patiënt wordt ingesteld op de juiste dosering farmaceutische GHB -, tapering - de afbouwfase, waarin de GHB dagelijks volgens een 2-uurs of 3-uurs schema wordt afgebouwd - en de herstelfase. In deze laatste fase is het gebruik van GHB afgebouwd.
- Gemiddeld duurt de hele detox iets minder dan 3 weken: 2 dagen voor de titratie, 11 dagen voor de afbouw en 7 dagen voor het herstel.
- Bij een op de tien patiënten is sprake van complicaties tijdens de detoxificatie: delier voor opname en/of door gebruik voor opname, delier tijdens titratie en/of detoxificatie,

complicaties door misbruik van GHB tijdens opname, hypertensie, tachycardie, of anders (bijvoorbeeld agressief gedrag). Zes van deze patiënten worden voor korte tijd (minder dan 1 dag) opgenomen in een algemeen ziekenhuis of PAAZ.

- Craving en vermoeidheid zijn de twee meest gemelde onthoudingsverschijnselen tijdens de detoxificatie, zowel in frequentie als in ernst. Andere veelgenoemde symptomen zijn trillingen, somberheid, transpireren en sloomheid.
- Zowel in frequentie als in ernst van de onthoudingsverschijnselen is sprake van een geleidelijke en relevante afname tijdens titratie-, afbouw- en herstelfase.
- Ook craving naar GHB vermindert geleidelijk en klinisch relevant gedurende de detoxificatie.

#### GHB afhankelijkheid en onthouding

In de DSM-IVTR is GHB als psychoactieve stof niet opgenomen. Met de GHB vragenlijst en andere informatie van de patiënten in de GHB Monitor is wel een beeld van GHB afhankelijkheid ontstaan dat past in de diagnostische classificatie categorie Afhankelijkheid:

Er is sprake van tolerantie (criterium 1), onthoudingsklachten en -symptomen (2), meer gebruik dan gepland (3), wens om te stoppen of stoppogingen (4), er gaat veel tijd zitten in het verwerven van het middel en/of het bijkomen van de effecten ervan (5), sociale of beroepsmatige bezigheden zijn gestopt of verminderd (6). Een belangrijk punt is of de patiënten wel in voldoende mate beseffen dat het gebruik hen schaadt in allerlei opzicht. Hierdoor is niet goed duidelijk in hoeverre patiënten voldoen aan criterium 7. In ieder geval dient naast de 7 bekende criteria craving te worden toegevoegd: patiënten herkennen craving of zucht en scoren er ook hoog op, zeker in periodes van gebruik. Welke specifieke kenmerken het onthoudingsyndroom van GHB heeft is nog object van studie. Veel patiënten gebruiken andere psychoactieve stoffen die ook onthoudingsklachten en -symptomen geven, waardoor inzicht in een 'zuiver' GHB onthoudingsyndroom nog ontbreekt.

#### Behandelingsresultaat na detoxificatie

- 14% van de patiënten rondt de detox niet af en vertrekt voortijdig, ofwel op eigen initiatief of op initiatief van de hulpverlening.
- Bij ontslag wordt verwacht dat zeven van de tien patiënten de bereikte abstinentie (enige tijd) zullen vasthouden, al dan niet met intramurale of poliklinische begeleiding.
- Tijdens de opname nemen de psychische klachten af, zowel op de DASS als de BSI, en neemt de kwaliteit van leven op de EQ5D toe.
- Bij follow-up, drie maanden na ontslag, blijkt dat tweederde van de patiënten na ontslag weer GHB heeft gebruikt, van wie meer dan de helft frequent (dagelijks en/of meerdere malen per dag).
- Op het moment van follow-up gebruikt de helft van de patiënten GHB, op gemiddeld 21 dagen van de voorgaande 30 dagen.
- De inschattingen van de hulpverleners komen redelijk goed overeen met de daadwerkelijk stand van zaken bij follow-up.
- De terugval na afronding van de detoxificatieperiode is groot en blijkt niet samen te hangen met de wijze van vertrek uit de detox.

## Beperkingen

De groep patiënten die hier gemonitord is en waarover is gerapporteerd, vormt uiteraard maar een deel van de hele Nederlandse populatie GHB gebruikers. De resultaten zijn dan ook alleen van toepassing op die patiënten die een intramurale detoxificatie nodig hadden. Opvallend is dat over GHB gebruikers in het algemeen nog altijd weinig bekend is. Toekomstig onderzoek zal meer informatie moeten opleveren over onder meer kenmerken van gebruikers bij wie het GHB gebruik leidt tot afhankelijkheid en zorgconsumptie. Daarmee kunnen aangrijpingspunten voor preventieve acties worden gevonden.

Een tweede beperking die hier genoemd moet worden is dat niet alle lijsten bij alle patiënten op alle daarvoor aangewezen momenten zijn ingevuld. Dit is, zo weten we inmiddels, inherent aan een monitoringproject. Bij 250 van de 274 opnametrajecten (91%) zijn ontslaggegevens beschikbaar. Onbekend is wat de reden is voor het ontbreken van deze informatie bij 9% van de patiënten. Ook de invulling van andere lijsten, met name die lijsten die frequent moesten worden afgenomen (OOS, SOS, VAS-craving), is hier en daar lacunair. Toch wordt met dit onderzoek een goed beeld geleverd van zowel achtergrondkenmerken van deze patiënten, als van het verloop van de detoxificatie.

Dit rapport gaat niet in op de persoonlijkheidskenmerken zoals onderzocht met de ICL-R en de NEO-FFI. De resultaten daarvan worden separaat gepubliceerd.

Gedurende de looptijd van de GHB Monitor is het proces van detoxificatie met DeTiTap® goed gedocumenteerd en vastgelegd in een practice-based aanbeveling. Separaat is een aanbeveling ontwikkeld voor het verantwoord nemen van een beslissing of de detoxificatie ambulante kan of juist intramuraal moet worden uitgevoerd (Kamal e.a., 2013). Ten slotte is er voor de algemene ziekenhuizen een aanbeveling ontwikkeld voor het verantwoord omgaan met patiënten die een stoornis hebben in het gebruik van GHB. De drie Practice-based aanbevelingen worden separaat uitgebracht door Resultaten Scoren.

## Aanbevelingen

Met het grotendeels realiseren van de doelstellingen van dit GHB Monitor project zijn natuurlijk nog niet alle vragen beantwoord en is de GHB problematiek in Nederland nog niet onder controle. Een vergelijking met bijvoorbeeld behandeling van het GHB onthoudingsyndroom met alleen benzodiazepinen hebben we om organisatorische redenen niet kunnen maken. Nader onderzoek is gewenst, met name omdat de toediening van benzodiazepinen in de ambulante setting een redelijk alternatief kan zijn voor farmaceutische GHB omdat in ieder geval controle op gebruik daarvan gemakkelijker is.

We hebben wel laten zien dat detoxificatie van GHB met farmaceutische GHB succesvol is en weinig complicaties oplevert, maar dat de terugval na vertrek uit de detoxificatie-afdeling groot is, ook in de korte follow-up periode van drie maanden. Op dit moment staan preventie van gebruik en de grote kans op terugval na detoxificatie centraal. Een intensievere behandeling lijkt noodzakelijk om terugval te voorkomen. Patiënten ervaren weinig last en schrijven GHB nog steeds veel positieve eigenschappen toe. De controle over (hernieuwd) recreatief gebruik van GHB na alleen detoxificatie wordt overschat, waardoor het aantal heropnames vanwege afhankelijkheid en dreigende onthouding toeneemt. Hulpverleners hebben, waarschijnlijk impliciet, wel een redelijk kijk op risicofactoren voor terugval en de explicitering van hun inschattingen verdient verder onderzoek.

De vraag blijft of de tendens van toenemend GHB gebruik zal doorzetten. Volgens gebruikers is GHB echter een blijvertje en de aanwas van de jonge GHB-garde lijkt te groeien. Ook lijkt



er sprake te zijn van een toename van het aantal GBL-gebruikers, in dit project ruim 10%. Gelijktijdig lijkt ook de weerstand ten opzicht van het onverantwoorde ontremde gedrag te groeien (Benschop ea, 2009; 2011). De verschuiving van gebruik naar meer gemarginaliseerde groepen, met een concentratie in bepaalde regio's in ons land, moet op de voet gevolgd worden.

Door de vele contacten met politie, EHBO en IC van de beschreven doelgroep wordt in ieder geval duidelijk dat goede samenwerking tussen verslavingszorg enerzijds en algemene gezondheidszorg, politie en justitie, en geestelijke gezondheidszorg anderzijds bij de behandeling van deze patiënten belangrijk is. Patiënten doen, ook al voor hun detox-opname, vaak een beroep op voorzieningen voor (spoedeisende) gezondheidszorg. Daarnaast is het van belang dat er snelle en adequate toegang is tot algemene (geestelijke) gezondheidszorg tijdens detoxificatie, in het geval van complicaties. Hierin ligt een uitdaging voor verslavingsartsen. In het Behandelingsprotocol voor acute GHB onthouding in het algemeen ziekenhuis dat mede op basis van de monitorgegevens separaat van deze rapportage wordt opgesteld, wordt aan deze samenwerking aandacht besteed.

Er is veel kennis gegenereerd door het nauwkeurig registreren van alle onthoudingssymptomen die patiënten ondervinden voor, tijdens en na hun detoxificatie. Deze kennis vormt een opmaat voor de beschrijving van afhankelijkheid en misbruik van GHB in de DSM classificatie. De symptomen die patiënten zelf beschrijven en die door de verpleegkundigen worden geobserveerd, passen bij het onthoudingssyndroom dat ook bij andere drugs wordt beschreven, maar heeft ook een eigen karakteristiek.

Duidelijk is geworden dat veel patiënten die een intramurale detoxificatie ondergaan veel andere psychoactieve stoffen gebruiken en opmerkelijk veel comorbide psychiatrische stoornissen hebben.

Naast informatie levert deze rapportage ook inzicht op over de ontbrekende kennis over deze gebruikers. Zo is aangetoond dat veel patiënten na detoxificatie binnen korte tijd weer terugvallen in gebruik. Mogelijk hangt dit samen met andere psychiatrische verslavingsproblematiek of is er sprake van een, aan GHB gebruik eigen, gebrek aan ziektebesef en -inzicht. Dit proces, alsmede het antwoord dat de hulpverlening hierop kan bieden, dient nauwkeuriger in beeld te worden gebracht. Dit rapport heeft betrekking op patiënten die een intramurale detoxificatie ondergaan in verband met hun GHB gebruik. Over patiënten die ambulante behandeld worden is vooralsnog weinig informatie beschikbaar, evenals over gebruikers die zich niet melden bij de hulpverlening. Deze hiaten in kennis moeten in de komende periode worden opgevuld.



## Geraadpleegde literatuur

- Benschop A, Nabben T, Korf DJ. Antenne 2010. Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers, 2011.
- Beurmanjer H, De Jong M, Poelmans I, De Weert-van Oene GH (red). Tendens. Trends in wonen, werken en middelengebruik. De Gelderse sociale kwetsbaarheid en middenmonitor. Editie 2011-2012. IrisZorg, Arnhem, 2012.
- Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM). Risicoschatting gamma-hydroxyboterzuur 2011. Bilthoven, 2011;
- Dijkstra B., Verbrugge C., Maselaman-Borst M., De Weert-van Oene G., & De Jong C. (2011). Projectplan GHB monitor 2010-2012: een Resultaten Scoren project. Nijmegen: NISPA.
- Hamminck A & Schrijvers C. Preventie van GHB gebruik in Nederland. Onderzoek naar de kenmerken van GHB gebruikers, in het bijzonder van hangjongeren en thuisgebruikers. IVO, Rotterdam, 2012.
- Houwing, S. (2011). GHB-gebruik onder ernstig gewonde autobestuurder opgenomen in het ziekenhuis. R-2011-14. SWOV, Leidschendam.
- De Jong CAJ, Gottmer PBML, Van Hoek AFM, Vrasdonk JG. Richtlijn Detox. Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie. Resultaten Scoren, Amersfoort, 2004.
- De Jong CAJ, Kamal R, Dijkstra BAG, de Haan HA (2012). Gamma-hydroxybutyrate detoxification by titration and tapering. *European Addiction Research* 18: 40-5.
- Kamal R, Van Hoek AFM, Haan HA de, De Jong CAJ. Stoppen met Gammahydroxybutyric acid (GHB), hoe doe je dat? In: CAJ DeJong, BJM van de Wetering, HA de Haan (red.). *Verzovingsgeneeskunde: Psychofarmacologie, psychiatrie en somatiek*. Assen: Van Gorcum; 2009.
- Kamal R, Dijkstra BAG, van Iwaarden JA, Van Noorden M, DeJong CAJ. Practice-based aanbevelingen voor de detoxificatie van patiënten met een stoornis in het gebruik van GHB. Resultaten Scoren, Amersfoort, 2013.
- Knudsen K, Jonsson U, Abrahamsson J (2010). Twenty-three deaths with gamma-hydroxybutyrate overdose in western Sweden between 2000 and 2007. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 54: 987-992.
- Van Laar MW, Cruts AAN, van Ooyen-Houben MMJ, Meijer RF, Brunt T, Croes EA, Keteelaars APM. Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2011. Trimbos, Utrecht, 2012.
- McDonough M, Kennedy N, Glasper A, Bearn J. Clinical features and management of gamma-hydroxybutyrate (GHB) withdrawal: a review. *Drug and Alcohol Dependence* 2004; 75: 3-9.
- Van Noorden MS, van Dongen LC, Zitman FG, Vergouwen TA (2009). Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known. *General Hospital Psychiatry*, 31: 394-6.

Van Noorden MS, Kamal R, de Jong CA, Vergouwen AC, Zitman FG (2010). GHB-afhankelijkheid en -onthoudingssyndroom. Diagnostiek en behandeling. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 154:A1286.

Nijman, S. (2011). Ongevallen waar alcohol of drugs bij betrokken zijn. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid.

Ouwehand AW, Wisselink DJKWG, van Delden EB, Mol A. Kerncijfers verslavingszorg. National Information System on Alcohol and Drugs (LADIS), Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ); 2011. [www.sivz.nl/ivz-verslavingszorg/127-kerncijfersverslavingszorg](http://www.sivz.nl/ivz-verslavingszorg/127-kerncijfersverslavingszorg)

Van Rij CM, Wilhelm AJ, van Loenen AC (2004). Herkenning en behandeling van hydroxyboterzuurintoxicaties. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 48: 844-846.

Schep LJ, Knudsen K, Slaughter RJ, Vale JA, Megarbane B (2012). The clinical toxicology of gamma-hydroxybutyrate, gamma-butyrolactone, and 1,4-butanediol. Clinical Toxicology 50:458-470.

Schippers GM, Broekman TG, Buchholz A. MATE 2.1 Handleiding en Protocol. Nederlandse bewerking: GM Schippers en TG Broekman. Nijmegen, Beta Boeken, 2011.

Vogels N, Croes E. (2011). Monitor Drugs Incidenten: factsheet 2010. Utrecht: Trimbos Instituut.

Voorham L & Buitenhuis S. GHB-gebruik(ers) in beeld. Trimbos Instituut, Utrecht, 2012

De Weert-van Oene GH, Holsbeek TB, Verbrugge CAG, De Jong CAJ. Dubbele Diagnose: leren door monitoring. Vijf jaar evalueren van Dubbele Diagnose klinieken in Nederland. NISPA, Nijmegen 2012.

Zvosec DL, Smith SW, Porrata T, Strobl AQ, Dyer JE (2011). Case series of 226  $\gamma$ -hydroxybutyrate-associated deaths: lethal toxicity and trauma. American Journal of Emergency Medicine 29: 319-332.

## Colofon

De GHB monitor is tot stand gekomen in bestuurlijke samenwerking tussen NISPA en de Stichting Resultaten Scoren (het landelijke kenniscentrum voor verslaving, waarin alle grote instellingen voor verslavingszorg participeren). De in dit project ontwikkelde behandelprotocollen worden uitgegeven door Resultaten Scoren [www.resultatenscoren.nl](http://www.resultatenscoren.nl).

© 2013 NISPA

Postbus 6909, 6503 GK Nijmegen, [www.nispa.nl](http://www.nispa.nl)

### Redactie

Boukje Dijkstra  
Gerdien de Weert  
Cor Verbrugge  
Cor de Jong

### Met medewerking van

Hein de Haan - Tactus, Rama Kamal - Novadic-Kentron, Anton Loonen - Rijksuniversiteit Groningen, GGZ Westelijk Noord-Brabant - Halsteren, Martijn van Noorden - Leids Universitair Medisch Centrum en Sjacco van Iwaarden - Dimence Zwolle

### Participerende instellingen

Onder auspiciën van het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction in samenwerking met De Brijder, GGZ Centraal, IrisZorg, Mondriaan, Novadic-Kentron, Tactus, Verslavingszorg Noord-Nederland, Victas (voorheen Centrum Maliebaan) en Vincent van Gogh Instituut

### Ziekenhuisapotheek

Rob Kempen, Brocacef Ziekenhuisfarmacie

### Subsidie

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Nederland

### Naar dit rapport kan als volgt worden verwezen:

Dijkstra BAG, De Weert-van Oene GH, Verbrugge CAG, De Jong CAJ. GHB Detoxificatie met farmaceutische GHB. Eindrapportage van de monitoring van DeTiTap® in de Nederlandse verslavingszorg. Nijmegen: NISPA, maart 2013.

Opmaak : [www.imkedejong.nl](http://www.imkedejong.nl), Rotterdam  
Drukwerk : BEK, Grafische Producties, Veghel