

GHB gebruik: Met terugvallen en opstaan

Een onderzoek naar factoren die een rol spelen bij het terugvallen in
GHB gebruik

|Scriptie|

Sarah Tulling

In opdracht van: Novadic-Kentron

GHB gebruik: Met terugvallen en opstaan

Een onderzoek naar factoren die een rol spelen bij het terugvallen in
GHB gebruik

Sarah Tulling

In opdracht van: Novadic-Kentron

Etten-Leur, 27-05-2014
2161620

Fontys Hogeschool HRM en Psychologie
Toegepaste Psychologie
Afstudeerdocent: M. Pruijt
Tweede lezer: W. Kroes
Begeleider opdrachtgever: P. Visser

Voorwoord

Mijn nieuwsgierigheid naar GHB werd al snel geprikkeld toen ik enkel nog maar op zoek was naar een afstudeeronderwerp. Zo las ik verschillende nieuwsberichten over GHB waarin het gevaar van het middel duidelijk werd voor mij als lezer, maar dat het gevaar de GHB gebruiker niet tegenhoudt over grenzen te gaan. De torenhoge terugvalcijfers maakte dat ik me afvroeg wie die GHB gebruikers eigenlijk zijn. Het mysterie rondom het type gebruiker en het middel, dat vergeleken wordt met heroïne als het gaat om ernst, schreeuwt om oplossingen. Ik besef me dat het hier gaat om complexe problematiek, die niet zomaar op te lossen valt. Het voelde alleen wel als mijn missie om een druppel op te vangen voordat de emmer overloopt. Met dit onderzoek hoop ik een bijdrage te kunnen leveren in het vinden van een behandelrichting voor Novadic-Kentron die passend is voor (terugvallende) GHB gebruikers.

Dit onderzoek is dan wel alleen door mij geschreven, ik ben zeker niet de enige die hier tijd en energie in heeft gestoken. Voor hun tijd en energie wil ik bedanken:

Wilco Kroes, voor de ondersteuning bij het tot stand brengen en goed afronden van het veldonderzoek. Je feedback zette me telkens weer terug op het spoor.

Marga Pruijt, voor het vrijmaken van je tijd, luisterend oor, praktische hulp, maar vooral dat je er was toen de nood het hoogst was. Ik kan wel stellen dat ik in mijn studiecarière meer aan je te danken heb, dan wat ik hier kwijt kan.

Piet Visser, voor de bijzondere leerschool op meerdere vlakken. Ik heb me een waar onderzoeker gevoeld en voel me bevoorrecht betrokken te zijn geweest in de interessante en complexe materie rondom GHB gebruik.

De lieve mensen die belangrijk zijn in mijn leven, voor het geduld, begrip, vertrouwen en de peptalks. Voor de geïnteresseerde vragen als het kon en de stiltes als dat nodig was. Voor de ontspanning die ik nodig had en die jullie me gaven. Jullie hebben de door mij ervaren druk en stress telkens verlicht.

Bedankt!

Met het afronden van mijn scriptie, zal een deur sluiten. Met het sluiten van die deur, gaat een andere open. Vol onderzoeksdrijf ga ik die deur door, nieuwsgierig naar wat komen gaat...

Sarah Tulling

27-05-2014

Samenvatting

Dit onderzoek is uitgevoerd om inzicht te verkrijgen in de kenmerken van GHB gebruikers. Het uiteindelijke doel is om mogelijke ingangen te vinden voor het ontwikkelen van interventies op maat die (terugval in) GHB gebruik kunnen terugdringen. Er is inmiddels wel grip op het detoxificeren bij GHB gebruik, maar gebruikers vallen al erg snel terug in het gebruik. Om te achterhalen hoe het komt dat de GHB gebruiker zo snel terugvalt, is onderzoek gedaan naar wat unieke kenmerken voor de GHB gebruiker zijn, wat zijn redenen zijn voor gebruik en hoe GHB gebruik behandeld wordt. De resultaten van het literatuuronderzoek laten zien dat GHB vooral een 'sociale drug' is, de gebruikers het gevaar van het middel sterk onderschatten, maar dat het gebruik snel kan omslaan naar verslaving. Dan verandert de functie van het gebruik naar het tegengaan van de gevaarlijke ontwenningsschijnselen en als hulpmiddel bij het verkrijgen van nachtrust. Er blijkt onder GHB gebruikers vaak sprake te zijn van comorbiditeit. Een vaakgenoemde reden voor gebruik is dan ook het vergeten van zorgen en problemen. In de verslavingszorg is met betrekking tot GHB gebruik een focus te zien op de detoxificatie. Het ontbreekt echter nog aan nazorg op maat. Daar de nazorg een grote rol vervult in het verminderen van terugval, kan geconcludeerd worden dat de nazorg onderbelicht is gebleven en dat verder onderzoek naar specifieke nazorg voor GHB gebruikers wordt aanbevolen.

In de resultaten van het veldonderzoek is te zien dat de terugvalcijfers bij GHB gebruik hoger zijn dan bij andere problematieken. Er zijn opvallende verschillen ontdekt tussen de groep GHB gebruikers die terugvalt en de groep die niet terugvalt in zowel de sociale factor als de psychologische factor. Echter bleken de verschillen niet significant en kunnen dus geen conclusies uit de verschillen getrokken worden. De afhankelijkheid, het misbruik van GHB en het verlangen naar het middel zijn ernstig bij GHB en verschillen van andere gebruikers. Een aantal factoren hangen met elkaar samen bij GHB problematiek: De afhankelijkheid en het misbruik, depressie-, angst- en stressproblematiek en basale, relationele en totale beperkingen. Deze factoren versterken elkaar. GHB gebruikers zijn vergeleken met alcohol-, amfetamine-, cannabis-, cocaïne- en heroïnegebruikers. Op de meeste kenmerken zijn er aanzienlijke verschillen gevonden waarbij de GHB gebruiker veelal het hoogst (of juist het laagst) scoort, in nadeel van de GHB gebruiker. De GHB gebruiker verschilt op de volgende kenmerken van drie of meer groepen andere gebruikers: aantal psychosociale problemen, afhankelijkheid/misbruik, verlangen, stress- en DAS problematiek. De GHB gebruiker verschilt met alle groepen beduidend op angstproblematiek en op het terugvalpercentage. In de sociale kenmerken zijn geen veelzeggende verschillen gevonden tussen de GHB gebruiker en de andere gebruikers.

Verslaving heeft zelden één oorzaak en is een combinatie van biologische, psychologische en sociale factoren, zoals het biopsychosociaal model waarmee Novadic-Kentron werkt, laat zien. Nu de specifieke biologische factor die speelt bij GHB gebruik met detoxificatie goed behandeld kan worden, vragen de sociale en psychologische factoren bij GHB gebruik meer aandacht.

Inhoudsopgave

Inleiding	7
Deel 1: Literatuuronderzoek	9
1. Methode van literatuuronderzoek	10
1.1 Doel en type onderzoek.....	10
1.2 Procedure en analyse	10
2. Resultaten van het literatuuronderzoek.....	10
2.1 De GHB gebruiker	11
2.1.1 Achtergrondkenmerken	11
2.1.2 Psychologische kenmerken.....	13
2.1.3 Sociale kenmerken	14
2.1.4 Positieve effecten van GHB gebruik.....	15
2.1.5 Negatieve effecten van GHB gebruik	17
2.2 De GHB gebruiker en de zorg	19
2.2.1 Behandeling van de GHB gebruiker	19
2.2.2 Terugval in GHB gebruik	21
2.3 Modellen en theorieën	23
3. Conclusie en Discussie.....	266
3.1 Conclusie	26
3.2 Discussie	27
Deel 2: Veldonderzoek	29
1. Methode van veldonderzoek.....	30
1.1 Algemeen.....	30
1.2 Deelnemers	30
1.3 Procedure	31
1.4 Materiaal	31
1.5 Analyse	32
2. Resultaten van het veldonderzoek	32
2.1 Deelvraag 1: Wat kenmerkt de GHB gebruiker?	32
2.2 Deelvraag 2: Welke redenen hebben personen om GHB te gebruiken?	32
2.3 Deelvraag 3: Wat is de huidige behandeling (bij Novadic-Kentron) bij GHB gebruik?	34
2.4 Deelvraag 4: Welke verschillen zijn er tussen gebruikers die wel en niet terugvallen in GHB gebruik?	34
2.5 Deelvraag 5: Welke verschillen zijn er tussen personen die GHB gebruiken en personen die andere middelen gebruiken?	35
3. Conclusie en Discussie.....	263
3.1 Conclusie	43
3.2 Discussie	44

Deel 3: Algemene conclusies en aanbevelingen	2946
1. Conclusie	46
2. Discussie.....	47
Literatuurlijst.....	49
Bijlagen	
A. Operationalisatie	
B. Literatuurzoekverslag	
C. De MATE.....	
D. Analyseplan cq -logboek.....	
E. Ethische verantwoording.....	
F. Authenticiteitsverklaring.....	

Inleiding

“Ik kreeg een hele prettige stem aan de telefoon, die heeft ervoor gezorgd dat de kinderen niet zijn gestorven ...” zo vertelt een moeder in de uitzending ‘Knock out in Brabant’ van Zembla hoe ze haar dochter en vriend schuimbekkend op de vloer van hun woning aantrof. De dochter heeft tien dagen op de intensive care gelegen. Gamma Hydroxy Boterzuur, oftewel GHB, is een bijzonder middel. Een gevaarlijk middel. De lijn is dun tussen een wenselijk effect en overdosis die leidt tot coma (‘out’ gaan), ziekenhuisopname of zelfs de dood. Een ‘bij effect’ als ‘out’ gaan wordt door gebruikers vaak als onschuldig gezien en als iets dat erbij hoort (Van Laar et al., 2013; De Jong & Dijkstra, 2013; Hammink & Schrijvers, 2012). De afgelopen vijf jaar is het aantal drugsopnames op de eerste hulp gestegen met 45 procent. In aantallen zijn er in 2013 zes duizend drugsbehandelingen op de spoedeisende hulp van het ziekenhuis, terwijl dit er vier duizend waren in 2008. In zo’n 30 procent van de gevallen was GHB de oorzaak. De slachtoffers waren voornamelijk jongeren tussen de 15 en 29 jaar (“GHB-gebruikers Belanden Vaker In Ziekenhuis”, 2013; “Meer Drugsslachtoffers Door GHB”, 2013; De Jong & Dijkstra, 2013). Uit de cijfers van de Nationale Drugs Monitor 2012 blijkt het recreatief gebruik van middelen het meest voor te komen in de Randstad. Dit geldt ook voor een middel als GHB. GHB werd in het begin vooral gesignaleerd in de partyscene, er is in het gebruik van GHB een verschuiving te zien van partydrug naar meer thuisgebruik (Van Laar et al., 2013; De Jong & Dijkstra, 2013). Deze verschuiving heeft volgens Van Noorden (2012) ertoe bijgedragen dat het aantal gebruikers met GHB afhankelijkheid groeide. GHB leidt snel tot verslaving. Al na twee weken dagelijks gebruik is het risico op verslaving erg groot (Van Laar et al., 2013). Opvallend is dat het problematisch gebruik en verslaving van GHB veel meer voorkomt in andere regio’s dan de randstad, waaronder Noord-Brabant. Hier neemt de GHB problematiek explosief toe (Van Laar et al., 2013; De Jong & Dijkstra, 2013). De hulpvraag bij de reguliere verslavingszorg bij GHB gebruik stijgt, terwijl de hulpvraag voor alle andere middelen waarneembaar daalt. Hoewel geen sprake is van schokkende aantallen, zijn de aanmeldingen voor hulp bij GHB gebruik van 2007 tot 2012 bij hulpverleningsinstanties toegenomen van 0,1 naar 1,2 procent (Van Laar et al., 2013). In absolute aantallen betekent dit dat er 60 hulpvragers waren in 2007, terwijl er 761 gebruikers in 2012 behandeld werden voor een primaire GHB problematiek (Van Laar et al., 2013; Wisselink, Kuijpers & Mol, 2013). Het actuele aantal GHB gebruikers is volgens Van Laar et al. (2013) 22.000. Het verplaatsen van GHB van lijst 2 (softdrugs) naar lijst 1 (harddrugs) van de Opiumwet in 2012, heeft de groei niet doen stagneren. In Noord-Brabant en Friesland zijn de cijfers zorgwekkend (Wisselink et al., 2013). Novadic-Kentron in West Brabant ziet ook het aantal GHB gebruikers groeien. Visser (2013) geeft aan dat er in deze regio een stijging is van 17,5 procent in een half jaar tijd. In mei 2012 waren er 80 GHB gebruikers, in december 2012 waren dat 94 GHB gebruikers. Hier gaat het echter enkel om de GHB gebruikers die zich met een hulpvraag bij Novadic-Kentron hebben gemeld (Visser, 2013). Niet alleen het aantal gebruikers neemt toe, ook het terugvalpercentage in gebruik bij GHB verslaving is enorm. Meer dan 60 procent van de afgekickte GHB gebruikers valt binnen drie maanden terug. De terugval bij GHB is hoger dan die bij alcohol of heroïne (Van Laar et al., 2013; De Jong in Zembla, 2013).

Een groeiend aantal GHB gebruikers, het gevaar van het GHB gebruik en de hoge terugvalcijfers leiden tot toenemende kosten binnen de zorgsector. Daarom wil Novadic-Kentron inzicht krijgen in wat de (terugvallende) GHB gebruiker kenmerkt, wat zijn redenen zijn voor GHB gebruik en wat hem anders maakt dan andere gebruikers. De inzichten die met dit onderzoek worden verkregen, zullen gebruikt worden om interventies op maat tegen terugval in GHB gebruik verder te ontwikkelen.

In dit onderzoek wordt onderzocht wat de kenmerken zijn van de (met name terugvallende) GHB gebruiker omdat Novadic-Kentron wil weten op welke sociale en psychologische factoren ze invloed kan uitoefenen teneinde interventies te ontwikkelen die de kans op terugval in GHB gebruik verminderen (De operationalisatie van de hoofdvariabelen is te vinden in bijlage A).

De vraagstelling van dit onderzoek luidt daarom:

Welke psychologische en sociale factoren beïnvloeden het gebruik en terugval bij GHB gebruikers die bij Novadic-Kentron in West Brabant in behandeling zijn?

Met deze vraagstelling kunnen die factoren worden gedestilleerd die gebruik beïnvloeden. Op basis van de gevonden (beïnvloedbare) factoren en specifieke kenmerken van de GHB gebruiker kunnen er interventies worden ontwikkeld om juist deze factoren ten goede te beïnvloeden. Met die interventies kan mogelijk terugval vaker worden voorkomen. Om antwoord te kunnen geven op de vraagstelling zijn de volgende deelvragen gedestilleerd:

1. *Wat kenmerkt de GHB gebruiker?*
2. *Welke redenen hebben personen om GHB te gebruiken?*
3. *Wat is de huidige behandeling (bij Novadic-Kentron) bij GHB gebruik?*
4. *Welke verschillen zijn er tussen gebruikers die wel en niet terugvallen in GHB gebruik?*
5. *Welke verschillen zijn er tussen GHB gebruikers en gebruikers van andere middelen?*

De vragen worden met literatuur- en veldonderzoek beantwoord. In beide onderdelen staat de GHB gebruiker met zijn/haar psychologische en sociale kenmerken centraal. Na de afzonderlijke beschrijvingen in deel 1 (het literatuuronderzoek) en deel 2 (het veldonderzoek) komen deze twee samen in deel 3 waar in de algemene conclusie het antwoord op de hoofdvraag gegeven wordt. Na het antwoord op de hoofdvraag volgen aanbevelingen en evaluatie van het gehele onderzoek in de discussie.

Deel 1: Literatuuronderzoek

Tig opnames bij Novadic-Kentron en vele ziekenhuisopnames verder, komt er een fataal telefoontje van de politie: “Uw zoon is overleden aan de gevolgen van GHB” (Thijssen, 2013). In het literatuuronderzoek worden algemene kenmerken beschreven van de GHB gebruiker, die ieders zoon, vriend of partner kan zijn. Evenals de negatieve effecten, positieve effecten en de redenen van GHB gebruik. De hoofdvariabelen die voor het veldonderzoek gehanteerd worden, komen in het literatuuronderzoek aan bod. Terugval, psychologische en sociale kenmerken worden voor zover in de wetenschap bekend, beschreven. Naast belangrijke literatuur met betrekking tot het onderwerp, worden relevante modellen en theorieën nader bekeken, zoals het biopsychosociaalmodel, ASE model en conditionering.

Na het uiteenzetten van de resultaten worden in ieder geval de volgende deelvragen beantwoord:

1. *Wat kenmerkt de GHB gebruiker?*
2. *Welke redenen hebben personen om GHB te gebruiken?*
3. *Wat is de huidige behandeling (bij Novadic-Kentron) bij GHB gebruik?*

Waar mogelijk wordt antwoord gegeven op of aanknopingspunt aangereikt voor de andere twee deelvragen van het onderzoek:

4. *Welke verschillen zijn er tussen gebruikers die wel en niet terugvallen in GHB gebruik?*
5. *Welke verschillen zijn er tussen GHB gebruikers en gebruikers van andere middelen?*

De hoofdvraag *Welke psychologische en sociale factoren beïnvloeden het gebruik en terugval bij GHB gebruikers die bij Novadic-Kentron in West Brabant in behandeling zijn?* wordt beantwoord nadat zowel het literatuur- als veldonderzoek is uitgewerkt.

Na deze inleiding volgt er een hoofdstuk over de methode van het literatuuronderzoek. De systematische methode die is gebruikt wordt kort uitgelegd, alvorens de resultaten worden beschreven. In de resultaten staat de in de literatuur gevonden relevante informatie, met betrekking tot de GHB gebruiker. De resultaten zijn verwerkt in twee hoofdstukken. Het eerste hoofdstuk gaat in op de kenmerken van de GHB gebruiker en zijn relatie met het middel. In het tweede hoofdstuk wordt ingegaan op de GHB gebruiker en de zorg. In dit hoofdstuk staat informatie met betrekking tot behandeling en terugval in het gebruik. In de conclusie worden de deelvragen beantwoord en in de discussie wordt het literatuuronderzoek geëvalueerd en aanbevelingen worden gedaan.

1 Methode van literatuuronderzoek

In de methode van literatuuronderzoek wordt beschreven hoe dit onderzoek is verricht en met welk doel. Een belangrijk onderdeel van de methode staat beschreven in het zoekverslag die als bijlage B aan dit onderzoeksrapport is toegevoegd.

1.1 Doel en type onderzoek

Het doel van de literatuurstudie is meer inzicht krijgen in kenmerken van GHB gebruikers en terugval. Daarnaast worden de deelvragen zo mogelijk al (deels) beantwoord. De literatuurstudie is van beschrijvende aard. Er wordt een beschrijving gegeven de GHB gebruiker. De achtergrondkenmerken, psychologische kenmerken en sociale kenmerken zijn thema's die worden belicht. De behandeling bij GHB gebruik wordt besproken en er worden verschillende theorieën en modellen geïntroduceerd die een bijdrage leveren aan het verklaren van het gedrag van de GHB gebruiker.

1.2 Procedure en analyse

Om naar literatuur te zoeken is met name een systematische methode gebruikt. Dat houdt in dat er gericht naar literatuur is gezocht door middel van zoektermen. Een zoekverslag is bijgevoegd in bijlage B waarin staat beschreven hoe keuzes zijn gemaakt in het proces van het literatuur zoeken. Zo is gezocht naar artikelen via onder andere Google Scholar en Biep.nu. Telkens is vanaf het Fontys netwerk naar artikelen gezocht om toegang tot elk artikel te krijgen. Tijdens het zoeken naar literatuur is geselecteerd op relevantie. Niet alleen de relevantie in verband met het onderwerp, maar ook met publicatiedatum. GHB is de afgelopen vijf jaar in populariteit erg gestegen. Als zoektermen veel resultaten opleverden, is de periode aangepast in de zoekselectie vanaf 2008. De relevantie ten aanzien van het onderwerp, werd telkens bepaald aan de hand van de samenvatting. Elk geselecteerd artikel is gescand op bruikbaarheid, betrouwbaarheid en verband met de onderzoeksvraag. Wanneer literatuur op zowel bruikbaarheid, betrouwbaarheid en verband met de onderzoeksvraag scoorde, is middels de sneeuwbalmethode naar andere literatuur gezocht, dat wil zeggen dat er in de literatuurlijst van betreffende artikel is gezocht naar nieuwe literatuur.

2 Resultaten van het literatuuronderzoek

In een onderzoek van Sparreboom (2010) werd ontdekt dat spanningsbehoefte de belangrijkste voorspeller voor middelengebruik lijkt te zijn en blijkt er een significante relatie tussen psychopathologie en middelengebruik. Algemene gegevens over middelengebruik en welke determinanten van invloed zijn, zijn vaak bekend. In dit onderzoek wordt echter ingezoomd op de GHB gebruiker en de determinanten die specifiek van invloed zijn bij GHB gebruik. De resultaten van het literatuuronderzoek worden gebruikt om de deelvragen waar mogelijk al deels te beantwoorden. Om te komen tot beantwoorden van de onderzoeksvragen, is het van belang om naar de kenmerken van de gebruikers te kijken die al bekend zijn, naar de positieve en negatieve effecten die gebruikers (maar ook omgeving en maatschappij) ervaren, naar de behandeling en terugval van de GHB gebruiker en relevante modellen en theorieën.

2.1 De GHB gebruiker

In dit onderzoek staat de GHB gebruiker centraal. De achtergrondkenmerken, psychologische kenmerken en sociale kenmerken van deze specifieke doelgroep die in de literatuur zijn te vinden, staan in dit hoofdstuk beschreven. Het wie en waarom van de GHB gebruiker is terug te lezen in dit hoofdstuk. Een koppeling met de eigenschappen van het middel GHB is hier terug te vinden, evenals de positieve en negatieve effecten van GHB gebruik en de invloed hiervan op de gebruiker, zijn omgeving en de maatschappij.

2.1.1 Achtergrondkenmerken

GHB wordt sinds 2007 als aparte problematiek geregistreerd terwijl GHB voor die tijd onder overige middelen werd geregistreerd. Gegevens die bekend zijn over de gebruiker van GHB zijn dus vanaf 2007 pas beschikbaar. Vanaf 2007 tot 2012 is het aantal hulpvragers gegroeid en groeit nog steeds in aantal (Wisselink et al., 2013; Van Laar et al., 2013). Uit de kerncijfers van de verslavingszorg (het landelijk alcohol en drugs informatie systeem) blijkt dat ongeveer een derde van de GHB hulpvragers dagelijks GHB gebruikt. In 2012 waren er 761 hulpvragers met een gemiddelde leeftijd van 29,2 (Wisselink et al., 2013). De gemiddelde leeftijd in andere studies, zoals 26,8 in Brunt, Koeter, Hertoghs, van Noorden en van den Brink (2013), wijkt nauwelijks af. Wisselink (et al., 2013) ziet dat GHB gebruik niet uitsluitend een jongerenproblematiek is, getuige de gemiddelde leeftijd. Het aandeel jongeren (<25 jaar) in 2012 is ten opzichte van 2007 gedaald. De gemiddelde leeftijd is hierdoor toegenomen. In 2012 is één op de 8 hulpvragers ouder dan 40. De stijging echter ten opzichte van 2007 bij GHB hulpvragers heeft het meest plaatsgevonden tussen de 20 en 30 jaar oud, met een piek tussen de 22 en 24 jaar (Wisselink et al., 2013). Hoewel de gemiddelde leeftijd toeneemt, is de gemiddelde leeftijd van de GHB gebruiker aanzienlijk lager dan de verslavingszorg hulpvragers in het algemeen, die op 38,1 jaar komt (Wisselink et al in De Jong & Dijkstra, 2013). In tabel 1 is een overzicht te zien van een aantal kenmerken van GHB hulpvragers in 2012.

Tabel 1. Overzicht van kenmerken GHB hulpvragers 2012 (n=799)

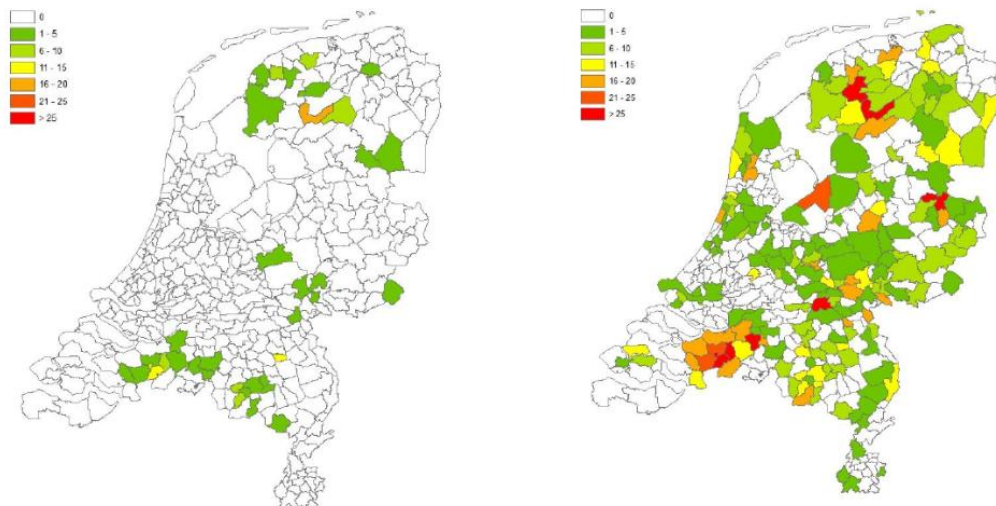
	2012
Aantal hulpvragers	799
Verhouding man : vrouw	67 : 33
Aandeel jongeren (< 20 jaar)	6%
Aandeel 40+	12%
Gemiddelde leeftijd	29.2
Verhouding autochtoon : allochtoon	93 : 7
Enkelvoudig : meervoudig gebruik	67 : 34
Aandeel nieuw in verslavingszorg	25%
Aandeel eerder in zorg voor GHB	56%
Dagelijks gebruik ³	33%

Overgenomen van "GHB hulpvraag in Nederland: Belangrijkste ontwikkelingen van de hulpvraag voor GHB problematiek in de verslavingszorg 2007-2012," door D.J. Wisselink en A. Mol, 2013, p. 3. Copyright 2013 Stichting IVZ.

Naast de cijfers met betrekking tot de leeftijd is te zien dat de verhouding tussen mannelijke en vrouwelijke hulpvragers respectievelijk 67 procent en 33 procent is. Meer mannen dan vrouwen (Wisselink et al., 2013; Voorham & Buitenhuis, 2012). Amerikaans onderzoek van Lee en Levounis (2008) bevestigt dat het overgrote deel

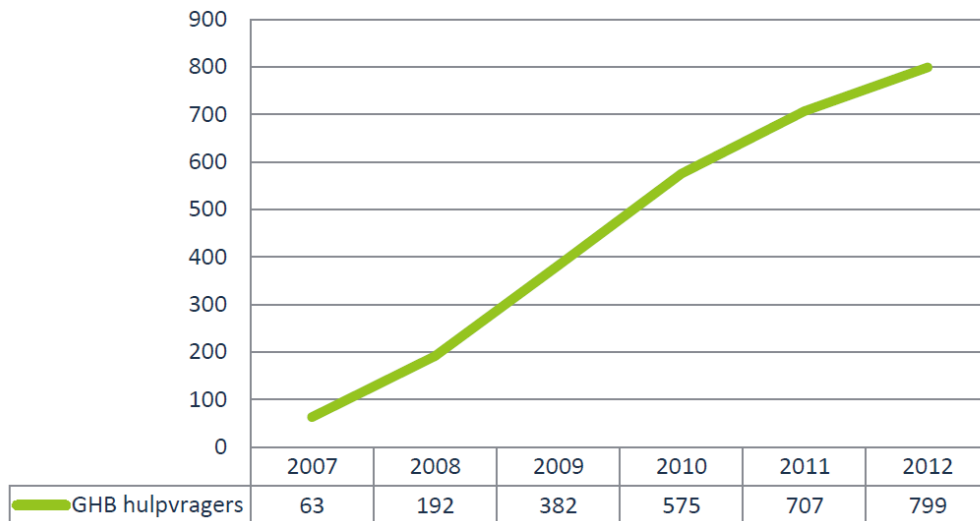
GHB gebruikers man is. Toch zijn er in vergelijking met andere middelen gerelateerde problematieken relatief veel vrouwen onder de GHB hulpvragers (Wisselink et al., 2013). Het aandeel autochtonen vergeleken met andere problematieken is eveneens hoog (Wisselink et al., 2013; Hammink & Schrijvers, 2012). De conclusies uit andere studies zijn dat de sociodemografische kenmerken van GHB hulpvragers niet zoveel verschillen van de kenmerken van XTC gebruikers en amfetaminen gebruikers. Dit komt overeen met de oorsprong van deze middelen in de partyscene volgens Brunt (et al., 2013).

Zoals in de inleiding al is aangegeven komt het recreatief gebruik van GHB het meest voor in de Randstad en is het problematisch gebruik van GHB veel meer geconcentreerd in andere regio's. De hulpvraag bij GHB gebruik was in 2007 vooral te zien in Noord-Brabant en Friesland. In 2012 is in deze regio's de hulpvraag bij GHB gebruik gestegen en heeft zich over meer regio's verspreid (Wisselink et al., 2013; Van Laar et al., 2013; De Jong & Dijkstra, 2013). Dit is visueel weergegeven in figuur 1: Aantal hulpvragers GHB problematiek per 100.000 inwoners 2007 en 2012.



Figuur 1. Aantal hulpvragers GHB problematiek per 100.000 inwoners 2007 en 2012. Overgenomen van "Kerncijfers verslavingszorg 2012: Landelijk alcohol en drugs informatie systeem," door D.J. Wisselink, W.G.T. Kuijpers en A. Mol, 2013, p. 68. Copyright 2012 Stichting Informatie Voorziening Zorg.

Niet alleen is er een verandering waarneembaar ten aanzien van de regio's waar de GHB problematiek zich tentoonspreid, ook in absolute aantallen is er een grote verandering, een enorme toename, zoals in de inleiding is beschreven. Het verplaatsen van GHB van lijst 2 naar lijst 1 van de Opiumwet in 2012, heeft de groei niet doen stagneren (Wisselink et al., 2013; Van Laar et al., 2013). De stijging is weergegeven in figuur 2: ontwikkeling van het aantal personen met een hulpvraag rondom GHB 2007-2012.



Figuur 2. Ontwikkeling van het aantal personen met een hulpvraag rondom GHB 2007-2012. Overgenomen van "GHB hulpvraag in Nederland: Belangrijkste ontwikkelingen van de hulpvraag voor GHB problematiek in de verslavingszorg 2007-2012," D.J. Wisselink en A. Mol, 2013, p. 3. Copyright 2013 Stichting IVZ.

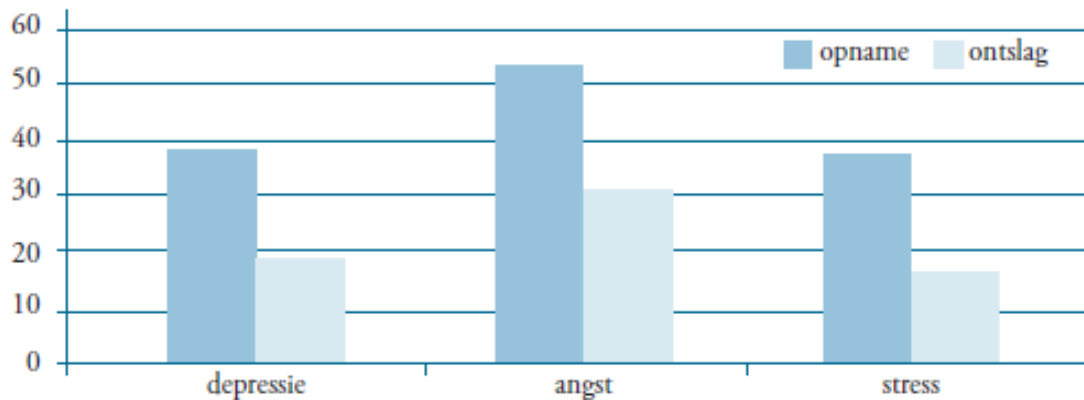
Een ruime meerderheid van GHB hulpvragers blijkt laag opgeleid en velen zijn werkloos (Brunt et al., 2013; De Jong & Dijkstra, 2013). Voorham en Buitenhuis (2012) zien vooral veel variëteit in kenmerken van de groep GHB gebruikers. Er zijn verschillende subgroepen onder GHB gebruikers te onderscheiden. Hammink en Schrijvers (2013) noemen (hang) jongeren, recreatieve (thuis)gebruikers en dagelijkse thuisgebruikers. Mogelijk dat de grootte van de steekproef en de specifieke subgroepen GHB gebruikers die te onderscheiden zijn op verschillen van invloed zijn.

GHB wordt vooral gebruikt door autochtone mannen, maar onder vrouwen wordt voor GHB in vergelijking met andere middelen relatief vaak hulp gevraagd. GHB problematiek betreft niet alleen jongeren, maar de gemiddelde leeftijd van GHB gebruikers ligt ruim 10 jaar onder de gemiddelde leeftijd van andere drugsgebruikers. Problematisch GHB gebruikers zijn vaker laag opgeleid en wonen veelal in Noord-Brabant, Friesland en Overijssel.

2.1.2 Psychologische kenmerken

Naast stoornissen die verband houden tot het middelengebruik, zijn veel voorkomende psychologische stoornissen bij GHB gebruikers stemmings- en angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en ADHD (De Jong & Dijkstra, 2013; Meerkerk et al., 2009). Suïcidaliteit wordt bij 12 gebruikers in onderzoek van het NISPA vastgesteld (De Jong & Dijkstra, 2013). Er is vaak sprake van comorbiditeit bij verslavingsproblematiek (Nevid, Rathus & Greene, 2008). Om gevoelens van depressie, angst, stress, woede en onrust tegen te gaan, wordt volgens Stein (et al., 2011) door gebruikers GHB genomen. Echter worden depressie, psychoses en agressie ook genoemd als gevolg van het gebruik (Meerkerk et al., 2009). Daarnaast vinden gebruikers zichzelf leuker als ze GBL (hoofdbestanddeel van GHB) hebben gebruikt (Bell & Collins, 2010).

Door 212 gebruikers is bij intake (afgenomen door hulpverleners) voorafgaand aan detoxificatie met farmaceutische GHB de DASS ingevuld. De DASS is een vragenlijst die depressie, angst en stress meet. De DASS wordt bij Novadic-Kentron afgenomen binnen een breder opgezette intakevragenlijst (de MATE). In het onderzoek van De Jong en Dijkstra (2013) onder deze GHB gebruikers die deelnamen aan deze detoxificatie, is gebleken dat bij klinisch behandelde GHB gebruikers vaak sprake is van ernstige psychologische problematiek. Na detoxificatie en ontslag na opname werd gebruikers opnieuw gevraagd de DASS in te vullen (De Jong & Dijkstra, 2013). De klachten waren aanzienlijk verminderd, zoals te zien in figuur 3.



Figuur 3. Scores van GHB patiënten op de schalen van de DASS boven de drempelwaarden bij opname en bij ontslag (in percentages). Overgenomen van "GHB Monitor: GHB detoxificatie met farmaceutische GHB," door C.A.J. de Jong en B.A.G. Dijkstra, 2013, p. 40. Nijmegen: Nijmegen Institute for Scientist Practitioners in Addiction (NISPA).

In dit zelfde onderzoek is GHB gebruikers naar hun psychische klachten gevraagd in de Brief Symptom Inventory (BSI). De gebruikers rapporteren vooral aan depressie en angst gerelateerde klachten, maar ook klachten in het cognitief functioneren. Na ontslag is door de gebruikers wederom de BSI ingevuld en ook hier is een daling te zien in klachten (De Jong & Dijkstra, 2013).

De GHB gebruiker heeft vaak te maken met klachten als depressie, stress en angst. In de literatuur wordt beschreven dat GHB gebruikt wordt om deze klachten te reduceren, maar ook dat gebruik deze klachten oproept.

2.1.3 Sociale kenmerken

Het gebrek aan sociale controle wordt door Meerkerk (et al., 2009) genoemd als reden om GHB te gebruiken. Dat het afhankelijk is van hoe deze sociale controle eruit ziet blijkt uit onderzoek van Hammink en Schrijvers (2012). De meeste GHB hulpvragers wonen alleen of bij hun ouders. Zo'n 7 procent is thuisloos (De Jong & Dijkstra, 2013). GHB wordt door de hangjongeren en recreatieve gebruikers gezien als 'sociale drug' en gebruiken meer of vaker als hun vrienden of partner GHB gebruiken (Hammink & Schrijvers, 2012). Met een overtuigende meerderheid geven zij aan dat zij via vrienden GHB ontdekte (De Jong & Dijkstra, 2013; Brunt et al., 2013). Dat vrienden GHB gebruiken is voor bijna 40 procent van de gebruikers een motief om GHB te gebruiken (Brunt et al., 2013). Sommige gebruikers denken meer vrienden te krijgen door het GHB gebruik omdat ze minder sociaal geremd zijn (Hammink & Schrijvers, 2012). Bijna 40 procent van de gebruikers in het onderzoek van het NISPA gebruikt GHB het liefst met vrienden, een veel kleiner percentage met de partner. Zeven van de tien gebruikers gebruiken GHB vooral als zij alleen zijn. Dat is opvallend, gezien de reputatie van GHB als 'sociale drug', mogelijk heeft dit te maken met verandering in het gebruik van recreatief gebruik/partydrug naar meer thuisgebruik. De Jong en Dijkstra (2013) zien in hun onderzoek dat tweederde van de gebruikers vooral thuis GHB neemt. Een derde van de gebruikers neemt het middel overal. De gebruikersomgeving is meestal niet hetzelfde als toen ze begonnen met het gebruik. Wat daarin opvalt is dat de gebruikers die aangeven recent "overal" GHB te nemen maar twee procent dit ook deden in het begin van het GHB gebruik. Niemand van de gebruikers gebruikte in het begin samen met partner, die dat nu wel doen. Veel gebruikers zijn in tegenstelling tot hoe dat in de beginfase van het gebruik was, geïsoleerd thuis GHB gaan nemen (de Jong & Dijkstra, 2013). Hoewel de aanschaf van GHB veelal verloopt via een dealer (45 procent), maken drie op de tien gebruikers het middel zelf en achttien procent neemt het middel af

van een vriend die GHB zelf maakt. GHB is namelijk relatief eenvoudig zelf te maken van GBL (hoofdbestanddeel) oftewel velgenreiniger en gootsteenontstopper. Dit maakt het middel goedkoop en eenvoudig aan te schaffen. Veel minder vaak wordt GHB via het internet aangeschaft (Van Laar et al., 2013; Meerkerk, Van Rooij, Amadmoestar & Schoenmakers, 2009; Voorham & Buitenhuis, 2012; De Jong & Dijkstra, 2013). De combinatie van veelal thuisgebruik en het eenvoudig zelf te maken middel, maken dat GHB gebruik vaak achter de voordeur verdwijnt. Van het gebruik onder hangjongeren zijn hun ouders vaak op de hoogte. In enkele gevallen leidde de invloed van ouders tot mindering van het gebruik, zoals bleek in een kwalitatief onderzoek van Hammink en Schrijvers (2012). Ook onderzoek van Stein (et al., 2011) laat zien dat vrienden gebruik stimuleren, terwijl familieleden het gebruik ontmoedigen. In Zembla (2013) komt naar voren dat het missen van begrenzing door ouders/opvoeders mogelijk bijdraagt aan het proberen en verslaafd raken aan drugs. Het missen van een dagstructuur draagt hier eveneens aan bij (Meerkerk et al., 2009). In een Amerikaans onderzoek wordt door het overgrote deel van de respondenten 'peer pressure' genoemd als reden om GHB te proberen (Lee & Levounis, 2008). Het gebruik van dagelijkse gebruikers had invloed op hun sociale omgeving (Hammink & Schrijvers, 2012). Zo bleek dat het dagelijks gebruik kan leiden tot bijvoorbeeld een relatiebreuk. Bij recreatief gebruik ligt dat anders. Recreatieve gebruikers merkten geen invloed van het GHB gebruik op hun sociale omgeving, wel andersom, namelijk dat hun GHB gebruik werd beïnvloed dóór hun sociale omgeving (Hammink & Schrijvers, 2013). Hoewel de reden voor gebruik vaak het bereiken van sociale ontremming blijkt te zijn, wordt het tegenovergestelde juist bereikt als de gebruiker afhankelijk wordt van het middel. Veel gebruikers rapporteren introversie en ongemotiveerd te zijn en te voelen dat ze juist falen in het aangaan en onderhouden van contacten (Bell & Collins, 2010; Stein et al., 2011).

GHB gebruik blijkt bij aanvang vooral een sociale aangelegenheid. Het gebruik begint met incidenteel tijdens een sociale aangelegenheid onder het bijzijn van anderen, maar verandert later in meer thuisgebruik en geïsoleerd gebruik, zonder anderen, waarbij sociale contacten aangaan juist moeilijker wordt. GHB verdwijnt makkelijk achter de voordeur, wat de meer intensieve gebruiker moeilijk te benaderen maakt.

2.1.4 Positieve effecten van GHB gebruik

GHB gebruikers rapporteren als redenen voor gebruik meestal: het vergeten van zorgen en problemen, zeker worden en meer durven en een euforisch gevoel (De Jong & Dijkstra, 2013; Van Laar et al., 2013; Meerkerk et al., 2009). De reden te gebruiken om problemen te vergeten wordt door de meeste gebruikers genoemd (De Jong & Dijkstra, 2013; Stein et al., 2011). GHB gebruikers nemen het middel om depressie, angst, stress, woede en onrust tegen te gaan (Stein et al., 2011). Dit komt overeen met de werking van het middel. GHB is namelijk getest in onderzoek en de effecten op slaap, depressie en onrust bleken veelbelovend (Bosch, Quednow, Seifritz & Wetter, 2012). In de jaren 60 is er farmaceutische GHB ontwikkeld en kort gebruikt als narcosemiddel. Vanwege de bijwerkingen, slechte pijnstillende werking, de moeilijkheid van doseren en de duur van het effect wordt het gebruik als narcosemiddel niet langer toegepast (Van Amsterdam et al., 2012). Het is eveneens gebruikt als medicatie tegen narcolepsie, omdat GHB de verstoorde slaap normaliseert, slapen overdag en kataplexie (spierverslapping) vermindert (Bosch et al., 2012; Caputo, Vignoli, Maremmanni, Bernardi & Zoli, 2009; Van Noorden, Kamal, de Jong, Vergouwen & Zitman, 2010). GHB kent ook een toepassingsvorm als voedingssupplement en een veilig bodybuilding- en vetverbrandingsmiddel (Van Noorden, 2012; Gonzalez & Nutt, 2005; Lee & Levounis, 2008). GHB is bekend als middel tegen alcohol onthoudingssyndroom (Kamal, Dijkstra, Van Iwaarden, Van Noorden & De Jong, 2013; Caputo et al., 2009). Het kon al vele toepassingsmogelijkheden alvorens GHB in een paar jaar tijd

enorm in populariteit steeg in de partyscene eind jaren 90, waar het ook bekend werd als ‘rapedrug’ vanwege de sedatieve eigenschappen en seksueel stimulerende werking (Thijssen, 2013; Van Laar et al., 2013). De werking van GHB is sterk afhankelijk van de dosering. Bij een lage dosering lijkt de werking op die van XTC en geeft GHB een euforisch gevoel, bij hogere dosering lijkt het op die van alcohol en geeft een meer dempend/ontspannend effect en bij nog hogere dosering werkt het als een anestheticum en heeft GHB een verdovende werking. GHB stimuleert, euforiseert, ontspant en verdooft (Van Amsterdam et al., 2012; Knudsen, Greter & Verdicchio, 2008; Voorham & Buitenhuis, 2012). Het middel geeft geen katergevoel na gebruik en ontwaken (Van Amsterdam et al., 2012; Hammink & Schrijvers, 2012). GHB werkt snel, maar kortdurend en in korte tijd gebruikt men steeds meer door de sterk toenemende tolerantie en lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid (De Jong in Zembla, 2013). Hoewel bij de helft van de GHB gebruikers in een onderzoek naar GHB detoxificatie met farmaceutische GHB die nu GHB gebruiken om problemen te vergeten, dit in het begin ook een reden is geweest, blijken er verschillen te bestaan tussen de actuele redenen van gebruik en de redenen in de beginfase (De Jong & Dijkstra, 2013). In tabel 2 staan de redenen genoemd zoals in onderzoek naar GHB detoxificatie met farmaceutische GHB van De Jong en Dijkstra (2013) voor het NISPA naar voren zijn gekomen. In andere onderzoeken worden vergelijkbare redenen gevonden. De positieve effecten van GHB, zoals het krijgen van een euforische en vrolijk gevoel en sociale ontremming, worden telkens genoemd (De Jong & Dijkstra, 2013; Hammink & Schrijvers, 2012; Gonzalez & Nutt, 2005).

Tabel 2. Redenen voor GHB gebruik – actueel en in de beginfase van gebruik (n=274). Gebruikers konden meerdere redenen aangeven.

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 euforisch 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

Overgenomen van “GHB Monitor: GHB detoxificatie met farmaceutische GHB,” door C.A.J. de Jong en B.A.G. Dijkstra, 2013, p. 33. Copyright 2013 Nijmegen Institute for Scientist Practitioners in Addiction (NISPA).

De redenen voor gebruik verschillen per subgroep. Onder hangjongeren zijn de positieve effecten van GHB de voornaamste redenen om te gebruiken. Onder (hang)jongeren worden ook gezelligheid genoemd, het uitblijven van een kater, tegengaan van verveling en het lustopwekkende effect (Hammink & Schrijvers, 2013). Seksuele ontremming speelt in alle subgroepen een rol bij het gebruiken van GHB, maar onder recreatieve thuisgebruikers blijkt het vaker één van de belangrijkste redenen voor het gebruik te zijn. Lee en Levounis (2008) ontdekten dat in Amerika onder 17 respondenten 15 van hen seksuele verlangens en plezier hadden tijdens het gebruik. Hammink en Schrijvers (2013) zien dat de recreatieve thuisgebruikers af en toe GHB gebruiken, maar alleen met anderen. Voor de recreatieve gebruiker zijn sociale ontremming en het lustopwekkende effect de belangrijkste redenen om

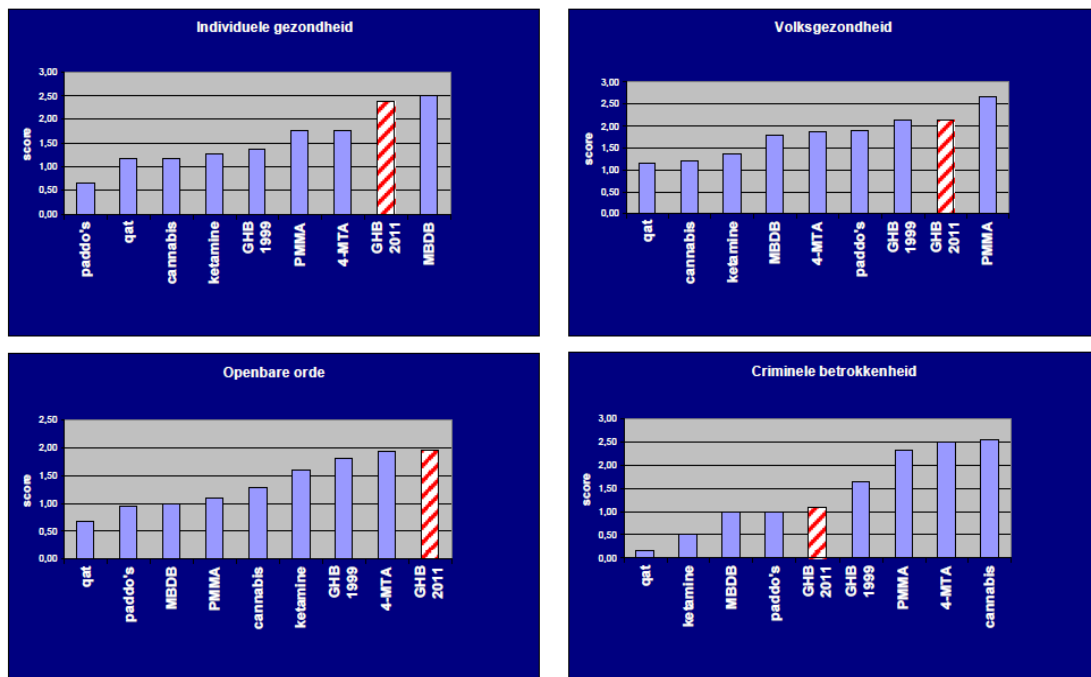
GHB te gebruiken (Hammink & Schrijvers, 2013). De redenen van de dagelijkse gebruiker worden aangevuld met het in slaap kunnen komen s' nachts, goed kunnen functioneren en het vergeten van problemen en zorgen (Hammink & Schrijvers, 2012; De Jong & Dijkstra, 2013). Het gebruik bij de dagelijkse gebruikers werd frequenter na veranderingen in hun leven, zoals baanverlies of een verhuizing (Hammink & Schrijvers, 2013). De thuisgebruikers probeerden het middel meestal in eerste instantie uit nieuwsgierigheid naar het effect. Problemen vergeten, onzekerheid verminderen of uit eenzaamheid probeerden zij GHB. Later hadden zij dan dagelijks GHB nodig om nog te kunnen functioneren of om te kunnen slapen (Hammink & Schrijvers, 2013). Drie hoofdredenen voor gebruik van GBL (hoofdbestanddeel van GHB) die genoemd worden in een onderzoek naar GBL afhankelijkheid en ontwenningsverschijnselen zijn sociale zekerheid, het faciliteren van seksuele activiteit en bevorderen van de slaap. Gebruikers melden dat het uitgegroeid is van een partydrug en recreatief gebruik, naar gebruik tegen slapeloosheid waarbij er telkens meer van het middel nodig was (Bell & Collins, 2010).

De redenen voor GHB gebruik veranderen naarmate de gebruiker het middel al kent en langer gebruikt. De veelgenoemde redenen om te beginnen met GHB zijn vergeten van zorgen en problemen, nieuwsgierigheid, de positieve effecten van het middel en seksuele en sociale ontremming. Depressie, angst, stress, woede en onrust tegengaan worden genoemd als positieve effecten, wat samenhangt met de werking en mogelijke toepassingen van GHB. GHB wordt vaker genoemd als middel tegen bijvoorbeeld depressie en slaapstoornissen. Redenen om GHB te blijven gebruiken zijn (naast de redenen om ermee te beginnen) in slaap komen, slapeloosheid tegen gaan, kunnen functioneren, ontwenningsverschijnselen tegen gaan.

2.1.5 Negatieve effecten van GHB gebruik

Het risico op lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid van GHB is matig tot groot, wat mede blijkt uit de explosief toegenomen hulpvraag in de verslavingszorg. Daar komt bij dat het risico op acute toxiciteit bij GHB gebruikers groot is. Dit heeft te maken met het geringe verschil in dosis waarbij een gewenst effect optreedt en waarbij de dosis tot bewustzijnsverlies leidt (Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs [CAM], 2011; Meerkerk et al., 2009). Er zijn aanwijzingen dat intensief GHB gebruik en overdoses kunnen leiden tot cognitieve schade (Van Amsterdam et al., 2012). Hoewel afhankelijk van de intensiteit van het GHB gebruik, is het stoppen met GHB niet zo makkelijk. De ontwenningsverschijnselen zijn ernstig en bovendien gevaarlijk (Van Noorden, van Dongen, Zitman & Vergouwen, 2009). Gemiddeld rapporteerden GHB gebruikers vijf ontwenningsklachten (minimaal één en maximaal acht) (De Jong & Dijkstra, 2013). Negatieve gevolgen van GHB gebruik (zoals ontwenningsverschijnselen) die door gebruikers worden beschreven, zijn trillen, zweten en afhankelijkheid van het middel om in slaap te komen. Slapeloosheid kwam in het onderzoek van Stein (et al., 2011) naar voren als het meest voorkomende ontwenningsverschijnsel en GHB wordt dan vaak weer gebruikt om de slapeloosheid tegen te gaan. Daarnaast zijn wanen, hallucinaties, extreme angsten, agressief gedrag, verwarring en delirium bekend bij zowel het gebruik van GHB als het GHB onthoudingssyndroom (Hammink & Schrijvers, 2012; Van Noorden et al., 2009; Knudsen et al., 2008; Van Noorden et al., 2010; De Jong & Dijkstra, 2013; Stein et al., 2011). Ook de extreme angsten bij de ontwenning van GHB worden door de gebruikers in ruim tweederde van de gevallen onderdrukt door weer GHB te gaan nemen, evenals bij depressie, woede en onrust (Stein et al., 2011). Paniekaanvallen en weerstand om dingen buitenshuis te ondernemen of enkel al de telefoon op te nemen, worden gerapporteerd. Ontwenningsverschijnselen kunnen weken aanhouden, soms zelfs maanden. Met name in de eerste 3 a 4 weken na detoxificatie worden de ontwenningsverschijnselen door de gebruikers ervaren.

Aanhoudende symptomen als angst en slapeloosheid zijn vaak ernstig (Bell & Collins, 2010). Sommige dagelijkse thuisgebruikers gebruiken slaapmedicatie zodat ze voldoende nachtrust krijgen (Hammink & Schrijvers, 2012). Het merendeel van de ondervraagde GHB gebruikers (86 procent, n=171) in een onderzoek van NISPA is ooit buiten bewustzijn geraakt door GHB gebruik. Bij meer dan de helft is dit nog geen maand eerder voor het laatst gebeurd. De meesten (68 procent) maakten zich nooit of zelden zorgen over het 'out gaan'. Gebruikers zien het 'out gaan' als iets wat er bij hoort en niet als iets waarvoor medische hulp ingeschakeld moet worden (Hammink & Schrijvers, 2012; de Jong & Dijkstra, 2013; Miotto et al. In Van Amsterdam et al., 2012; Zvosec et al. In Van Amsterdam et al., 2012; Zembla, 2013). Omdat GHB een lichaamseigen, natuurlijke stof is (GHB komt voor in onze hersenen als neurotransmitter gamma-aminoboterzuur), wordt het door gebruikers als een onschuldig middel gezien (Van Noorden et al., 2010; Meerkerk et al., 2009; Van Amsterdam et al., 2012). Met name jongeren dachten wel dat GHB een verslavend middel is, maar ze zijn van mening dat de gebruiker dit zelf in de hand heeft (Hammink & Schrijvers, 2012). Dat ligt anders bij de omgeving van de gebruiker (vrienden, partner, familie). De omgeving van de gebruiker maakt zich vaak of altijd zorgen (De Jong & Dijkstra, 2013). Bijna de helft van de GHB gebruikers is ooit bij de spoedeisende hulp geweest, variërend van 1 tot 12 keer, wat een verzesvoudiging is in zes jaar tijd (De Jong & Dijkstra, 2013; Van Amsterdam et al., 2012). Een op de vijf GHB gebruikers (n=38) is door GHB gebruik op de Intensive Care opgenomen geweest (De Jong & Dijkstra, 2013). Ook Van Laar et al. (2013) meldt een toename van GHB intoxicatie incidenten gesignaleerd op EHBO posten. Het percentage drugsgelateerde incidenten was 20 procent GHB gerelateerd in 2010 en dat is hoger dan op basis van aantal gebruikers verwacht zou worden (Voorham & Buitenhuis, 2012). De aard en omvang van meldingen van incidenten rondom GHB maakt dat het risico als groot wordt ingeschat voor de volksgezondheid op dit punt (CAM, 2011). Niet alleen in Nederland wordt gemeld dat GHB druk legt op de zorg door ambulance- en ziekenhuispersoneel. Ook in Groot-Brittannië, Zweden en de Verenigde Staten wordt dit probleem onderkend, evenals het gevaar voor de samenleving (Gonzalez & Nutt, 2005; Stein et al., 2011; Knudsen et al., 2008). Het aantal binnengebrachte patiënten in een ziekenhuis in Zweden met GHB intoxicaties was in 2004 al torenhoog vergeleken met intoxicaties van andere middelen. Daar wordt het een uitbraak genoemd. Een soortgelijke uitbraak is ook bekend in Californië, Zwitserland en Spanje (Knudsen et al., 2008). Verkeersincidenten ten gevolge van GHB gebruik zijn bekend. Gebruikers zien het hun vrienden doen en sommigen van hen rijden zelf ook auto onder invloed van GHB (Hammink & Schrijvers, 2013; Van Laar et al., 2013). Het risico op verminderde reactievermogen is groot (CAM, 2011). Stein (et al., 2011) ziet na onderzoek dat gebruikers weinig besef hebben van de gevaren rondom GHB. De negatieve effecten van het middel als verminderde impulsbeheersing, inter- en intrapersonlijke problemen en problemen met sociale interactie worden niet door gebruikers onderkend, terwijl de feiten zoals cijfers en bedragen rondom arrestaties, gevangenisstraf en ziekenhuis opnamen getuigen van behoorlijke consequenties van GHB gebruik (Stein et al., 2011). In figuur 4 (CAM, 2011) is te zien hoe het risico van GHB gebruik in 2011 op verschillende domeinen wordt ingeschat vergeleken met andere middelen en vergeleken met hoe GHB gebruik qua risico's werd ingeschat in 1999.



Figuur 4. Rangschikking naar risicoscore per categorie voor de verschillende middelen. Overgenomen van "Risicoschatting gamma-hydroxyboterzuur 2011," door CAM, 2011, p. 19. Copyright 2011 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

De vele gevaren en het risico op dood door overdosis, geven volgens Knudsen (et al., 2008) een indicatie dat GHB als net zo gevaarlijk als heroïne mag worden aangemerkt.

Gebruik van GHB kent dus vele gevaren en negatieve effecten. Gebruikers worden snel van GHB afhankelijk en onderschatten de gevaren bij GHB gebruik terwijl de gevaren overduidelijk aanwezig blijken. De attitude van de GHB gebruiker blijkt helemaal niet negatief ten opzichte van het middel. Waarschijnlijk heeft dit te maken met de positieve effecten en redenen van GHB gebruik. Overdosering, out gaan, ziekenhuisopname zijn grote risico's, maar ook onderdosering bij afhankelijkheid kent gevaren. De ontwenningssverschijnselen zijn zo ernstig dat dit een reden wordt om door te gaan met GHB gebruik.

2.2 De GHB gebruiker en de zorg

De GHB gebruiker laat zich steeds vaker zien in de zorg. Dat blijkt uit het groeiend aantal ziekenhuisopnamen en hulpvragen in de verslavingszorg. In dit hoofdstuk wordt verder ingezoomd op de huidige behandeling van de GHB gebruiker om hem te helpen abstinentie te bereiken. Vanwege de hoge terugvalcijfers wordt aan de terugval expliciet aandacht besteed.

2.2.1 Behandeling van de GHB gebruiker

Eerder bleek al dat de afgelopen jaren GHB gebruik verschoven is naar meer thuisgebruik in plaats van partydrug. Hammink en Schrijvers (2012) ontdekten in hun onderzoek dat de dagelijkse (thuis)gebruikers van GHB allen hulp gezocht hadden voor hun gebruik. De hangjongeren gaven aan veel te hebben aan de jongerenwerker voor wat betreft het bespreken van persoonlijke zaken en hun middelengebruik. Onder de hangjongeren en recreatieve thuisgebruikers wordt geen noodzaak gezien om hulp te zoeken voor hun GHB gebruik (Hammink & Schrijvers, 2012). In het onderzoek van Stein (et al., 2011) is te zien dat gebruikers voor het overgrote deel geen motivatie

hebben om iets in hun gebruik te veranderen, wat blijkt uit de 32 procent (van de 59 respondenten) die geen verandering overweegt en daarmee in de precontemplatie fase zitten. De gebruikers die hun gebruik wel willen veranderen, worden hierin belemmerd door de druk die ze van anderen voelen en de fysieke drang te gebruiken. In het veranderen van het gebruik lijken gebruikers vooral terug te vallen op cognitieve (ontwijkende) coping vaardigheden die gebruik voorkomen, zoals 'gevoelssurfen' (de gebruiker staat juist stil bij het gevoel van 'trek' om te ervaren dat deze vanzelf afneemt) in plaats van meer actieve gedragsmatige coping strategieën, zoals het bellen van een vriend (Stein et al., 2011).

In het onderzoek van Brunt (et al., 2013) bleek ruim de helft van de 75 hulpvragers het GHB gebruik te combineren met andere sedatieven en bijna de helft combineerde GHB met stimulantia. Hoe afhankelijk de hulpvrager is van GHB bleek sterk samen te hangen met dit gecombineerde gebruik en slaapproblemen (Brunt et al., 2013).

Wisselink en Mol (2013) zien dat primaire GHB gebruikers vaak alleen GHB gebruiken (66,8 procent). Als gebruikers GHB toch combineerden, gebruikten zij veelal amfetaminen, cocaïne, alcohol en cannabis (Wisselink & Mol, 2013).

Vanwege de ernstige ontwenningsverschijnselen en soms levensbedreigende onthoudingssyndroom (hartritmestoornissen, hoge bloeddruk, grote kans op een epileptische aanval of delirium) worden de meeste GHB gebruikers behandeld in een bewaakte intramurale setting (bijvoorbeeld klinische opname). Cold Turkey stoppen met GHB gebruik is levensgevaarlijk en daarom is ondersteuning bij detoxificatie van levensbelang (Kamal, Van Iwaarden, Dijkstra & de Jong, 2013; Meerkerk et al., 2009; Van Noorden, 2012). Tijdens deze detoxificatie krijgt het overgrote deel van de gebruikers naast de farmaceutische GHB andere medicatie, ter bestrijding van de onthoudingsverschijnselen of complicaties (De Jong & Dijkstra, 2013). Extramurale zorg (ambulante begeleiding) komt minder vaak voor. Recent onderzoek laat enkele richtlijnen zien waaraan dient te worden voldaan om ambulant begeleid te kunnen worden waarbij het biopsychosociaalmodel in ogenschouw is genomen. Belangrijke speerpunten zijn dan de frequentie van het gebruik, hoeveelheid van het gebruik, psychiatrische comorbiditeit en steun en stabiliteit in het systeem (Kamal, Van Iwaarden et al., 2013). Het wel of niet hebben van een sociaal steunend netwerk is volgens Meerkerk (et al., 2009) belangrijk voor de keuze in aanpak van het gebruik. De GHB gebruiker kan daarnaast alleen geholpen worden door de verslavingszorg als de gebruiker zijn probleem onderkent en een hulpvraag heeft. Meerkerk (et al., 2009) ontdekte dat onderkenning van het probleem door de GHB gebruiker zelf weinig voorkomt.

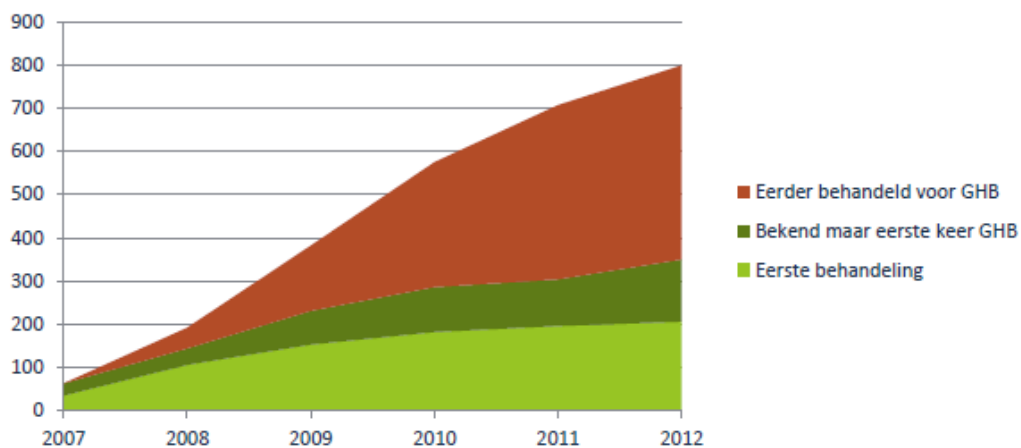
Zoals verslavingsdeskundige De Jong al zegt in Zembla (2013): "We kunnen ze wel helpen met stoppen, maar we kunnen ze nog niet goed genoeg helpen om ook niet terug te vallen." In de literatuur is vooral een focus te zien op het stoppen met GHB en de biologische kant ervan, maar niet op behandeling van het psychologische stuk en het traject wat volgt na het stoppen. Detoxificatie is slechts een fase in de behandeling, waarna het belangrijk is om te kijken naar de behoeften en mogelijkheden van de cliënt (De Jong, Van Hoek & Jongerhuis, 2004). Na de detoxificatie ontbreekt het volgens de geïnterviewde gebruikers in een onderzoek van Oliemeulen en Van der Poel (2008) aan verdere behandeling. Als er nazorg is, bestaat deze meestal uit wekelijkse gesprekken (individueel of in een groep) met een therapeut. Dit sluit veelal niet aan op persoonlijke wensen van de cliënt (Oliemeulen & Van der Poel, 2008). Volgens Buisman (2007) maakt de vorm of de setting van de nazorg echter niet uit, wel de frequentie en de duur van de interventies. Hoe hoger de frequentie en hoe langer de duur, hoe beter de resultaten. Dit is bijvoorbeeld te zien aan de verminderde ernst van de terugval wanneer zich een terugval voordoet (Buisman, 2007; Verster, 2005). De gebruiker zelf heeft veel behoefte aan een continue bereikbaarheid en steun van

verslavingszorg wanneer hij/zij het moeilijk heeft. Er is een ervaren gat tussen de behoefte aan hulp en wanneer de hulpverlening feitelijk tijd voor de gebruiker heeft. Daarnaast speelt het ontbreken van zingeving of dagbesteding een grote rol (Oliemeulen & Van der Poel, 2008; preventiewerker van Novadic-Kentron, persoonlijke communicatie, 20 maart 2014). Nazorg in het algemeen heeft een positieve invloed op de tijdens de klinische behandeling bereikte resultaten (Buisman, 2007). Dat er bij gebruikers vaak sprake is van psychische klachten is in dit onderzoek al beschreven. Van Noorden (et al., 2010) ziet ook dat na het stoppen met GHB gebruik een intensieve behandeling noodzakelijk is, met name als er sprake is van co-morbiditeit. Tijdens de detoxificatie wordt volgens de toeleiding GHB Behandeling van Novadic-Kentron de aandacht gericht op het afbouwen van het gebruik (Novadic-Kentron, z.j.). Daarnaast is volgens een behandelaar van Novadic-Kentron (persoonlijke communicatie, 19 maart 2014) de nazorg van GHB gebruikers gelijk aan die van andere gebruikers en bestaat deze uit individuele gesprekken, begeleid wonen, dagbesteding op 'Novafarm' etc. Op de website van Novadic-Kentron (<http://www.novadic-kentron.nl/>) staat te lezen dat in de behandeling gewerkt wordt volgens de Community Reinforcement Approach (CRA). Bij de behandeling van verslaving worden positieve alternatieven voor de verslaving aangereikt. Door positieve bekrachtigers in te zetten (gezin, werk, vrienden, vrije tijd) als beloning, wordt geprobeerd het gedrag van cliënten te veranderen (Roozen, Meyers & Smith, 2013).

Het groeiende aantal GHB gebruikers die hulp vragen terwijl gebruikers de problematiek maar weinig onderkennen volgens de verschillende bronnen, laat mogelijk zien dat de groei in hulpvragers slechts het topje van de enorme problematiek is. De hulpvragers worden vaak behandeld met detoxificatie, die veelal goede resultaten heeft. Begeleide detoxificatie bij GHB gebruik en een sociaal steunend netwerk zijn essentieel voor het bereiken en volhouden van abstinentie. De nazorg sluit echter vaak niet aan op de detoxificatie of op de wensen van de cliënt. In de literatuur is eveneens een focus te ontdekken op de detoxificatie van GHB, maar er is weinig beschreven of onderzocht ten aanzien van nazorg.

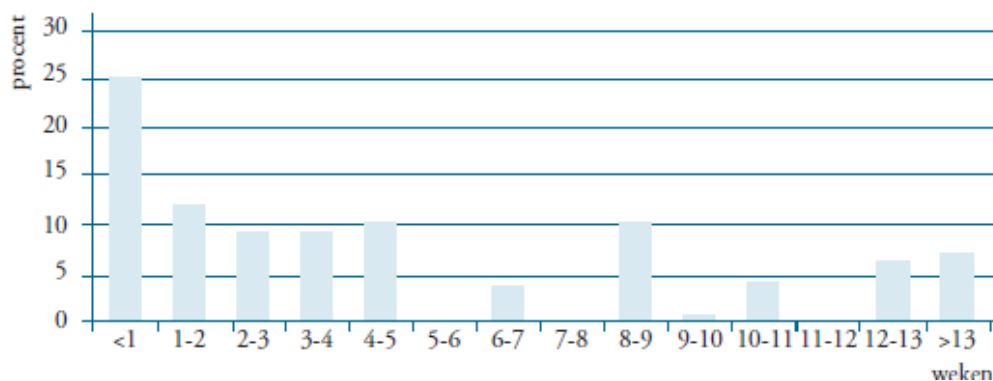
2.2.2 Terugval in GHB gebruik

De terugval bij GHB gebruikers na afkicken is zo'n 60 procent. Dat is meer dan het percentage heroïne- of alcoholgebruikers dat terugvalt ("Terugval Na Afkicken," 2013; Zembla, 2013; Van Laar et al., 2013). De zichtbare stijging van de totale groep GHB hulpvragers, komt voornamelijk door de groep die terugkomt naar de verslavingszorg of ingeschreven blijft. In 2012 valt ongeveer driekwart van de GHB hulpvragers onder deze groep. GHB hulpvragers hebben lang zorg nodig en komen ook vaak terug in de zorg. Van de ingeschreven hulpvragers in 2012 met een primaire GHB problematiek, had 63 procent deze problematiek ook bij de eerste inschrijving. Het merendeel van de GHB hulpvragers heeft meer periodes in de verslavingszorg gekend zoals te zien in figuur 5: eerste behandelperiode versus eerder in verslavingszorg ingeschreven in de periode 2007-2012 (Wisselink & Mol, 2013).



Figuur 5. Eerste behandelperiode versus eerder in verslavingszorg ingeschreven in de periode 2007-2012. Overgenomen van "GHB hulpvraag in Nederland: Belangrijkste ontwikkelingen van de hulpvraag voor GHB problematiek in de verslavingszorg 2007-2012," door D.J. Wisselink en A. Mol, 2013, p. 8. Copyright 2013 Stichting IVZ.

Voor het risico op terugval in GHB gebruik wordt volgens Meerkerk (et al., 2009) gezorgd door de sterke lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid. Dit is bij elke verslaving. Bij GHB lijkt de afhankelijkheid echter sterker aanwezig te zijn. Na de detoxificatie blijft acht procent van de GHB hulpvragers langer dan drie maanden abstinente. Ongeveer tweederde van de GHB hulpvragers met in ieder geval één heropname, heeft in de zes maanden voor heropname een periode van abstinente gekend (De Jong & Dijkstra, 2013). De grootste groep GHB gebruikers die terugvalt, valt na de eerste week abstinente terug zoals te zien is in figuur 6. Dit is waarschijnlijk een groep die al langer verslaafd is aan het middel. In figuur 6 is de duur van de abstinenteperiode in weken aangegeven van 229 deelnemers aan de GHB monitor; onderzoek naar GHB detoxificatie met farmaceutische GHB (De Jong & Dijkstra, 2013).



Figuur 6. De duur van de abstinenteperiode in weken (n=229). Overgenomen van "GHB Monitor: GHB detoxificatie met farmaceutische GHB," door C.A.J. de Jong en B.A.G. Dijkstra, 2013, p. 40. Copyright 2013 Nijmegen Institute for Scientist Practitioners in Addiction (NISPA).

Uit de resultaten van het onderzoek van Stein (et al., 2011) bleek dat bijna alle respondenten een poging hadden gedaan om met het GHB gebruik te stoppen, maar dat ze ook allen weer terugvielen in gebruik. De Jong en Dijkstra (2013) zien in hun onderzoek dat driekwart van de gedetoxificeerde GHB gebruikers in de drie maanden tussen ontslag en de follow-up meting een abstinente periode hebben gehad. Deze periode van abstinente was

gemiddeld ruim 8 weken. Een kwart van de GHB gebruikers was bijna meteen na detoxificatie teruggevallen in GHB gebruik (De Jong & Dijkstra, 2013). Van de gebruikers die de detoxificatie periode tot het einde heeft volgehouden, is 74 procent een periode abstinente geweest. Van de gebruikers die de detoxificatie niet hebben volbracht, is 80 procent een periode abstinente geweest. Het wel of niet afronden van de detoxificatie laat geen verband zien met de kans op het wel of niet terugvallen in GHB gebruik (De Jong & Dijkstra, 2013). Van de 40 procent van de teruggevallen GHB gebruikers in de drie maanden tijd tussen de detoxificatie en follow up meting, is als gevolg van GHB gebruik in diezelfde periode minimaal één keer 'out' gegaan (de Jong & Dijkstra, 2013). Van Ansum (2012) stelde dat het vaak de thuisgebruikers die dagelijks GHB gebruiken zijn die hulp vragen, maar dat in deze groep de terugval erg hoog is. Het terugkeren naar de oude omgeving kan craving oproepen door conditionering (Nevid et al., 2008).

De detoxificatie van GHB is vaak succesvol, maar volgens Oliemeulen en Van der Poel (2008) gaat het mis bij de overgang van intensieve zorg naar de thuissituatie en de ontbrekende hulp daarbij. Een verpleegkundige van de detox afdeling van Novadic-Kentron (persoonlijke communicatie, 21 februari 2014) ziet ook dat het terugkeren van de GHB gebruiker in de oude leefomgeving, onderschatting van de verslaving en het gebrek aan direct op de detox aansluitende behandeling een rol spelen in de terugval. Dat de terugkeer naar dezelfde omgeving en vrienden een rol speelt in de terugval onderschrijft ook een behandelaar van Novadic-Kentron (persoonlijke communicatie, 19 maart 2014), met de kanttekening dat dit voor alle middelen geldt. Een preventiewerker van Novadic-Kentron ziet de combinatie tussen blijvende omgang met gebruikersvrienden, ontbreken van dagbesteding en onzekerheid in de eerste periode na detoxificatie als factoren die inspelen op een terugval (persoonlijke communicatie, 20 maart 2014). Oliemeulen en Van der Poel (2008) zeggen dat de thuissituatie na de veilige behandelingssetting als erg onveilig wordt ervaren. Niet alleen gaat dit over de omgeving die als onveilig wordt ervaren, maar ook over onzekerheid of ze sterk genoeg zijn om wat ze geleerd hebben in de behandeling in praktijk te kunnen brengen (Oliemeulen & Van der Poel, 2008). De eigen effectiviteit lijkt niet sterk genoeg om een terugval tegen te gaan. Nazorg heeft onder andere als doel het verminderen van de kans op terugval en het beperken van de duur, ernst en schade van een eventuele terugval (Buisman, 2007; Verster, 2005). Een onderdeel van de nazorg kan een terugvalpreventietraining zijn. Dit is een cognitief-behavioristische methodiek ter voorkoming van terugval in gebruik. Het leren omgaan met risicosituaties of deze vermijden en het vermijden van overreactie op eenmalige terugval, zijn zaken die de cliënt geleerd worden (Nevid et al., 2008; Verster, 2005).

Gesteld kan worden dat terugval bij GHB gebruikers een groot probleem vormt. Veel gebruikers vallen bijna direct terug in gebruik na het bereiken van abstinentie. Dit wijst op gebrek aan de juiste nazorg en begeleiding in het volhouden van abstinentie. Zowel in de praktijk als in de literatuur worden soortgelijke determinanten genoemd die van invloed zijn op terugval (in GHB gebruik), zoals terugkeer naar oude omgeving/vrienden (conditionering speelt een rol) en onzekerheid (over de eigen effectiviteit).

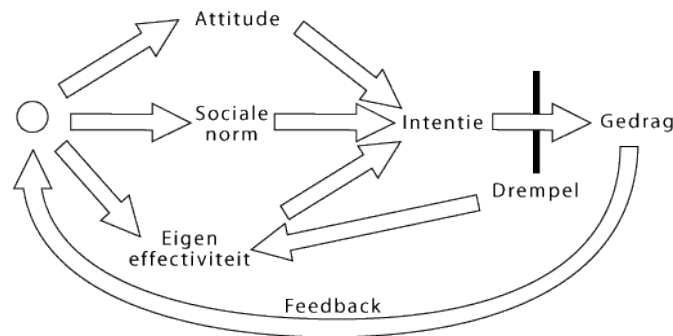
3.3 Modellen en theorieën

In dit hoofdstuk staan de modellen en theorieën beschreven die een (hoofd)rol spelen in het GHB gebruik. Het biopsychosociaal model wordt toegelicht omdat dit model bij Novadic-Kentron centraal staat. De theorie van gepland gedrag / het ASE model is een hulpmiddel om gedrag te voorspellen. Het transtheoretisch model / het model van de veranderingsfasen is een hulpmiddel voor het begrijpen en inspelen op de veranderingsfasen. Conditionering wordt uitgelegd omdat dit mede verklaart waarom gebruikers terugvallen.

Zowel klassieke als operante conditionering spelen een rol in het gebruik van drugs, conditionering is volgens het leerperspectief de basis van verslavingsgedrag. Operante conditionering door bekrachtiging van het gebruikersgedrag door het uitblijven van onaangename onthoudingsverschijnselen en bekrachtiging van het gebruik door peers in de vorm van waardering, erbij horen. Klassieke conditionering speelt een grote rol bij terugval: het terugkeren naar huis na een klinische behandeling, kan reacties op drugscues in betreffende omgeving met zich meebrengen (Nevid et al., 2008; Vonk, 2008). In dit onderzoek is de nadruk gelegd op de psychologische en sociale kant van GHB gebruik en terugval. Bij Novadic-Kentron wordt verslaving benaderd vanuit het biopsychosociale model van Engel (1977). Dit model is een complexe en multidimensionale verklaring voor gedrag en beleving van gezondheid en ziekte van mensen. Dit model verklaart aan de hand van de interactie tussen biologische processen en invloeden van psychologische en sociale aard (Morrison & Bennett, 2010). Voor het verklaren van verslavingsgedrag, en voor dit onderzoek specifiek GHB gebruik, zijn deze drie componenten essentieel en staan in verbinding met elkaar. Een model in opkomst in de verslavingszorg is het stagerings- en profileringsmodel van Van den Brink en Schippers (2012). Dit model benadert de verslaving met name vanuit een neurobiologische invalshoek. In dit onderzoek ligt de nadruk op psychologische en sociale factoren, maar de biologische kant speelt eveneens een grote rol bij verslaving. In het model van Van den Brink en Schippers (2012) wordt een vergelijking getrokken tussen verslaving en de oncologie. Het model laat zien dat het belangrijk is om gebruikers niet alleen te behandelen in het eindstadium van de verslaving, maar juist aandacht te hebben voor de ontwikkeling, beginnend bij de voorstadia. Daarnaast pleiten Van den Brink en Schippers (2012) voor individualiteit van de behandeling en zorg op maat. Dit komt overeen met wat er in het literatuuronderzoek gevonden is met betrekking tot behandeling.

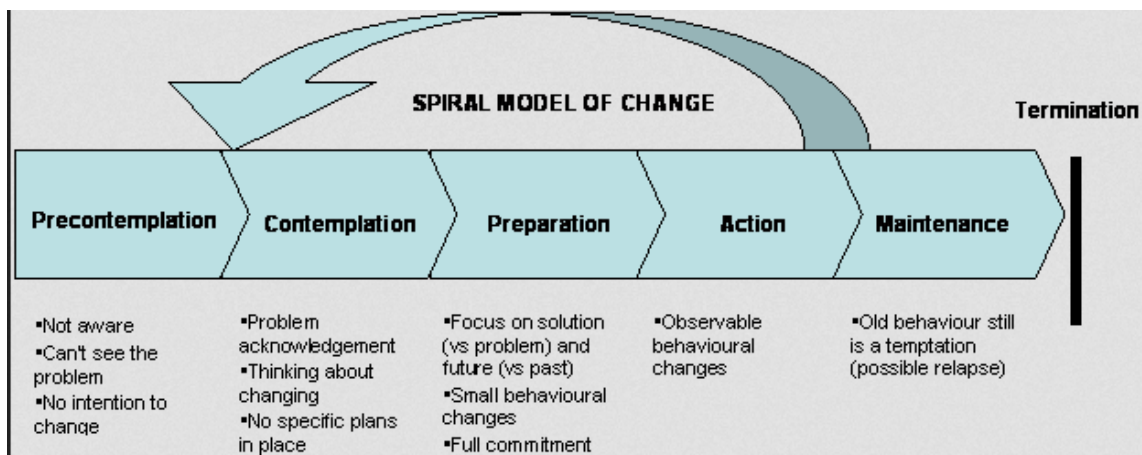
Zoals te lezen in de literatuur is er met de behandeling vooral vanuit biologisch perspectief beredeneerd en zijn de psychologische en sociale componenten nog onderbelicht gebleven. Omdat GHB een sociale drug is, is voor het voorspellen en begrijpen van het verslavingsgedrag gekeken naar theorieën en modellen die een expliciet sociaal component bezitten. Een passend model is gevonden in het ASE model. De theorie van gepland gedrag van Ajzen (2005 in Brug, Van Assema & Lechner, 2008) en het ASE model van De Vries (et al., 1988 in Brug et al., 2008) zijn hulpmiddelen bij het voorspellen van gedrag en hebben zoveel gemeen dat ze voor elkaar inwisselbaar zijn. Er zit een nuanceverschil in het gebruik van terminologie (Brug et al., 2008). Juist vanwege de terminologie is het ASE model gekozen om toe te passen bij het gebruik van GHB. Het ASE model gebruikt 'sociale invloed' als term in tegenstelling tot de 'subjectieve norm' van de theorie van gepland gedrag. Volgens Brug (et al., 2008) onderscheidt het ASE model drie soorten sociale invloeden, namelijk: subjectieve norm, sociale druk of sociale steun en modeling of voorbeeldgedrag. Omdat uit het literatuuronderzoek is gebleken dat alle drie de soorten sociale invloed zoals omschreven in het ASE model van invloed zijn op het GHB gebruik, is ervoor gekozen het ASE model als basis te gebruiken. Brug (et al., 2008) toont dat het ASE model is gebaseerd op attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit. Attitude van de GHB gebruiker tegenover het middel is erg positief, het is een sociale drug, waardoor het gebruik van GHB tot een sociale norm wordt verheven. Gebruikers voelen een druk (peerpressure) te gebruiken. De sociale invloed is erg groot. De eigen effectiviteit van de gebruiker om te stoppen met gebruik of om 'nee' te zeggen is (mede door deze factoren) klein. Na behandeling heeft hij angst en weinig vertrouwen dat hij in de eigen omgeving abstinentie vol kan houden. Attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit zijn de drie determinanten die tezamen de gedragsintentie van de gebruiker vormen die leidt tot het uiteindelijke gedrag. Op

het vertoonde gedrag komt feedback van de omgeving wat weer invloed uitoefent op de attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit (Brug et al., 2008). Een weergave van het ASE model is te zien in figuur 7.



Figuur 7. Het ASE model van De Vries.

Duidelijk is wat het gebruik stuurt volgens het ASE model, maar het geeft ook aanwijzingen richting verandering. Deze aanwijzingen zijn tweeledig. Het veranderen van de lage eigen effectiviteit verwachting is met name belangrijk als de gebruiker tot daadwerkelijke gedragsverandering wil komen. Dit speelt zeker een rol bij de terugvallende GHB gebruiker. Het transtheoretische model van Prochaska en Di Clemente (in Morrison & Bennett, 2010) laat echter zien dat de GHB gebruiker veelal in de precontemplatiefase zit. Hoewel het transtheoretische model geen evidence based model is, is dit wel een gangbaar model in de verslavingszorg. In figuur 8 zijn de gedragsveranderingsfasen afgebeeld met de kenmerken die bij betreffende fasen passen.



Figuur 8. De gedragsveranderingsfasen volgens het transtheoretische model van Prochaska en Di Clemente.

Het model toont dat het een proces is en er tijdens dit proces kan worden teruggevallen naar eerdere stadia. Dat de meeste GHB gebruikers in de precontemplatiefase zitten, blijkt uit de kenmerken: de gebruiker ziet geen probleem, voelt zich niet betrokken, is niet bewust en heeft zeker geen plan het gebruikersgedrag te veranderen. Hij ervaart geen noodzaak te stoppen met het gebruik. De negatieve consequenties zijn erg minimaal volgens gebruikers. Ziekenhuisopnames worden eerder stoer gevonden en dus bekrachtigd in plaats van dat het de gebruikers zorgen baart. Dit betekent echter niet dat de gebruikers niet geïnteresseerd zijn in de gevolgen van hun gedrag en de voordelen van ander gedrag. Oorzaken van deze 'precontemplatieve' attitude zijn gebrek aan kennis en informatie, waardoor er motivatie ontbreekt te veranderen. Ook kan de gebruiker angstig zijn. Andere

problemen worden belangrijker gevonden dan het gebruik. Het is de moeilijkste fase om gedragsverandering te realiseren (Morrison & Bennett, 2010). De terugvaller verkeert in de contemplatiefase. Er is bewustzijn, hij erkent het probleem. Om een nieuwe terugval te voorkomen is het essentieel om te werken aan het verhogen van de eigen effectiviteitsverwachting. Als de gebruiker vertrouwen voelt dat hij de tools in huis heeft om cues te weerstaan, nee kan zeggen enzovoorts, is de verwachting dat er minder sprake zal zijn van (ernstige) terugval.

3 Conclusie en Discussie

Aan de hand van de resultaten uit dit literatuuronderzoek worden antwoorden op de deelvragen gegeven en conclusies getrokken. Daarna worden in de discussie de beperkingen van dit onderzoek belicht, kritische noten geplaatst en aanbevelingen voor vervolgonderzoek worden gedaan.

3.1 Conclusie

In antwoord op de deelvraag *Wat kenmerkt de GHB gebruiker?* kan worden gesteld dat de jonge leeftijd kenmerkend is voor de GHB gebruiker. Hoewel het niet alleen een problematiek onder jongeren is, is de hulpvraag gestegen bij gebruikers tussen de 20 en 30 jaar oud, vooral tussen de 22 en 24 jaar. Hoewel de meeste gebruikers man zijn, is GHB problematiek onder vrouwen relatief groot in vergelijking met andere middelen. Het betreft voor het overgrote deel autochtonen. De GHB gebruiker woont vaak alleen of bij de ouders. GHB is een populair middel onder partybezoekers en met name onder liefhebbers van hardcore house/techno. Gebruikers zien GHB als sociale drug. Een motief om te gebruiken is voor velen dat vrienden gebruiken. De 'peerpressure' is hoog. De eerste keer GHB gebruiken, gebeurt bijna altijd in gezelschap en ook daarna blijft het gebruik zich met name bij en met anderen voortzetten. GHB is erg snel verslavend waardoor dit 'sociale gebruik' snel verandert naar meer thuisgebruik en geïsoleerd gebruik. Het GHB gebruik houdt verband met stemmings- en angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en ADHD. Er is vaak sprake van comorbiditeit. GHB gebruikers nemen het middel om gevoelens zoals angst, woede, depressie te dempen. Dat specifiek GHB daarvoor gebruikt wordt, heeft mogelijk te maken met de verschillende werkingen en toepassingen van het middel, zoals de werking tegen depressie en slaapstoornissen. GHB is voor verschillende gebruikers interessant, juist door de verschillende werkingen van het middel. Wat een opvallend kenmerk blijkt te zijn van de GHB gebruiker is de positieve attitude ten opzichte van het middel en het onderschatten van de gevaren en risico's die kleven aan het beginnen of voortzetten van het GHB gebruik. Veel gebruikers zitten in de precontemplatie fase, waardoor verandering van het gebruikersgedrag bemoeilijkt wordt.

In antwoord op de deelvraag *Welke redenen hebben personen om GHB te gebruiken?* kan worden gesteld dat het vergeten van problemen en zorgen door de meeste gebruikers als reden wordt genoemd. Zeker worden/meer durven en een euforisch gevoel, zijn redenen die ook vaak worden genoemd. De reden die door alle gebruikers wordt genoemd, is de positieve effecten van het middel. Toch zijn er verschillen te zien in redenen tussen bepaalde groepen gebruikers. Zo noemen (hang)jongeren gezelligheid, uitblijven van een kater, tegengaan van verveling en het lustopwekkende effect als redenen voor het gebruik van GHB. De belangrijkste redenen voor de recreatieve gebruiker zijn sociale ontremming en het lustopwekkende effect. De dagelijkse (thuis)gebruiker noemt, naast alle eerdergenoemde redenen, het in slaap kunnen komen s' nachts, goed kunnen functioneren en het vergeten van problemen en zorgen. Voor de thuisgebruikers geldt dat veranderingen in hun leven effect hadden op de frequentie

van hun gebruik. Dat het middel gebruikt wordt om gevoelens van depressie, angst etc. te dempen, houdt een vicieuze cirkel in stand omdat het gebruik van GHB deze gevoelens ook op kan roepen. Redenen om GHB te proberen en om het gebruik voort te zetten verschillen ook. Redenen om het te proberen, zijn nieuwsgierigheid, problemen vergeten, onzekerheid verminderen en eenzaamheid. Dit groeide uit in frequenter tot dagelijks gebruik om nog te kunnen functioneren of om te kunnen slapen. De twee opvallendste redenen zijn het vergeten van problemen en zorgen door de frequentie waarmee deze reden genoemd wordt en het gebruik van het middel om te kunnen slapen.

In antwoord op de deelvraag *Wat is de huidige behandeling (bij Novadic-Kentron) bij GHB gebruik?* blijkt uit de literatuur dat de huidige behandeling, in Nederland en bij Novadic-Kentron, zich met name richt op detoxificatie. Naar de detoxificatie bij GHB gebruik is erg veel onderzoek verricht, vanwege de ernstige onthoudings- en ontwenningssverschijnselen bij het stoppen met GHB na intensief gebruik. Toch zijn er mogelijkheden onder bepaalde voorwaarden ambulante detoxificatie te ondergaan. De detoxificatie is onderdeel van de behandeling, waarna gekeken moet worden wat de cliënt verder nog aan behandeling nodig heeft. De literatuur met betrekking tot behandeling bij GHB gebruik toonde weinig onderzoek naar nazorg bij GHB gebruik. Over het algemeen zeggen cliënten over de nazorg dat deze vaak niet aansluit aan de detoxificatie en dat de nazorg niet aansluit aan de behoefte van de cliënt. De psychologische en sociale invloeden op het gebruik lijken in de behandeling nog onderbelicht te worden.

Op de deelvraag *Welke verschillen zijn er tussen gebruikers die wel en niet terugvallen in GHB gebruik?* kan nog geen antwoord worden gegeven. Specifieke verschillen tussen gebruikers die wel en niet terugvallen in GHB gebruik kunnen na het veldonderzoek pas geduid worden. Echter zijn er in het literatuuronderzoek wel een aantal aanknopingspunten gevonden die een richting opwijzen. Zo zegt het wel of niet afronden van de detoxificatie niets over kleinere of grotere kans op terugval. De frequentie van de interventies en de duur van de nazorg blijken belangrijk bij het tegengaan van terugval. Er worden betere resultaten behaald als er langer nazorg wordt geboden en de frequentie van de interventies hoog is. Een conclusie is dat detoxificatie belangrijk is om abstinentie te bereiken, maar dat nazorg belangrijk is om terugval tegen te gaan. De gebruiker die vaak terugvalt is de thuisgebruiker die dagelijks GHB gebruikt. Mogelijk is de ernst van de afhankelijkheid een indicatie voor het risico op terugval. Bij de groep thuisgebruikers speelt conditionering waarschijnlijk ook een grotere rol dan bij andere gebruikers. Een verminderd gevoel van eigen effectiviteit en onzekerheid met betrekking tot het volhouden van abstinentie blijken indicatoren voor verhoogde kans op terugval.

Ook de deelvraag *Welke verschillen zijn er tussen GHB gebruikers en gebruikers van andere middelen?* kan na dit literatuuronderzoek niet worden beantwoord. Specifieke verschillen tussen GHB gebruikers en gebruikers van andere middelen kunnen na het veldonderzoek pas geduid worden.

3.2 Discussie

Uit de conclusies blijkt dat er op nazorg gestuurd zou moeten worden omdat dit terugval zou terugdringen. Dit geldt in het algemeen. Er is in dit onderzoek niet zoveel specifieke informatie opgenomen over de geboden nazorg bij Novadic-Kentron. Gebruikers geven in het algemeen aan dat de nazorg niet goed aansluit, maar niet wat dan wel zou aansluiten. De gebruikers geven wel aan dat ze betere bereikbaarheid wensen, maar niet welke zorg ze dan verder nodig achten. Met betrekking tot de nazorg en dan met name gericht op unieke kenmerken en wensen van GHB gebruikers zou vervolgonderzoek op zijn plaats zijn.

In de nazorg dient het systeem van de GHB gebruiker betrokken te worden. Dat GHB een sociale drug is, is duidelijk geworden. Onderbelicht, maar voornaam en belangrijk, is de angst en machteloosheid die ouders ervaren. Veel GHB gebruikers wonen nog bij de ouders. Ouders worden gedwongen mee te gaan in de verslaving van hun kind, omdat het levensbedreigend is om plots te stoppen met GHB gebruik. In de aflevering 'Knock Out in Brabant' van Zembla (2013) is de strijd die de bezorgde ouders ervaren duidelijk weergegeven. Voor het systeem om de GHB gebruiker heen, zou een essentiële rol in de nazorg mogelijk zijn weggelegd.

Bij GHB gebruik is (neuro)biologie van invloed. Deze invloed is niet meegenomen in dit onderzoek. Omdat erfelijkheid en de neurobiologie aanzienlijke rollen spelen in verslaving, dienen deze mee in overweging te worden genomen tijdens het lezen van dit onderzoeksrapport. Er is voor gekozen om in dit onderzoek enkel veranderbare factoren te belichten, met de doelstelling van dit onderzoek in het achterhoofd. Daarnaast behoort de neurobiologie niet tot het vakgebied van de toegepast psycholoog. Dit neemt niet weg dat er mogelijk veel meer oorzaak ligt in de neurobiologie en erfelijkheid dan dit onderzoek zou doen vermoeden.

Er zijn met betrekking tot het onderzoeksonderwerp veel studies gevonden, echter bleken dit vaak studies met uitspraken over een relatief kleine steekproef of het betrof een kwalitatief onderzoek of casestudie. Om de betrouwbaarheid te verhogen, is tijdens dit literatuuronderzoek geprobeerd om de focus te leggen op het vergelijken van resultaten en gebruik van meerdere bronnen. Studies over behandeling bij GHB gebruik waren allen gericht op detoxificatie. Als er een studie werd gevonden over de nazorg, was dit telkens een algemeen onderzoek en nooit een onderzoek specifiek gericht op GHB. Als GHB qua detoxificatie zo specifiek is, geldt dit dan niet voor de nazorg?

Naast aanbevelingen met betrekking tot vervolgonderzoek en nazorg, zijn er aandachtspunten te benoemen met betrekking tot het ingrijpen op het voorstadium van GHB verslaving. Door middel van voorlichting in wat het effect is van GHB op het brein en de mogelijke cognitieve schade als gevolg van GHB gebruik, zou ingespeeld kunnen worden op de gedragsveranderingsfase en bewustwording. Dat gebruikers geen negatieve consequenties ervaren, betekent namelijk niet dat die er niet zijn. Het stagerings- en profileringsmodel geeft ook het belang aan van eerder ingrijpen op het ontwikkelingsproces van verslaving en niet alleen op het eindstadium.

Het terugvallen in GHB gebruik is eenvoudig gebleken. Het opstaan na de terugval is stukken moeilijker. Nu de verslavingszorg heeft bewezen GHB gebruikers te kunnen helpen met afkicken, wordt het tijd om zich meer te richten op de twee andere pijlers van het biopsychosociaal model. Het biologische component van GHB verslaving heeft de verslavingszorg nu onder controle, nu nog de specifieke hulp op sociaal en psychologisch niveau die zo hard nodig is om abstinentie vol te houden. Want zoals Novadic-Kentron uit op hun website: 'Verslaving heeft zelden één oorzaak.'

Deel 2: Veldonderzoek

Bij zijn ouders thuis op de bank, wegzakkend, met zijn ogen rollend, op zijn borstkas slaand als een aap. Hij is toe aan zijn volgende shot, de vorige is al twee uur geleden. Zijn moeder huilt, zijn vader kijkt toe (Zembla, 2013). Dit is een situatieschets van een GHB gebruiker... Ziekenhuisopnames, afkicken in een verslavingsinstelling en als ze daar dan onverwachts vertrekken, verontrustende ouders die de politie bellen, die op haar beurt ook geen raad weet. In West Brabant is het probleem rondom GHB bekend en groot. Het veldonderzoek richt zich op analyses van bestaande data van Novadic-Kentron om richting te kunnen geven aan interventies die helpen sturing te geven aan de GHB problematiek in regio West Brabant. Met dit onderzoek zullen kenmerken van de GHB gebruiker in West Brabant die in behandeling is bij Novadic-Kentron met bestaande data worden geanalyseerd en wordt antwoord geven op de (deel)vragen van dit onderzoek. De bestaande data is opgebouwd uit achtergrondgegevens, gegevens met betrekking tot het gebruik en gegevens die psychologische en sociale kenmerken weergeven. Met name de psychologische en sociale kenmerken zijn in dit onderzoek belicht. Het literatuuronderzoek gaf al voor een groot deel antwoord op de eerste drie deelvragen. In het veldonderzoek wordt gekeken of er specifieke aanvulling mogelijk is op de deelvragen:

1. *Wat kenmerkt de GHB gebruiker?*
2. *Welke redenen hebben personen om GHB te gebruiken?*
3. *Wat is de huidige behandeling (bij Novadic-Kentron) bij GHB gebruik?*

Het literatuuronderzoek heeft aanknopingspunten gevonden voor het verder beantwoorden van deelvraag vier. Op deelvraag vijf komt het antwoord geheel uit het veldonderzoek:

4. *Welke verschillen zijn er tussen gebruikers die wel en niet terugvallen in GHB gebruik?*
5. *Welke verschillen zijn er tussen GHB gebruikers en gebruikers van andere middelen?*

De hoofdvraag *Welke psychologische en sociale factoren beïnvloeden het gebruik en terugval bij GHB gebruikers die bij Novadic-Kentron in West Brabant in behandeling zijn?* wordt beantwoord nadat zowel het literatuur- als veldonderzoek is uitgewerkt.

Na deze inleiding volgt er een hoofdstuk over de methode van het veldonderzoek. Hierin staat geschetst wie de deelnemers zijn, hoe het databestand opgeschoond en geanalyseerd is en hoe het gebruikte materiaal (met name in de vorm van de MATE) eruit ziet. Daarna volgen de resultaten van het veldonderzoek. Deze zijn verwerkt per deelvraag, waarna de conclusie zal worden gegeven, eveneens per deelvraag. In de discussie komen sterke en minder sterke kanten van dit veldonderzoek aan bod, de betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid worden besproken en aanbevelingen worden gedaan.

1 Methode van veldonderzoek

In de methode van veldonderzoek wordt beschreven op welke wijze het onderzoek is verricht, over wie er uitspraken worden gedaan en welk materiaal is gebruikt. Een belangrijk deel van de methode staat beschreven in het analyseplan/-logboek die in bijlage C te vinden is. Daarin is te lezen hoe de analyses per deelvraag zijn uitgevoerd.

1.1 Algemeen

Voor het veldonderzoek is bestaande data van Novadic-Kentron geanalyseerd met als doel de factoren die van invloed zijn in het gebruik van de GHB gebruiker in regio west die in behandeling is bij Novadic-Kentron te vinden. Hierin is telkens uitgegaan van de psychologische en sociale factoren. De hoofdvraag luidt immers: *Welke psychologische en sociale factoren beïnvloeden het gebruik en terugval bij GHB gebruikers die bij Novadic-Kentron in West Brabant in behandeling zijn?*

In het literatuuronderzoek bleek al dat met name deelvragen 4 en 5 met het veldonderzoek zouden worden beantwoord. Tijdens het analyseren bleek dat vanuit het databestand de antwoorden die waren verkregen bij het literatuuronderzoek middels analyses aangevuld konden worden.

1.2 Deelnemers

Uit het bestand van alle huidige hulpvragers van Novadic-Kentron (n=5468) zijn de hulpvragers (op moment van meting in behandeling bij Novadic-Kentron) van regio West geselecteerd. Na opschonen van het databestand komt het bestand op een fysiek aantal cases van 1149. De groep waarover uitspraken gedaan worden om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden, is de GHB gebruiker die op het moment van meting in behandeling is bij Novadic-Kentron in de regio West Brabant. Het complete digitale cliëntenarchief van Novadic-Kentron is gebruikt als steekproefkader. Van de populatie worden alle eenheden in dit onderzoek meegenomen. Hiervoor is gekozen omdat alle data voorhanden zijn.

Voorwaarden waaraan de eenheden voldoen:

- Alle gebruikers zijn in behandeling bij Novadic-Kentron op moment van meting.
- Alle deelnemers worden behandeld in regio West. De gemeenten die vallen onder de regio West zijn: Steenbergen, Bergen op Zoom, Woensdrecht, Roosendaal, Moerdijk, Halderberge, Etten-Leur, Rucphen, Zundert, Drimmelen, Breda, Werkendam, Geertruidenberg, Oosterhout, Dongen, Gilze en Rijen en Alphen-Chaam.
- Van de eenheden is minimaal bekend welke primaire problematiek ze hebben.

Van de 1149 cases zijn er 91 GHB gebruikers. Dit is 7,9 procent van het totaal. Van deze 91 GHB gebruikers zijn er 53 mannen (58,2 procent) en 38 vrouwen (41,8 procent). De gemiddelde leeftijd van de GHB gebruiker is ongeveer 27 jaar, met een modus van 25 jaar. De jongste gebruiker is 17 jaar en de oudste 45 jaar. De grote meerderheid (92,4 procent) is laagopgeleid (n=79). Dit betekent dat 12,7 procent basisonderwijs niveau heeft, 45,6 procent VMBO praktijk of MBO 1 en 2 niveau heeft en 34,2 procent heeft een LBO, VMBO theorie of Mavo onderwijs niveau. Een hoger niveau (havo, vwo, MBO 3 en 4, HBO, WO) is slechts vertegenwoordigd door 7,6 procent. Van de 91 GHB gebruikers woont 36,4 procent in een eigen huis en 47,3 procent woont in het ouderlijk huis.

1.3 Procedure

De onderzoeksopzet is definiërend van aard, met enkele vergelijkende componenten. Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, is literatuuronderzoek en kwantitatief onderzoek uitgevoerd door de beschikbare gegevens van de populatie van Novadic-Kentron in regio West te analyseren. Voor de analyses worden bestaande gegevens gebruikt, in de vorm van de gegevens zoals ingevuld bij de intake. Naast de basale achtergrondgegevens, zijn er gegevens beschikbaar uit de 'Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie' oftewel de MATE (een vragenlijst die gebruikt wordt om de behandeling te kunnen indiceren), DSM classificatie en detoxificatiebehandelingen. Om te komen tot een SPSS databestand zijn deze gegevens van de gehele populatie gebruikt. De gewenste gegevens zijn in drie bestanden door de opdrachtgever aangeleverd.

1. Een SPSS bestand met alle (geanonimiseerde) achtergrondgegevens van alle hulpvragers die op het moment van meting in behandeling zijn bij Novadic-Kentron, inclusief DSM classificatie.
2. Een Excel bestand met gegevens over detoxificatiebehandelingen.
3. Een Excel bestand met scores uit de MATE.

Om de data samen te voegen tot één SPSS bestand, is het User nummer gebruikt om de bestanden aan elkaar te koppelen. Een User nummer is een nummer dat binnen Novadic-Kentron gekoppeld is aan een cliënt. Nadat de bestanden zijn samengevoegd, zijn de Usernummers vervangen door casenummers om elke verwijzing naar unieke personen te verwijderen en de privacy van de cliënten nog meer te waarborgen.

1.4 Materiaal

Het materiaal bestaat, naast de achtergrondgegevens, DSM classificatie en detoxificatiegegevens, voor een groot deel uit de MATE. De MATE wordt in de intake door de behandelaar samen met de cliënt ingevuld en geeft een indicatie voor een passende behandeling of psychologisch onderzoek. Alle variabelen uit de MATE worden in het databestand opgenomen, maar dat is een praktisch besluit. Dit betekent niet dat alle gegevens uit de MATE ook worden gebruikt voor de analyses. De variabelen uit de MATE die in ieder geval gebruikt worden, zijn:

- Persoonlijkheid (voor hoofdvariabele psychologische kenmerken),
- Basale beperkingen (voor hoofdvariabele sociale kenmerken),
- Relationele beperkingen
- Totale beperkingen
- Negatieve externe invloed
- Positieve externe invloed (voor hoofdvariabele sociale kenmerken)
- Score op depressie,
- Score op angst
- Score op stress
- Depressie-, Angst- en StressSchaal (DASS) (voor hoofdvariabele psychologische kenmerken).

De achtergrondgegevens (variabelen zoals geslacht, leeftijd en opleiding) zijn gebruikt om de GHB gebruiker te beschrijven. Van de DSM classificatie zijn met name de variabelen die gekoppeld zijn aan AS4 en AS5 gebruikt. AS4 geeft informatie over de psychosociale problemen van de GHB gebruiker. AS5 geeft de GAF (Globaal Algemeen Functioneren) score. De GAF score geeft het niveau van functioneren aan in een score tussen 1 en 100, waarbij 1 'nihil' betekend en 100 'perfect'. De detoxificatiegegevens en het aantal hulpvragen zijn gebruikt om terugval te meten. Uitgebreide operationalisatie en vragenlijst de MATE zijn opgenomen in bijlage A en C.

1.5 Analyse

Voor het analyseren van de data is gekozen om verschillende technieken te gebruiken. Voor het beantwoorden van deelvragen één, twee en drie zijn veelal frequenties berekend. Ter ondersteuning is gebruik gemaakt van de Chi kwadraat test om correlaties te onderzoeken tussen GHB gebruik en bepaalde kenmerken. Deelvraag vier betreft een verschilvraag tussen twee groepen; namelijk de terugvallende GHB gebruiker en de GHB gebruiker die niet terugvalt. Voor het beantwoorden van deelvraag vier wordt de T-Test uitgevoerd mits de variabelen voldoen aan de voorwaarden, anders wordt de Mann Whitney U test uitgevoerd. In deelvraag vijf worden meer dan twee groepen (namelijk de gebruikers met verschillende primaire problematieken) met elkaar vergeleken. Voor het beantwoorden van deelvraag vijf wordt de enkelvoudige variantie analyse (Anova) uitgevoerd mits de variabelen voldoen aan de voorwaarden, anders wordt de Kruskal-Wallis test uitgevoerd. De analyses zijn telkens uitgevoerd voor de variabelen met betrekking tot de psychologische en sociale kenmerken van gebruikers. Uitgebreide informatie met betrekking tot de analyses is te vinden in het analyseplan cq – logboek in bijlage D.

2. Resultaten van het veldonderzoek

De resultaten die gevonden zijn in de literatuur, zijn van algemene aard. In de resultaten van het veldonderzoek komen echter de kenmerken van de GHB gebruiker die in behandeling is bij Novadic-Kentron in regio West Brabant aan bod. De resultaten staan beschreven per deelvraag.

2.1 Deelvraag 1: Wat kenmerkt de GHB gebruiker?

Naast de kenmerken die in de deelnemersparagraaf genoemd zijn, zijn er nog een aantal andere kenmerken te noemen. Naast de GHB gebruikt de GHB gebruiker in de meeste gevallen geen andere middelen. Van het totaal aan GHB gebruikers (n=91), is er bij 74 gebruikers geen sprake van secundaire of tertiaire problematiek, wat neerkomt op 81,3 procent. Toch is er bij 76 GHB gebruikers sprake van een tweede diagnose op AS1 van de DSM classificatie, naast de eerste diagnose (in de meeste gevallen afhankelijkheid of misbruik van sedativum). Van die 76 GHB gebruikers met een tweede diagnose, is amfetamine-afhankelijkheid met 38,2 procent (oftewel 29 GHB gebruikers) het meest voorkomend. De ernst van de afhankelijkheid en misbruik van GHB onder de gebruikers is groot. Bij 92 procent van de gebruikers (n=87) is er sprake van ernstige afhankelijkheid van GHB. Bij 94,3 procent is er sprake van ernstige misbruik van het middel. Bij 60,2 procent van de GHB gebruikers (n=83) is er sprake van zowel ernstige afhankelijkheid als misbruik. Het verlangen naar GHB wordt door 53,7 procent als ernstig ervaren, terwijl 46,3 procent geen ernstig verlangen naar GHB ervaart. De terugval in GHB gebruik is hoog, bijna 77 procent van de GHB gebruikers keert terug naar de verslavingszorg met een hulpvraag of komt opnieuw terecht in een detoxificatieprogramma.

2.2 Deelvraag 2: Welke redenen hebben personen om GHB te gebruiken?

Om deze deelvraag te beantwoorden, is eerst literatuuronderzoek uitgevoerd. Uit het literatuuronderzoek zijn duidelijk redenen voor GHB gebruik gevonden. Tijdens dit veldonderzoek zijn de volgende redenen verder

onderzocht: zorgen en problemen, depressie-, stress- en angstproblematiek, sociale factoren en afhankelijkheid van het middel.

De gemiddelde score op depressieproblematiek van de GHB gebruikers (n=84) is 15.33. Van de 84 GHB gebruikers zijn er 26 gebruikers met ernstige depressieproblematiek, wat neerkomt op 31 procent. De gemiddelde score op angstproblematiek van de GHB gebruikers (n=84) is 15.05. Van de 84 GHB gebruikers zijn er 39 gebruikers met ernstige angstproblematiek, wat neerkomt op 46,4 procent. De gemiddelde score op stressproblematiek van de GHB gebruikers (n=84) is 19.21. Van de 84 GHB gebruikers zijn er 29 gebruikers met ernstige stressproblematiek, wat neerkomt op 34,5 procent. De gemiddelde score op het totaal aan depressie-, angst- en stressproblematiek van de GHB gebruikers (n=84) is 49.60. Van de 84 GHB gebruikers zijn er 32 gebruikers met ernstige depressie-, angst- en stressproblematiek, wat neerkomt op 38,1 procent. Van de 91 GHB gebruikers heeft 88 procent op twee of meer psychosociale gebieden, problemen met een modus van vier.

Onderzocht is welke psychosociale problemen bij de GHB gebruiker het vaakst voor komen. Het meest belangrijke en vaakst genoemde probleem is 'problemen binnen de primaire steungroep', dit werd 70 keer (n = 85) ingevuld als eerste psychosociale problematiek wat neerkomt op 82,4 procent. Voor 9 gebruikers (10,6 procent) met primaire GHB problematiek was 'problemen gebonden aan de sociale omgeving' het belangrijkste psychosociaal probleem. Na 'problemen in de primaire steungroep' komt 'problemen gebonden aan de sociale omgeving' op een tweede plaats bij 59 gebruikers met primaire GHB problematiek (n = 81). Dit komt neer op 72,8 procent. Werkproblemen, woonproblemen en financiële problemen zijn eveneens problemen die vaak voor komen.

De samenhang tussen de relationele, basale en totale beperkingen, depressie-, angst en stressproblematiek, ernstige afhankelijkheid in primaire GHB problematiek is geanalyseerd met Kendall's Tau-B. Er is geen samenhang gevonden tussen de scores op positieve of negatieve externe invloed en andere variabelen. Alleen tussen de score op depressie en negatieve externe invloed is een zwakke positieve correlatie gevonden, $T = .16$, $p < .05$, two-tailed, $N = 84$. Dit betekent dat er een zwakke samenhang bestaat tussen depressie en negatieve externe invloed binnen de gebruikers met een primaire GHB problematiek, waarbij de factoren depressie en negatieve externe invloed elkaar versterken. Er zijn voor primaire GHB problematiek op de basale, relationele en totale beperkingen correlaties berekend met de Kendall's Tau-B en gevonden tussen depressie-, angst- en stressproblematiek, maar ook tussen de score op ernst afhankelijkheid en misbruik. Hoe deze factoren met elkaar samenhangen staat vermeld in tabel 3: de samenhang in primaire GHB problematiek tussen sociale factoren, depressie-, angst- en stressproblematiek en ernst afhankelijkheid en misbruik.

Tabel 3. Samenhang in primaire GHB problematiek tussen sociale factoren, depressie-, angst- en stressproblematiek en ernstige afhankelijkheid en misbruik.

	Angst- problematiek	Depressie- problematiek	Stress- problematiek	Totale DASS	Afhankelijkheid en misbruik
Relationele beperkingen	.170*	.246**	.202*	.234**	.186*
Basale beperkingen	.211**	.341**	.253**	.299**	.247**
Totale beperkingen	.293**	.402**	.302**	.381**	.302**
Afhankelijkheid en misbruik	.323**	.208*	.201*	.282**	1.000

** Correlatie is significant op 0.01 betrouwbaarheidsniveau (two-tailed).

* Correlatie is significant op 0.05 betrouwbaarheidsniveau (two-tailed).

De samenhang tussen de verschillende factoren zijn positief en zwak of matig. Dit betekent dat de factoren basale, relationele en totale beperkingen, depressie-, angst- en stressproblematiek en de ernst van de afhankelijkheid en misbruik van GHB een zwakke of matige samenhang laten zien. De factoren versterken elkaar.

2.3 Deelvraag 3: Wat is de huidige behandeling (bij Novadic-Kentron) bij GHB gebruik?

Deze vraag zou enkel door literatuuronderzoek worden beantwoord. In het databestand zijn echter gegevens beschikbaar over de toegewezen zorgprogramma's en over detoxificatie (datums en aantallen). De meerderheid van de GHB gebruikers (n=91) heeft 1 keer of vaker een detoxificatie ondergaan, namelijk 62,7 procent. Het zorgprogramma dat het meest voor komt is zorgprogramma 2; een zorgprogramma voor matige verslavings- en psychiatrische verslavingsgerelateerde problematiek. Er zijn in toenemende intensiteit 4 zorgprogramma's. Oplopend van zorgprogramma 1 tot en met 4. Zorgprogramma 1 is voor lichte tot matige verslavings- en verslavingsgerelateerde problematiek, zorgprogramma 2 voor matige verslavings- en psychiatrische verslavingsgerelateerde problematiek, zorgprogramma 3 voor matige tot ernstige verslavings- en redelijk te stabiliseren psychiatrische problematiek en zorgprogramma 4 is voor langdurige ernstige verslavings- en ernstige psychiatrische problematiek. Van de GHB gebruikers (n=86) wordt 76,7 procent behandeld in zorgprogramma 2. Zorgprogramma 2 is het vaakst ingezette zorgprogramma bij Novadic-Kentron.

2.4 Deelvraag 4: Welke verschillen zijn er tussen gebruikers die wel en niet terugvallen in GHB gebruik?

Opvallende verschillen in de frequenties tussen de groep die wel terugvalt (n=70) en de groep die niet terugvalt (n=21), zijn te zien in verschillende kenmerken. Met de Mann-Whitney U-test is geanalyseerd of er significante verschillen zijn tussen terugvallende GHB gebruikers en niet terugvallende GHB gebruikers in een aantal kenmerken. Deze verschillen staan in tabel 4.

Tabel 4. Verschillen tussen terugvallende GHB gebruikers en niet terugvallende GHB gebruikers in kenmerken geanalyseerd met de Mann-Whitney U-test

Kenmerk	Mean Rank Terugval = Ja	Mean Rank Terugval = Nee	Significantie (p)
GAF score	39.52	49.33	.098
Afhankelijkheid	43.93	44.21	.963
Persoonlijkheidsproblematiek	42.83	41.52	.830
Depressieproblematiek	41.50	45.50	.514
Totale beperkingen	44.68	34.10	.082
Relationele beperkingen	43.76	38.71	.408
Basale beperkingen	44.80	33.74	.068
Positieve externe invloed	42.47	42.60	.983
Negatieve externe invloed	42.61	42.17	.942

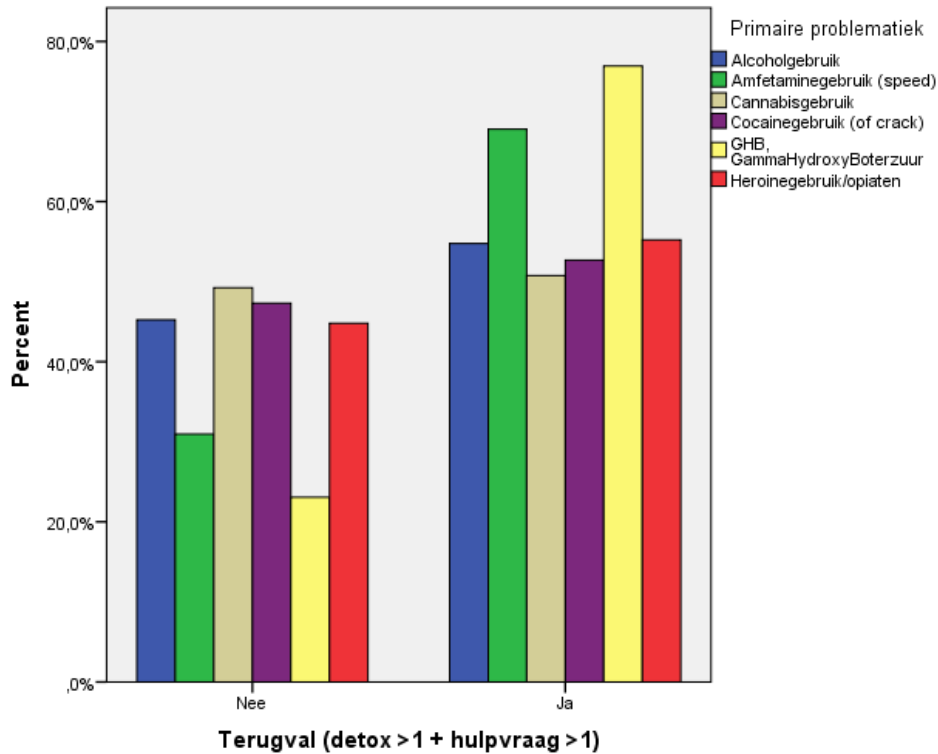
In tabel 4 is onder andere te zien dat de GHB gebruikers die wel terugvallen (*Mean Rank* = 44.68, *n* = 62) hoger scoren op totale beperkingen dan niet terugvallende GHB gebruikers (*Mean Rank* = 34.10, *n* = 21), (*U* = 485.00, *z*

= -1.74 (corrected for ties), $p = .082$, two-tailed). Het verschil is alleen niet significant. Opvallend is het verschil tussen terugvallende GHB gebruikers ($Mean Rank = 41.50$, $n = 63$) die lager scoren op depressieproblematiek dan de niet terugvallende GHB gebruikers ($Mean Rank = 45.50$, $n = 21$) ($U = 598.50$, $z = -.65$ (corrected for ties), $p = .514$, two-tailed). Hoewel dit verschil opvallend is, is dit verschil niet significant. De niet terugvallende GHB gebruiker scoort hoger dan de terugvallende GHB gebruiker op depressieproblematiek. Dit geldt ook voor angstproblematiek. De groep niet terugvallende GHB gebruikers scoort gemiddeld boven de drempelwaarde op angst. Dit betekent dat de gemiddelde score van 18.10 duidt op ernstige angstproblematiek in de groep niet terugvallende GHB gebruikers. De terugvallende GHB gebruikers scoren gemiddeld lager op angst, namelijk 14.03. Een chi kwadraat test is gebruikt om te analyseren of er verschillen zijn tussen de groep terugvallende GHB gebruiker en de groep niet terugvallende GHB gebruikers met betrekking tot angst (1, $n=84$) = 2.70, $p > .05$, en stress (1, $n=84$) = 2.12, $p > .05$. Er is geen significant verschil in angst- of stressproblematiek tussen groep terugvallende en niet terugvallende GHB gebruikers. De scores op gecombineerde depressie-, angst- en stressproblematiek (DAS problematiek) is voor de groep GHB gebruikers die terugvalt gemiddeld *lager* dan voor de groep GHB gebruikers die niet terugvalt. Een t-test is uitgevoerd om de groep GHB gebruikers die is teruggevallen ($n = 63$) te vergelijken met de groep GHB gebruikers die niet is teruggevallen ($n = 21$) met betrekking tot DAS problematiek. Shapiro Wilk is voor beide groepen niet significant, beide groepen zijn dus normaal verdeeld. Levene's test was ook niet significant dus de varianties van beide groepen mogen als gelijk worden beschouwd. De t-test was niet significant, $t(82) = 1.00$, $p = .169$, two-tailed. Er is geen significant verschil in DAS problematiek tussen de groep terugvallende en niet terugvallende GHB gebruikers. De groep GHB gebruikers die terugvalt heeft gemiddeld 3.36 psychosociale problemen met een modus van vier psychosociale problemen. De groep die niet terugvalt heeft gemiddeld 2.95 psychosociale problemen met een modus van twee of drie psychosociale problemen. Het verlangen naar GHB wordt door 50,8 procent van de terugvallende GHB gebruiker ($n=61$) als ernstig gerapporteerd, ten opzichte van 61.9 procent van de niet terugvallende GHB gebruiker ($n=21$). Een Chikwadraat test laat geen significante verschillen zien in verlangen tussen de groep GHB gebruikers die terugvalt en de groep GHB gebruikers die niet terugvalt (1, $n=82$) = .77, $p > .05$. Van de groep die terugvalt is 19 procent in psychologische behandeling en van de groep die niet terugvalt een kleine 24 procent. Dit verschil is echter niet significant (Fisher-exact $p = .755$). Ook op psychiatrische comorbiditeit scoort de groep GHB gebruikers die niet terugvalt hoger, bij 24 procent is er sprake van psychiatrische comorbiditeit ten opzichte van de groep die wel terugvalt met een percentage van 22,2. Ook dit verschil is niet significant (Fisher-Exact $p = 1.000$). Voor zowel de groep terugvallende GHB gebruikers ($n= 65$) als de groep niet terugvallende GHB gebruikers ($n= 21$) wordt de overgrote meerderheid van de GHB gebruikers zorgprogramma 2 voorgeschreven. Dit betekent voor de terugvallers in 72,3 procent van de gevallen en voor de niet terugvallers in 90,5 procent van de gevallen.

2.5 Deelvraag 5: Welke verschillen zijn er tussen personen die GHB gebruiken en personen die andere middelen gebruiken?

De GHB gebruikers zijn telkens vergeleken met alcohol-, amfetamine-, cannabis-, cocaïne- en heroïnegebruikers om verschillen in sociale en psychologische kenmerken te analyseren. Eerst is echter gekeken of er verschillen zijn tussen de primaire problematieken in de terugvalcijfers. De terugvalcijfers blijken bij de GHB gebruikers het hoogst met 76,9 procent. Op de tweede plaats staat het percentage voor terugval bij amfetaminegebruikers. Dit komt neer

op 69 procent. GHB gebruikers kloppen vaak meer dan één keer aan bij Novadic-Kentron. In 67 procent van de gevallen schreef de GHB gebruiker zich meerdere keren in bij Novadic-Kentron. Dit is op een tweede plaats voor 57,1 procent van de amfetaminegebruikers ook het geval. De GHB gebruikers hebben vaker meer dan één detoxificatie nodig, namelijk 36,3 procent. Voor alcoholgebruikers is een tweede (of opvolgende) detoxificatie in 16,9 procent van de gevallen noodzakelijk. Het verschil tussen de gebruikers met betrekking tot terugval is weergegeven in figuur 9.



Figuur 9. Terugvalpercentages (meer dan één detoxificatie en/of meer dan één aanmelding/hulpvraag bij Novadic-Kentron) per primaire problematiek.

In figuur 9 is duidelijk te zien dat de GHB een aanzienlijk groter percentage terugvallende gebruikers kent dan andere middelen. De Chikwadraat test die is gebruikt om te analyseren of de verschillen significant zijn tussen de groepen en stress ($1, n=84$) = 2.12, $p > .05$, liet zien dat de verschillen significant zijn, ($5, n=1055$) = 21.55, $p = .001$. Dit betekent dat de GHB gebruikers vaker terugvallen dan de andere gebruikers.

Vergeleken met andere primaire problematieken hebben GHB gebruikers meer psychosociale problemen op AS4 van de DSM. Van de GHB gebruikers heeft 51,7 procent vier of vijf psychosociale problemen, gevolgd door amfetaminegebruikers met 42,9 procent. De groep met het laagste percentage vier of vijf psychosociale problemen is de groep cannabisgebruikers, met 30,3 procent. Het verschil tussen de primaire problematieken in het aantal psychosociale problemen is geanalyseerd met een Kruskal Wallis test. De Kruskal Wallis test toont aan dat er significante verschillen in aantal psychosociale problemen op AS4 van de DSM zijn tussen alcoholgebruikers (Mean Rank = 526.55), amfetaminegebruikers (Mean Rank = 571.96), cannabisgebruikers (Mean Rank = 523.48), cocaïnegebruikers (Mean Rank = 535.87), GHB gebruikers (Mean Rank = 629.62) en heroïnegebruikers (Mean Rank = 469.73), H (corrected for ties) = 18.77 $df = 5$, $N = 1055$, $p = <.01$. Met de Mann-Whitney U-test is geanalyseerd welke gebruikers significant verschillen met GHB gebruikers. Deze verschillen staan in tabel 5.

Tabel 5. Verschillen tussen primaire GHB problematiek en andere middelen in aantal psychosociale problemen op AS4 van de DSM.

Primaire problematiek	Mean Rank	Mean Rank GHB	Significantie (p)
Alcohol	252.16	305.74	.002**
Amfetamine	61.83	69.38	.282
Cannabis	102.45	125.86	.007**
Cocaïne	121.87	143.50	.024*
Heroïne	129.14	169.13	.000***

***. Verschil is significant op 0.001 betrouwbaarheidsniveau (two-tailed).

**. Verschil is significant op 0.01 betrouwbaarheidsniveau (two-tailed).

*. Verschil is significant op 0.05 betrouwbaarheidsniveau (two-tailed).

In tabel 5 is onder andere te zien dat GHB gebruikers (*Mean Rank* = 169.13, *n* = 91) significant meer psychosociale problemen hebben dan heroïnegebruikers (*Mean Rank* = 129.14, *n* = 192) (*U* = 6267.00, *z* = -3.899 (corrected for ties), *p* = <.001, two-tailed. Het verschil tussen GHB- en heroïnegebruikers is echter klein (*r* = .23). GHB gebruikers hebben ook meer psychosociale problemen dan alcohol-, cannabis- en cocaïnegebruikers. Gemiddeld scoort de GHB gebruiker 49.81 op AS5 van de DSM: de GAF score. Dit is de laagste gemiddelde GAF score van de te vergelijken primaire problematieken, de amfetaminegebruiker volgt met een gemiddelde score van 51.08. De hoogste gemiddelde GAF score is te zien bij de heroïnegebruikers, namelijk 52.57. Het verschil tussen de primaire problematieken in de GAF score is geanalyseerd met een Kruskal Wallis test. De Kruskal Wallis test toont aan dat er geen significante verschillen in GAF scores op AS5 van de DSM zijn tussen alcoholgebruikers (*Mean Rank* = 487.87), amfetaminegebruikers (*Mean Rank* = 483.96), cannabisgebruikers (*Mean Rank* = 492.53), cocaïnegebruikers (*Mean Rank* = 522.14), GHB gebruikers (*Mean Rank* = 422.43) en heroïnegebruikers (*Mean Rank* = 531.35), *H* (corrected for ties) = 10.50 *df* = 5, *N* = 992, *p* = > .05, two tailed. Er zijn dus geen beduidende verschillen in GAF scores tussen de alcohol-, amfetamine-, cannabis-, cocaïne, GHB- en heroïnegebruikers. Van de groepen gebruikers hebben GHB gebruikers het hoogste percentage gebruikers die ernstige afhankelijkheid en misbruik rapporteren. Van de GHB gebruikers is 60,2 procent ernstig afhankelijk van het middel en misbruikt het middel, gevolgd door de heroïnegebruikers met 54,5 procent. De gebruikers met het laagste percentage ernstige afhankelijkheid en misbruik zijn de amfetaminegebruikers met 30,3 procent. Een Kruskal Wallis test toont aan dat er significante verschillen in de score op afhankelijkheid/misbruik van het middel tussen alcoholgebruikers (*Mean Rank* = 349.75), amfetaminegebruikers (*Mean Rank* = 361.85), cannabisgebruikers (*Mean Rank* = 376.78), cocaïnegebruikers (*Mean Rank* = 348.70), GHB gebruikers (*Mean Rank* = 451.37) en heroïnegebruikers (*Mean Rank* = 380.99), *H* (corrected for ties) = 17.22, *df* = 5, *N* = 734, *p* = <.01. Met de Mann-Whitney U-test is geanalyseerd welke gebruikers significant verschillen met GHB gebruikers. Deze verschillen staan in tabel 6.

Tabel 6. Verschillen tussen primaire GHB problematiek en andere middelen in afhankelijkheid en misbruik.

Primaire problematiek	Mean Rank	Mean Rank GHB	Significantie (p)
Alcohol	203.46	263.12	.000***
Amfetamine	49.18	62.20	.053
Cannabis	88.05	107.60	.014*
Cocaïne	89.84	118.22	.001***
Heroïne	56.05	68.22	.068

***. Verschil is significant op 0.001 betrouwbaarheidsniveau (two-tailed).

*. Verschil is significant op 0.05 betrouwbaarheidsniveau (two-tailed).

In tabel 6 is onder andere te zien dat GHB gebruikers (*Mean Rank* = 118.22, *n* = 83) significant hoger scoren op de ernst van de afhankelijkheid/misbruik van het middel dan de cocaïnegebruikers (*Mean Rank* = 89.84, *n* = 119) (*U* = 3550.50, *z* = -3.456 (corrected for ties), *p* = .001, two-tailed). Het verschil tussen GHB- en cocaïnegebruikers is echter klein (*r* = .24). GHB gebruikers scoren ook beduidend hoger op de ernst van de afhankelijkheid en misbruik van het middel dan alcohol- en cannabisgebruikers.

De GHB gebruikers scoren gemiddeld hoger op verlangen naar het middel dan andere gebruikers. Meer dan de helft (53,7 procent) van de GHB gebruikers ervaart ernstig verlangen naar GHB. Met 40,7 procent volgen de cannabisgebruikers. Volgens de Kruskal Wallis test zijn er significante verschillen in verlangen tussen alcoholgebruikers (*Mean Rank* = 350.43), amfetaminegebruikers (*Mean Rank* = 300.84), cannabisgebruikers (*Mean Rank* = 424.40), cocaïnegebruikers (*Mean Rank* = 314.62), GHB gebruikers (*Mean Rank* = 457.13) en heroïnegebruikers (*Mean Rank* = 335.70), *H* (corrected for ties) = 36.78, *df* = 5, *N* = 728, *p* = <.001. Met de Mann-Whitney U-test is geanalyseerd welke gebruikers significant verschillen met GHB gebruikers. Deze verschillen staan in tabel 7.

Tabel 7. Verschillen tussen primaire GHB problematiek en andere middelen in verlangen.

Primaire problematiek	Mean Rank	Mean Rank GHB	Significantie (p)
Alcohol	201.01	263.15	.000***
Amfetamine	41.31	63.82	.001***
Cannabis	90.92	101.53	.187
Cocaïne	85.15	124.01	.000***
Heroïne	50.23	70.62	.003**

***. Verschil is significant op 0.001 betrouwbaarheidsniveau (two-tailed).

**. Verschil is significant op 0.01 betrouwbaarheidsniveau (two-tailed).

In tabel 7 is onder andere te zien dat GHB gebruikers (*Mean Rank* = 124.01, *n* = 82) significant hoger scoren op verlangen dan cocaïnegebruikers (*Mean Rank* = 85.15, *n* = 119) (*U* = 2992.00, *z* = -4.663 (corrected for ties), *p* = <.001, two-tailed). Het verschil tussen GHB- en cocaïnegebruikers is matig (*r* = .33). GHB gebruikers hebben beduidend meer verlangen naar het middel dan alcohol-, amfetamine-, cocaïne- en heroïnegebruikers.

Van de GHB gebruikers heeft 53,6 procent ernstige persoonlijkheidsproblematiek. Met percentages van 60,6 en 54,5 hebben respectievelijk cannabisgebruikers en amfetaminegebruikers meer gebruikers met ernstige persoonlijkheidsproblematiek. De gebruikers waarbij ernstige persoonlijkheidsproblematiek minder voor komt, zijn de alcoholgebruikers. Van de alcoholgebruikers heeft 44,5 procent ernstige persoonlijkheidsproblematiek. Een Kruskal Wallis test toont aan dat er significante verschillen in de scores op persoonlijkheidsproblematiek zijn

tussen alcoholgebruikers (*Mean Rank* = 355.68), amfetaminegebruikers (*Mean Rank* = 401.89), cannabisgebruikers (*Mean Rank* = 415.96), cocaïnegebruikers (*Mean Rank* = 345.39), GHB gebruikers (*Mean Rank* = 393.08) en heroïnegebruikers (*Mean Rank* = 316.70), H (corrected for ties) = 13.07, $df = 5$, $N = 733$, $p = <.05$. Met de Mann-Whitney U-test is geanalyseerd welke gebruikers significant verschillen met GHB gebruikers. Deze verschillen staan in tabel 8.

Tabel 8. Verschillen tussen primaire GHB problematiek en andere middelen in persoonlijkheidsproblematiek.

Primaire problematiek	Mean Rank	Mean Rank GHB	Significantie (p)
Alcohol	210.39	231.35	.158
Amfetamine	59.89	58.65	.856
Cannabis	99.25	94.08	.517
Cocaïne	96.52	109.76	.109
Heroïne	55.45	69.24	.043*

*. Verschil is significant op 0.05 betrouwbaarheidsniveau (two-tailed).

In tabel 8 is onder andere te zien dat GHB gebruikers (*Mean Rank* = 69.24, $n = 84$) significant hoger scoren op persoonlijkheidsproblematiek dan de heroïnegebruikers (*Mean Rank* = 55.45, $n = 44$) $U = 1450.00$, $z = -2.025$ (corrected for ties), $p = <.05$, two-tailed. Het verschil tussen GHB- en heroïnegebruikers is echter klein ($r = .18$). GHB gebruikers scoren met een klein verschil hoger op persoonlijkheidsproblematiek dan heroïnegebruikers. Van de groepen gebruikers hebben GHB gebruikers het hoogste percentage gebruikers die ernstige depressieproblematiek rapporteren. Van de GHB gebruikers heeft 31 procent ernstige depressieproblematiek, gevolgd door de cocaïnegebruikers met 29,4 procent. De gebruikers met het laagste percentage ernstige depressieproblematiek zijn de amfetaminegebruikers met 18,8 procent. Van de groepen gebruikers hebben GHB gebruikers ook het hoogste percentage gebruikers die ernstige angstproblematiek rapporteren. Van de GHB gebruikers heeft 46,4 procent ernstige angstproblematiek, gevolgd door de alcoholgebruikers met 30,8 procent. De gebruikers met het laagste percentage ernstige angstproblematiek zijn de heroïnegebruikers met 20,9 procent. Van de groepen gebruikers hebben GHB gebruikers ook het hoogste percentage gebruikers die ernstige stressproblematiek rapporteren. Van de GHB gebruikers heeft 34,5 procent ernstige stressproblematiek, gevolgd door de cannabisgebruikers met 26,2 procent. De gebruikers met het laagste percentage ernstige stressproblematiek zijn de amfetaminegebruikers met 15,6 procent. Van de groepen gebruikers hebben GHB gebruikers ook het hoogste percentage gebruikers die ernstige gecombineerde depressie-, angst- en stressproblematiek (verder te noemen DASS) rapporteren. Van de GHB gebruikers heeft 38,1 procent ernstige depressie-, angst- en stressproblematiek, gevolgd door de cannabisgebruikers met 29,9 procent. De gebruikers met het laagste percentage ernstige depressie-, angst- en stressproblematiek zijn de heroïnegebruikers met 14 procent. Om de verschillen tussen de groepen op de scores op depressie-, angst- en stressproblematiek te analyseren is wederom een Kruskal Wallis test uitgevoerd. De Kruskal Wallis test toont aan dat er geen significante verschillen in de scores op depressieproblematiek zijn tussen alcoholgebruikers (*Mean Rank* = 370.49), amfetaminegebruikers (*Mean Rank* = 328.30), cannabisgebruikers (*Mean Rank* = 370.21), cocaïnegebruikers (*Mean Rank* = 340.94), GHB gebruikers (*Mean Rank* = 379.90) en heroïnegebruikers (*Mean Rank* = 347.98), H (corrected for ties) = 3.53, $df = 5$, $N = 726$, $p = <.05$. Er zijn dus geen beduidende verschillen in

scores op depressieproblematiek tussen de alcohol-, amfetamine-, cannabis-, cocaïne, GHB- en heroïnegebruikers.

Er zijn wel significante verschillen gevonden in de scores op angstproblematiek tussen alcoholgebruikers (*Mean Rank* = 370.01), amfetaminegebruikers (*Mean Rank* = 297.00), cannabisgebruikers (*Mean Rank* = 370.75), cocaïnegebruikers (*Mean Rank* = 322.82), GHB gebruikers (*Mean Rank* = 442.05) en heroïnegebruikers (*Mean Rank* = 302.44), H (corrected for ties) = 23.73, $df = 5$, $N = 726$, $p = <.001$. Met de Mann-Whitney U-test is geanalyseerd welke gebruikers significant verschillen met GHB gebruikers. Deze verschillen staan in tabel 9.

Tabel 9. Verschillen tussen primaire GHB problematiek en andere middelen in angstproblematiek.

Primaire problematiek	Mean Rank	Mean Rank GHB	Significantie (p)
Alcohol	204.40	247.90	.004**
Amfetamine	42.34	64.65	.001***
Cannabis	87.35	107.02	.014*
Cocaïne	88.82	120.68	.000***
Heroïne	48.77	71.80	.001***

***. Verschil is significant op 0.001 betrouwbaarheidsniveau (two-tailed).

**. Verschil is significant op 0.01 betrouwbaarheidsniveau (two-tailed).

*. Verschil is significant op 0.05 betrouwbaarheidsniveau (two-tailed).

In tabel 9 is onder andere te zien dat GHB gebruikers (*Mean Rank* = 71.80, $n = 84$) significant hogere scores op angstproblematiek dan de heroïnegebruikers (*Mean Rank* = 48.77, $n = 43$) ($U = 1151.00$, $z = -3.347$ (corrected for ties), $p = .001$, two-tailed). Het verschil tussen GHB- en heroïnegebruikers is klein/matig ($r = .30$). GHB gebruikers scoren beduidend hoger dan alle andere groepen op angstproblematiek. Een Kruskal-Wallis test laat zien dat er ook significante verschillen zijn in de scores op stressproblematiek tussen alcoholgebruikers (*Mean Rank* = 354.46), amfetaminegebruikers (*Mean Rank* = 335.91), cannabisgebruikers (*Mean Rank* = 422.95), cocaïnegebruikers (*Mean Rank* = 337.42), GHB gebruikers (*Mean Rank* = 417.17) en heroïnegebruikers (*Mean Rank* = 275.16), H (corrected for ties) = 24.83, $df = 5$, $N = 726$, $p = <.001$. Met de Mann-Whitney U-test is geanalyseerd welke gebruikers significant verschillen met GHB gebruikers. Deze verschillen staan in tabel 10.

Tabel 10. Verschillen tussen primaire GHB problematiek en andere middelen in stressproblematiek.

Primaire problematiek	Mean Rank	Mean Rank GHB	Significantie (p)
Alcohol	205.77	242.37	.014*
Amfetamine	49.33	61.99	.069
Cannabis	96.65	95.17	.853
Cocaïne	92.54	115.40	.006**
Heroïne	47.92	72.23	.000***

***. Verschil is significant op 0.001 betrouwbaarheidsniveau (two-tailed).

**. Verschil is significant op 0.01 betrouwbaarheidsniveau (two-tailed).

*. Verschil is significant op 0.05 betrouwbaarheidsniveau (two-tailed).

In tabel 10 is onder andere te zien dat GHB gebruikers (*Mean Rank* = 72.23, $n = 84$) significant hogere scores op stressproblematiek dan de heroïnegebruikers (*Mean Rank* = 47.92, $n = 43$) ($U = 1114.50$, $z = -3.529$ (corrected for ties), $p = <.001$, two-tailed). Het verschil tussen GHB- en heroïnegebruikers is matig ($r = .31$). Er is juist geen significant verschil tussen GHB gebruikers (*Mean Rank* = 95.17, $n = 84$) en cannabisgebruikers (*Mean Rank* =

96.65, $n = 107$) ($U = 4424.00$, $z = -.185$ (corrected for ties), $p = > .05$, two-tailed). GHB gebruikers scoren beduidend hoger dan alcohol-, cocaïne- en heroïnegebruikers op stressproblematiek. Een Kruskal Wallis test laat zien dat de scores op de totale DASS significant verschillen tussen alcoholgebruikers ($Mean Rank = 364.22$), amfetaminegebruikers ($Mean Rank = 316.39$), cannabisgebruikers ($Mean Rank = 391.23$), cocaïnegebruikers ($Mean Rank = 331.57$), GHB gebruikers ($Mean Rank = 419.07$) en heroïnegebruikers ($Mean Rank = 303.69$), H (corrected for ties) = 15.65, $df = 5$, $N = 726$, $p = < .01$. Met de Mann-Whitney U-test is geanalyseerd welke gebruikers significant verschillen met GHB gebruikers. Deze verschillen staan in tabel 11.

Tabel 11. Verschillen tussen primaire GHB problematiek en andere middelen in Depressie- Angst- en Stressproblematiek.

Primaire problematiek	Mean Rank	Mean Rank GHB	Significantie (p)
Alcohol	206.53	239.28	.029*
Amfetamine	46.50	63.07	.018*
Cannabis	92.69	100.21	.350
Cocaïne	92.15	115.95	.004**
Heroïne	51.21	70.55	.005**

** Verschil is significant op 0.01 betrouwbaarheidsniveau (two-tailed).

* Verschil is significant op 0.05 betrouwbaarheidsniveau (two-tailed).

In tabel 11 is onder andere te zien dat GHB gebruikers ($Mean Rank = 70.55$, $n = 84$) significant hoger scoren op totale DAS problematiek dan de heroïnegebruikers ($Mean Rank = 51.21$, $n = 43$) ($U = 1256.00$, $z = -2.803$ (corrected for ties), $p = < .01$, two-tailed). Het verschil tussen GHB- en heroïnegebruikers is klein ($r = .25$). Er is juist geen significant verschil tussen GHB gebruikers ($Mean Rank = 100.21$, $n = 84$) en cannabisgebruikers ($Mean Rank = 92.69$, $n = 107$) ($U = 4140.00$, $z = -.934$ (corrected for ties), $p = > .05$, two-tailed). De GHB gebruikers scoren beduidend hoger op de DASS dan alcohol-, amfetamine-, cocaïne- en heroïnegebruikers wat inhoudt dat GHB gebruikers vaker depressie-, angst- en stressproblematiek rapporteren dan alcohol-, amfetamine-, cocaïne- en heroïnegebruikers.

Om te onderzoeken welke verschillen er zijn tussen de groepen met betrekking tot sociale kenmerken, zijn er Kruskal Wallis tests uitgevoerd. Er zijn geen significante verschillen gevonden op de scores op totale beperkingen tussen alcoholgebruikers ($Mean Rank = 369.05$), amfetaminegebruikers ($Mean Rank = 350.56$), cannabisgebruikers ($Mean Rank = 385.51$), cocaïnegebruikers ($Mean Rank = 336.18$), GHB gebruikers ($Mean Rank = 367.89$) en heroïnegebruikers ($Mean Rank = 357.23$), H (corrected for ties) = 3.62, $df = 5$, $N = 728$, $p = > .05$. Er zijn ook geen significante verschillen gevonden op de scores op basale beperkingen tussen alcoholgebruikers ($Mean Rank = 370.43$), amfetaminegebruikers ($Mean Rank = 314.09$), cannabisgebruikers ($Mean Rank = 371.90$), cocaïnegebruikers ($Mean Rank = 347.46$), GHB gebruikers ($Mean Rank = 365.40$) en heroïnegebruikers ($Mean Rank = 389.42$), H (corrected for ties) = 3.67, $df = 5$, $N = 729$, $p = > .05$. Er zijn geen significante verschillen gevonden op de scores op positieve externe invloed tussen alcoholgebruikers ($Mean Rank = 361.94$), amfetaminegebruikers ($Mean Rank = 391.69$), cannabisgebruikers ($Mean Rank = 353.07$), cocaïnegebruikers ($Mean Rank = 374.34$), GHB gebruikers ($Mean Rank = 373.58$) en heroïnegebruikers ($Mean Rank = 340.15$), H (corrected for ties) = 1.95, $df = 5$, $N = 727$, $p = > .05$. En er zijn ook geen significante verschillen gevonden op de scores op negatieve externe invloed tussen alcoholgebruikers ($Mean Rank = 353.62$), amfetaminegebruikers ($Mean Rank = 366.86$), cannabisgebruikers ($Mean Rank = 385.41$), cocaïnegebruikers ($Mean Rank = 361.29$), GHB gebruikers ($Mean Rank = 385.30$) en heroïnegebruikers ($Mean Rank = 348.41$), H

(corrected for ties) = 3.13, $df = 5$, $N = 726$, $p = > .05$. Er zijn wel significante verschillen gevonden op de scores op relationele beperkingen tussen alcoholgebruikers (*Mean Rank* = 375.98), amfetaminegebruikers (*Mean Rank* = 402.34), cannabisgebruikers (*Mean Rank* = 399.46), cocaïnegebruikers (*Mean Rank* = 338.52), GHB gebruikers (*Mean Rank* = 353.48) en heroïnegebruikers (*Mean Rank* = 283.03), H (corrected for ties) = 13.54, $df = 5$, $N = 732$, $p = < .05$. Met de Mann-Whitney U-test is geanalyseerd welke gebruikers significant verschillen met GHB gebruikers. Deze verschillen staan in tabel 12.

Tabel 12. Verschillen tussen primaire GHB problematiek en andere middelen in relationele beperkingen.

Primaire problematiek	Mean Rank	Mean Rank GHB	Significantie (p)
Alcohol	217.64	204.15	.368
Amfetamine	64.16	56.35	.260
Cannabis	102.44	89.95	.121
Cocaïne	100.15	104.62	.591
Heroïne	55.37	68.42	.056

In tabel 12 is te zien dat GHB gebruikers niet significant verschillen met andere groepen met betrekking tot de score op relationele beperkingen. Dit betekent dat GHB gebruikers niet beduidend verschillen met alcohol-, amfetamine-, cannabis-, cocaïne- en heroïnegebruikers met betrekking tot relationele beperkingen en dat de significantie betrekking heeft op verschillen tussen andere groepen.

Volgens de Kruskal Wallis test zijn er significante verschillen in zorgprogramma tussen alcoholgebruikers (*Mean Rank* = 427.64), amfetaminegebruikers (*Mean Rank* = 468.84), cannabisgebruikers (*Mean Rank* = 411.36), cocaïnegebruikers (*Mean Rank* = 501.18), GHB gebruikers (*Mean Rank* = 428.07) en heroïnegebruikers (*Mean Rank* = 701.98), H (corrected for ties) = 184.24, $df = 5$, $N = 982$, $p = < .001$. Met de Mann-Whitney U-test is geanalyseerd welke gebruikers significant verschillen met GHB gebruikers. Deze verschillen staan in tabel 13.

Tabel 13. Verschillen tussen primaire GHB problematiek en andere middelen in zorgprogramma.

Primaire problematiek	Mean Rank	Mean Rank GHB	Significantie (p)
Alcohol	243.18	242.17	.936
Amfetamine	65.33	61.25	.447
Cannabis	100.86	104.74	.529
Cocaïne	125.88	108.22	.023*
Heroïne	161.80	85.69	.000***

***. Verschil is significant op 0.001 betrouwbaarheidsniveau (two-tailed).

*. Verschil is significant op 0.05 betrouwbaarheidsniveau (two-tailed).

In tabel 13 is onder andere te zien dat GHB gebruikers (*Mean Rank* = 108.22, $n = 86$) in significant lagere, minder intensieve zorgprogramma's behandeld worden dan cocaïnegebruikers (*Mean Rank* = 125.88, $n = 152$) ($U = 5565.50$, $z = -2.272$ (corrected for ties), $p = < .05$, two-tailed). Het verschil tussen GHB- en cocaïnegebruikers is klein ($r = .15$). GHB gebruikers worden vaker behandeld in minder intensieve zorgprogramma's dan cocaïne- en heroïnegebruikers.

3 Conclusie en Discussie

Aan de hand van de resultaten uit dit veldonderzoek worden antwoorden op de deelvragen gegeven en conclusies getrokken. Daarna worden in de discussie de beperkingen van dit onderzoek belicht, kritische noten geplaatst en aanbevelingen voor vervolgonderzoek worden gedaan.

3.1 Conclusie

In antwoord op de deelvraag *Wat kenmerkt de GHB gebruiker?* kan worden gesteld dat de GHB gebruiker vaak nog thuis woont bij de ouders of in een eigen huis en veelal laag is opgeleid. GHB is vaak het enige middel wat wordt gebruikt. Desondanks is er bij de meerderheid van de GHB gebruikers wel sprake van meerdere diagnoses op AS1 van de DSM (klinische stoornissen). De tweede diagnose op AS1 die vaak voorkomt (eerste is veelal afhankelijkheid van sedativum), is amfetamine-afhankelijkheid. De GHB gebruiker heeft op AS3 (somatische aandoeningen) vaak geen, of geen relevante, diagnose. De afhankelijkheid van GHB is ernstig, evenals het misbruik van en het verlangen naar het middel. Het terugvalpercentage is enorm hoog onder GHB gebruikers. Er zijn in het veldonderzoek geen specifieke redenen aan te geven voor GHB gebruik. Op de deelvraag *Welke redenen hebben personen om GHB te gebruiken?* kan met het veldonderzoek geen antwoord worden gegeven. Wel is er samenhang ontdekt tussen bepaalde factoren in. Zo blijkt dat wanneer de GHB gebruiker meer depressieproblematiek ervaart, er ook meer relationele, basale en totale beperkingen zijn, zoals het aangaan of onderhouden van relaties en het in staat zijn huishoudelijke taken te verrichten. Daarnaast blijkt dat de GHB gebruiker meer beperkingen ervaart, als hij meer angst en/of stress heeft en andersom: meer angst en/of stress, meer beperkingen. Ook de combinatie van de drie factoren: depressie, angst en stress, komt vaak voor bij GHB gebruikers. GHB gebruikers hebben meestal meerdere psychosociale problemen. De psychosociale problemen die vaak voor komen zijn problemen in de primaire steungroep, problemen gebonden aan de sociale omgeving, woonproblemen, werkproblemen en financiële problemen. Dat GHB gebruikers te kampen hebben met ernstige afhankelijkheid en misbruik, bleek al uit het antwoord op de eerste deelvraag. Hoe ernstiger de afhankelijkheid en misbruik van GHB, hoe meer beperkingen de GHB gebruiker ervaart, maar ook wanneer er meer beperkingen zijn, is de afhankelijkheid en misbruik van GHB ernstiger. Er is ook een verband tussen de ernst van de afhankelijkheid en misbruik en depressie-, angst- en stressproblematiek. Meer van het één, betekent ook meer van het ander voor de GHB gebruiker.

Het antwoord op de deelvraag *Wat is de huidige behandeling (bij Novadic-Kentron) bij GHB gebruik?* is na het literatuuronderzoek grotendeels al gegeven. Veldonderzoek laat zien dat de meerderheid van de GHB gebruikers is of wordt behandeld met detoxificatie. De grote meerderheid van de GHB gebruikers wordt behandeld volgens zorgprogramma 2. Dit is een zorgprogramma voor matige verslavings- en psychiatrische verslavingsgerelateerde problematiek.

In antwoord op de deelvraag *Welke verschillen zijn er tussen gebruikers die wel en niet terugvallen in GHB gebruik?* kan worden gesteld dat er geen significante verschillen zijn tussen de GHB gebruikers die terugvallen en de GHB gebruikers die niet terugvallen. In dit onderzoek zijn wel opvallende verschillen gevonden, echter kunnen geen conclusies aan deze resultaten worden verbonden.

In antwoord op de deelvraag *Welke verschillen zijn er tussen GHB gebruikers en gebruikers van andere middelen?* kan gesteld worden dat de GHB gebruiker in verschillende kenmerken verschilt met andere gebruikers. Het meest kenmerkend zijn de hogere terugvalcijfers en angstproblematiek in vergelijking met de alcohol-, amfetamine-,

cannabis-, cocaïne- en heroïnegebruikers. Het grootste verschil in angst is te zien tussen de GHB gebruiker en de amfetaminegebruiker. Opvallend zijn de beduidend hogere scores van GHB gebruikers op angst-, stress-, gecombineerde DASS-problematiek, verlangen en het hoger aantal psychosociale problemen dan cocaïne- en heroïnegebruikers. GHB gebruikers hebben daarnaast meer persoonlijkheidsproblematiek dan de heroïnegebruikers en rapporteren meer afhankelijkheid en misbruik van het middel dan cocaïnegebruikers. En dat terwijl de cocaïne- (en heroïne)gebruikers in een intensiever zorgprogramma worden behandeld dan de GHB gebruikers. Voor wat betreft de sociale factoren zijn er, naast de verschillen in het aantal psychosociale problemen, geen verschillen tussen GHB gebruikers en de andere groepen gebruikers gevonden.

3.2 Discussie

Er zijn een aantal opvallende conclusies getrokken uit de resultaten. Zo zijn er wel verschillen gevonden tussen terugvallers en niet terugvallers, maar deze zijn niet significant. Dit zou te maken kunnen hebben met de grootte van de steekproef. Er zijn analyses verricht op 91 GHB gebruikers, waarvan er 70 in de groep terugvallers zitten en 21 in de groep niet terugvallers. Met name de groep niet terugvallers ligt maar net boven de grens om uitspraken te kunnen doen. Het zou interessant zijn om de tegenstrijdige en verrassende verschillen tussen deze twee groepen te analyseren met een grotere steekproef, bijvoorbeeld door het gehele bestand van Novadic-Kentron te gebruiken. Wat ook mogelijk is, is dat in de operationalisatie een keuze gemaakt had kunnen worden tussen meerdere detoxificaties of meerdere inschrijvingen om 'terugval' te operationaliseren. De operationalisatie is voor dit onderzoek vastgesteld aan de hand van de gegevens die uit het databestand gehaald konden worden. Het is een risico geweest om zowel de GHB gebruikers mee te nemen in de 'terugval' die meer dan één keer gedetoxificeerd zijn en meer dan één keer zijn ingeschreven. Mogelijk hadden de verschillen tussen wel en niet terugvallers er anders uitgezien als enkel de gebruikers met meerdere detoxificaties waren geanalyseerd als terugvallers. Daarnaast zijn beide dimensies van terugval zoals gebruikt in dit onderzoek niet geheel waterdicht. In het databestand zijn ook detoxificaties opgenomen die maar een paar dagen duurde, of niet eens één dag. Het aantal inschrijvingen in het databestand zegt niets over daadwerkelijke behandeling of dat iemand volledige abstinentie heeft bereikt. Ook kan er altijd nog gediscussieerd worden over wanneer van 'terugval' gesproken mag worden. Is dat al wanneer een GHB gebruiker volledig abtinent is en op feestjes weer wat gebruikt? Of iemand die het gebruik rigoureus heeft teruggebracht naar minimale onderhoudsdosis, maar een paar dagen meer gebruikt omdat het even niet goed gaat? Kortom, geprobeerd is om de validiteit te waarborgen ten aanzien van 'terugval', echter kan de validiteit op dit punt worden bediscussieerd. De betrouwbaarheid van dit onderzoek is echter hoog. Alle stappen die onderzoeker gezet heeft ten aanzien van het opschonen en analyseren van het bestand zijn op te vragen. Het uitvoeren van hetzelfde onderzoek, zal dezelfde informatie opleveren. Naast het punt met betrekking tot terugval, zijn er meer zaken aangetroffen in het databestand die hier genoemd dienen te worden. Zo bleken niet alle klantnummers gekoppeld te zijn aan een regio. Er is een databestand opgebouwd waarbij klantnummers daadwerkelijk onder een regio vielen, om aan de deelnemersvoorwaarden te voldoen. Mogelijk zijn hier echter wel cases mee verloren gegaan. Vaak bleek dat klantnummers naast de regio, ook andere data misten. Verder hebben cliënten die een tweede (of derde etc) behandeling hebben gekregen, wel hetzelfde klantnummer, maar mogelijk zijn ze onderwijl verhuisd. Het bestand voorzag niet in deze informatie en er is dus voor gekozen om ervan uit te gaan dat cliënten in latere behandelingen nog altijd onder dezelfde regio vallen. Ook was het niet helder of de achtergrondgegevens van de cliënten zijn bijgewerkt. Als iemand bij

inschrijving in 1998 op kamers woont, wil dat niet zeggen dat hij in 2014 nog steeds op kamer woont. Hetzelfde geldt voor gegevens van de MATE. Het is niet duidelijk wanneer de MATE is ingevuld en of deze bij een nieuwe inschrijving is aangepast. Eveneens voor de primaire problematiek geldt dat dit kan veranderen. Mogelijk staat een cliënt nu als GHB gebruiker ingeschreven, maar waren zijn vorige inschrijvingen voor andere middelen. In dit onderzoek is uitgegaan van de primaire problematiek zoals deze is geregistreerd. In de resultaten zijn ogenschijnlijk redenen gevonden voor het GHB gebruik. Zoals te zien in de resultaten en in het antwoord op deelvraag 2 zouden angst en/of stress of de combinatie depressie-, angst- en stressproblematiek redenen kunnen zijn voor gebruikers om GHB te gebruiken. Het kan echter ook betekenen dat GHB gebruik de reden is van deze problematiek. Plausibele verklaringen zoals de mogelijkheid dat de hoeveelheid psychosociale problemen stress en angst veroorzaken wat het gebruik tot gevolg heeft, kunnen in dit onderzoek niet worden weerlegd of bekrachtigd. Het niet kunnen onderscheiden van oorzaak en gevolg is een beperking.

De verschillen in angstscores van de niet terugvallende GHB gebruikers lagen hoger dan de scores van de terugvallende GHB gebruikers en hoewel deze resultaten niet significant bleken, zijn ze wel opvallend. Dit verschil in score kan worden veroorzaakt door toeval, door de kleine steekproef, mogelijk aangetaste validiteit. Misschien doordat de GHB gebruikers die niet teruggevallen zijn, nog niet zolang gebruiken en in de toekomst nog wel gaan terugvallen. Er zijn allerhande redenen te bedenken, maar mogelijk kan het verschil ook wijzen op een erg belangrijk uitgangspunt: de terugvallende GHB gebruiker ervaart werkelijk minder angst. Het zou kunnen dat de terugvallende GHB gebruiker juist terugvalt in het gebruik wanneer hij angst ervaart. Door telkens opnieuw weer het middel te gaan gebruiken, wordt zijn angst gedempt. Een bijkomend interessant verschil is dat de niet terugvallende GHB gebruiker vaker in psychologische behandeling is dan de terugvallende GHB gebruiker. Mogelijk is dit een aanwijzing dat zij niet terugvallen omdat ze in psychologische behandeling zijn. Verder onderzoek naar hoe angst werkt voor de GHB gebruiker en de effectiviteit van psychologische behandeling is gewenst.

Angst is een telkens terugkomende factor bij GHB gebruik. Of het nu veroorzaakt wordt door het gebruik, of dat GHB wordt gebruikt om de angst te dempen, maakt voor de conclusie niet uit: angst speelt een belangrijke rol bij GHB gebruik. Dit was al wel bekend, maar wat dit onderzoek van belang maakt voor het werkveld is in hoeverre de GHB gebruiker verschilt met andere gebruikers. Niet alleen met betrekking tot angstproblematiek, maar ook de hoeveelheid problemen en de ernst van de afhankelijkheid, misbruik en het verlangen naar het middel. Bijzonder is het dan in dit zelfde onderzoek te ontdekken dat de intensiteit van de behandeling van GHB gebruikers beduidend minder is vergeleken bij cocaïne- en heroïnegebruikers. Het verschil met de heroïnegebruikers is te verklaren. Heroïnegebruikers blijven langer in behandeling in verband met langdurige methadonverstrekking. Het verschil met cocaïnegebruikers verdient echter verder onderzoek.

Deel 3: Algemene conclusie en aanbevelingen

Aan de hand van de eerder getrokken conclusies in de vorm van antwoorden op de deelvragen, wordt in de algemene conclusie antwoord gegeven op de hoofdvraag. Daarna worden in de discussie de beperkingen van het gehele onderzoek belicht, kritische noten geplaatst en aanbevelingen voor vervolgonderzoek worden gedaan.

1. Conclusie

Er is literatuur- en veldonderzoek verricht om tot antwoorden te komen op de deelvragen die leiden tot het antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek. In deze conclusie volgt het antwoord op de hoofdvraag: *Welke psychologische en sociale factoren beïnvloeden het gebruik en terugval bij GHB gebruikers die bij Novadic-Kentron in West Brabant in behandeling zijn?*

Angstproblematiek, onzekerheid, laag gevoel van eigen effectiviteit en een aanzienlijke hoeveelheid aan psychosociale problemen zijn van invloed op GHB gebruik en terugval. GHB gebruikers nemen het middel mogelijk om gevoelens (zoals onzekerheid en angst) te dempen, het gebruik van GHB kan deze gevoelens echter ook oproepen. De sociale drug waar GHB om bekend staat en waar in de literatuur een nadruk op bleek te liggen, is in het veldonderzoek niet herkend als een onafhankelijke factor die rechtstreeks invloed uitoefent op GHB gebruik. De GHB gebruikers verschillen in de sociale factoren niet met andere gebruikers. Gebruikers zelf zien GHB mogelijk wel als sociale drug zoals blijkt uit het literatuuronderzoek. Een motief om te gebruiken is immers voor velen dat vrienden gebruiken. De GHB gebruiker heeft een opvallend positieve attitude ten opzichte van het middel en de gevaren en risico's die kleven aan het beginnen of voortzetten van het GHB gebruik worden onderschat. De eerste keer GHB gebruiken, wordt vaak aangestuurd vanuit eenzaamheid en de behoefte ergens bij te horen. De 'peerpressure' is hoog. Wat bleek is dat de sociale factoren vooral in combinatie met de psychologische factoren van invloed zijn op GHB gebruik. De sociale factoren (relationele, basale en totale beperkingen) in combinatie met de psychologische factoren (depressie-, angst- en stress) en de ernst van de afhankelijkheid en misbruik versterken elkaar namelijk. De hoeveelheid psychosociale problemen van de GHB gebruiker zoals gevonden in het veldonderzoek heeft raakvlak met de in de literatuur gevonden hoofdreden voor het gebruik van GHB: het vergeten van problemen en zorgen. Gebleken is dat terugvallers en niet-terugvallers in GHB gebruik niet aanzienlijk van elkaar verschillen, maar GHB gebruikers en andere groepen gebruikers verschillen wel aanzienlijk en dan niet in het voordeel van de GHB gebruiker. In het veldonderzoek springt de GHB gebruiker eruit in DAS- en angstproblematiek, hoeveelheid psychosociale problemen, verlangen en ernst van de afhankelijkheid en misbruik van het middel in vergelijking met gebruikers van andere middelen. In de sociale kenmerken en depressieproblematiek zijn er geen verschillen tussen GHB gebruikers en de andere groepen gebruikers gevonden, terwijl dit wel in de verwachting lag. Opvallend is dat de cocaïnegebruikers vaker in een intensiever zorgprogramma worden behandeld dan de GHB gebruikers. Door de GHB gebruiker (na detoxificatie) op een zelfde wijze te behandelen of zelfs minder intensief en korter, terwijl de problemen groter zijn zoals uit het veldonderzoek blijkt, komt volgens het literatuuronderzoek het volhouden van abstinentie niet ten goede. Detoxificatie is belangrijk om abstinentie te bereiken volgens de literatuur, maar het wel of niet afronden van detoxificatie zegt niets over de kans op terugval. Frequentie en langere nazorg wel en is belangrijk gebleken uit literatuuronderzoek om terugval tegen te gaan. De literatuur met betrekking tot behandeling bij GHB gebruik toonde opvallend veel onderzoek naar detoxificatie, maar weinig onderzoek naar nazorg bij GHB gebruik. De

psychologische en sociale factoren die het GHB gebruik beïnvloeden, krijgen mogelijk in de behandeling nog onvoldoende aandacht.

2. Discussie

Zoals in het veldonderzoek al aangegeven, vereist het werken met bestaande data een andere werkwijze en een andere focus dan het werken met een ontwikkelde vragenlijst. Met bestaande data is het andersom werken. Gekeken in dit onderzoek is naar welke informatie beschikbaar was om vervolgens vast te stellen welke vraag kan worden beantwoord. Vervolgens is dit vertaald in een operationalisatie. Het gevolg is dat de hoofdvariabelen mogelijk anders geoperationaliseerd zouden zijn wanneer operationalisatie het uitgangspunt was in plaats van het databestand. Er zijn dus duidelijke nadelen, onzekerheden en hobbels in het werken met de bestaande data die voor dit onderzoek ter beschikking waren, echter zijn er ook voordelen. Tijdwinst met betrekking tot het samenstellen van een vragenlijst en zekerheid van voldoende deelnemers zijn grote voordelen. De hoeveelheid GHB gebruikers die meegenomen konden worden in dit onderzoek ten opzichte van de gehele populatie, vergeleken met wat mogelijk zou zijn bij ander kwantitatief onderzoek met gebruik van zelf samengestelde vragenlijsten, maakt dat de generaliseerbaarheid aanzienlijk hoger is. Vooraf was duidelijk wat er in het bestand zou staan en of er voldoende data beschikbaar waren. Het databestand bleek erg rijk aan informatie. Mede daardoor heeft het onderzoek een interessante en vernieuwende dimensie gekregen door GHB gebruikers te kunnen vergelijken met andere gebruikers.

De achtergrondkenmerken van de GHB gebruiker zijn wel in het literatuuronderzoek beschreven. Echter zijn deze niet verder meegenomen in het veldonderzoek. Dit was een praktisch besluit. Het beloofde een te omvangrijk rapport te worden, waardoor is besloten terug te keren naar de basisgegevens die nodig waren om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden. De achtergrondkenmerken waren voor dit onderzoek van ondergeschikt belang. Desalniettemin zijn de uitgevoerde analyses ten aanzien van de achtergrondkenmerken op te vragen bij onderzoeker.

In dit onderzoek was het belangrijker af te remmen dan gas te geven. Het databestand biedt zoveel meer mogelijkheden dan benut zijn voor dit onderzoek. Het besef dat er veel meer uit het databestand gehaald had kunnen worden, is continu aanwezig geweest. Het was echter onmogelijk, gezien de beschikbare tijd en ruimte in het rapport om al te zeer af te wijken van het benoemen van de noodzakelijk geachte resultaten.

In de discussie van het literatuur- en het veldonderzoek zijn al verschillende aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek. Met name onderzoek naar de angst van de GHB gebruiker en de relatie met het gebruik zou interessant zijn om verder te onderzoeken. Een kwalitatief onderzoek gericht op de ervaring met en beleving van angst door de GHB gebruiker zou nog meer inzicht en richting geven aan wat de GHB gebruiker nodig heeft om abstinentie te bereiken en vol te houden.

De sociale kenmerken van de GHB gebruiker zoals gevonden in de literatuur en in het veldonderzoek, komen niet geheel overeen. Er zijn wel grote verschillen gevonden tussen terugvallende GHB gebruikers en de niet terugvallende GHB gebruikers met betrekking tot basale, relationele en het totaal aan beperkingen en de externe invloed. Deze verschillen waren niet significant, maar zijn wel het verder onderzoeken waard. In de literatuur komt sterk naar voren dat GHB een 'sociale' drug is. Dit lijkt echter vooral in het begin zo te zijn. Later verandert het gebruik van sociaal gebruik, naar geïsoleerd gebruik. Op het moment van aanmelden bij een instelling als Novadic-Kentron is het stadium van geïsoleerd gebruik veelal bereikt, omdat met name tijdens het sociale gebruik de

risico's en gevaren worden gebagatelliseerd en de attitude ten opzichte van het middel nog positief is. Uit dit onderzoek bleek wel duidelijk dat GHB gebruikers veel psychosociale problemen hebben. De psychosociale problemen zijn zowel psychologisch als sociaal van invloed. Kortom, ten aanzien van de sociale factoren die invloed hebben op het GHB gebruik, zijn nog wel vragen te beantwoorden. Deze vragen zouden mogelijk beantwoord kunnen worden door middel van een specifiek kwalitatief onderzoek, wellicht gecombineerd met een onderzoek naar angst.

Mogelijk is de behandeling van GHB gebruikers na detoxificatie te kort van duur en onvoldoende op maat. De aanbeveling is met name gericht op het inrichten van de zorg aan de individuele behoeften van de GHB gebruiker na de detoxificatie. In de zorg ligt een rol voor het (gezins)systeem van de GHB gebruiker. Niet alleen omdat uit de literatuur bleek dat GHB een sociale drug is en de GHB gebruiker veelal nog inwonend is bij de ouders, ook omdat er een samenhang bestaat tussen sociale kenmerken, psychologische kenmerken en afhankelijkheid. Als er een behandeling komt die zich richt op de psychologische kenmerken van de individuele GHB gebruiker (zoals het verminderen van angst, vergroten van de eigen effectiviteit) met behulp van de sociale omgeving door middel van bekrachtiging en het genereren van sociale steun, zal (de ernst van) het gebruik en de terugval mogelijk afnemen. Tot slot valt te benadrukken dat de GHB gebruiker geen data is. Hij is bovenal een mens. Een mens, een individu met eigen behoeften, motivaties, overtuigingen en beperkingen. Door de GHB gebruiker als mens te versterken op die punten in zijn leven waar hij behoefte aan heeft, zal de GHB minder nodig zijn om gevoelens van kracht en eigen effectiviteit te ervaren. De negatieve vicieuze cirkel kan dan vervangen worden door een positieve, voor zowel de gebruiker en zijn omgeving als voor de maatschappij. Maatwerk zorg, kan zorgen voor minder gebruik, minder terugval, minder zorg, meer gevoelens van welbevinden, meer participatie in de maatschappij. Dit betekent zowel ontlasting van de zorg in ziekenhuizen als in verslavingszorginstellingen. Er zijn in dit onderzoek aanknopingspunten gevonden; voor zowel verder onderzoek als ter ontwikkeling van de zorg, deze aanknopingspunten mogen een ruimdenkende en onbevooroordeelde visie op de GHB gebruiker echter nooit in de weg staan. De GHB gebruiker is niet alleen zijn angst, zijn problemen, zijn vrienden, zijn lage opleiding. Misschien is hij zelfs geen van dit alles en zijn er andere zaken die zijn gebruik aansturen. Nu meer bekend is over de algemene kenmerken, kan er met nieuwe ogen naar het individu gekeken worden. Hij is anders dan de heroïnegebruiker, ook anders dan de amfetaminegebruiker. Kijken naar wat anders is, is deel van de sleutel. Per individu, keer op keer weer, naar zijn biologische, psychologische en sociale achtergrond. Naar ZIJN persoonlijke situatie en belevingen. Want 'verslaving heeft zelden één oorzaak'.

Literatuurlijst

- Bell, J. & Collins, R. (2010). Gamma-butyrolactone (GBL) dependence and withdrawal. *Addiction*, 106. 442-447. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03145.x
- Bosch, O.G., Quednow, B.B., Seifritz, E. & Wetter, T.C. (2012). Reconsidering GHB: Orphan drug or new model antidepressant? *Journal of Psychopharmacology*, 26(5). 618-628.
- Brug, J., Van Assema, P. & Lechner, L. (2008). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: Een planmatige aanpak* (6^e druk). Assen: Van Gorcum.
- Brunt, T.M., Koeter, M.W., Hertoghs, N., Van Noorden, M.S. & Van den Brink, W. (2013). Sociodemographic and substance use characteristics of gamma hydroxybutyrate (GHB) dependent inpatients and associations with dependence severity. *Drug and alcohol dependence*, 131. 316-319. Geraadpleegd op <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.12.023>
- Buisman, W. (Red.). (2007). Module Nazorg. *Verslaving*, 3. 57-58. DOI 10.1007/BF03075406
- CAM. (2011). *Risicoschatting gamma-hydroxyboterzuur 2011*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- De Jong, C.A.J. & Dijkstra, B.A.G. (2013). *GHB Monitor: GHB detoxificatie met farmaceutische GHB*. Nijmegen: Nijmegen Institute for Scientist Practitioners in Addiction (NISPA).
- De Jong, C.A.J., Van Hoek, A.F.M. & Jongerhuis, M. (Red.). (2004). *Richtlijn Detox: Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GHB-gebruikers belanden vaker in ziekenhuis. (2013, 29 november). *Algemeen Nederlands Persbureau (ANP)*. Geraadpleegd op <http://www.nu.nl/algemeen/3641851/ghb-gebruikers-belanden-vaker-in-ziekenhuis.html>
- Gonzalez, A. & Nutt, D.J. (2005). Gamma hydroxy butyrate abuse and dependency. *Journal of Psychopharmacology*, 19(2). 195-204. doi: 10.1177/0269881105049041
- Hamink, A. & Schrijvers, C. (2012). *Preventie van GHB gebruik in Nederland: Onderzoek naar de kenmerken van GHB gebruikers, in het bijzonder van hangjongeren en thuisgebruikers*. Rotterdam: IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving.
- Hamink, A. & Schrijvers, C. (2013). GHB-gebruik onder hangjongeren en thuisgebruikers. *Tijdschrift voor Verslaving*, 2. 59-69. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum BV/SpringerMedia.
- Kamal, R., Dijkstra, B.A.G., Van Iwaarden, J.A., Van Noorden M.S. & De Jong C.A.J. (2013). *Practice-based aanbevelingen voor de detoxificatie van patiënten met een stoornis in het gebruik van GHB*. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Kamal, R.M., Van Iwaarden, S., Dijkstra, B.A.G. & De Jong, C.A.J. (2013). Decision rules for GHB (gamma-hydroxybutyric acid) detoxification: A vignette study. *Drug and alcohol dependence*, 135. 146-151. Geraadpleegd op <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.12.003>
- Lee, S.J. & Levounis, P. (2008). Gamma Hydroxybutyrate: An ethnographic study of recreational use and abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(3). 245-253.
- Meer drugsslachtoffers door GHB. (2013, 29 november). *Nederlandse Omroep Stichting (NOS)*. Geraadpleegd op <http://nos.nl/artikel/580817-meer-drugsslachtoffers-door-ghb.html>
- Meerkerk, G., Van Rooij, A.J., Amadmoestar, S.S. & Schoenmakers, T. (2009). *Nieuwe verslavingen in zicht: Een inventariserend onderzoek naar aard en omvang van 'nieuwe verslavingen' in Nederland*. Rotterdam: IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving.

- Morrison, V. & Bennett, P. (2010). *Gezondheidspsychologie* (2e druk). Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Nevid, J.S., Rathus, S.A. & Greene, B. (2008). *Psychiatrie: Een inleiding* (6e editie). Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Novadic-Kentron. (z.j.). *Toeleiding GHB Behandeling*.
- Oliemeulen, L. & Van der Poel, A. (2008). *Nazorg aan verslaafden door de verslavingszorg*. Rotterdam: IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving.
- Roozen, H.G., Meyers, R.J. & Smith, J.E. (2013). *Community Reinforcement Approach: Klinische procedures voor de behandeling van alcohol- en drugverslaving*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Sparreboom, N. (2010). *Familiegeschiedenis, spanningsbehoefte en psychopathologie als predictoren voor middelengebruik*. Universiteit van Tilburg.
- Stein, L.A.R., Lebeau, R., Clair, M., Martin, R., Bryant, M., Storti, S. & Monti, P. (2011). A Web-Based Study of Gamma Hydroxybutyrate (GHB): Patterns, Experiences, and Functions of Use. *American Journal on Addictions*, 20(1), 30-39. doi:10.1111/j.1521-0391.2010.00099.x.
- Terugval na afkicken van GHB veel groter dan bij heroïne. (2013, 14 november). *RTL Nieuws*. Geraadpleegd op <http://www.rtlnieuws.nl/nieuws/binnenland/terugval-na-afkicken-van-ghb-veel-groter-dan-bij-heroine>
- Thijssen, W. (2013, 18 mei). Schuimbekkend van de GHB – in Rucphen. *De Volkskrant*.
- Van Ansum, W. (2012). Preventie van problematisch GHB gebruik onder hangjongeren en thuisgebruikers. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 6(90). 347-348. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum BV/SpringerMedia.
- Van den Brink, W. & Schippers, G.M. (2012). Stagering en profilering bij verslaving. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(11). 941-948. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij
- Van Laar, M.W., Cruts, A.A.N., van Ooyen-Houben, M.M.J., Meijer, R.F., Croes, E.A., Ketelaars, A.P.M., ... Brunt, T. (2013). *Nationale Drug Monitor: jaarbericht 2012*. Geraadpleegd op <http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/feiten---cijfers---beleid/af/~media/files/inkijkexemplaren/af1196%20ndm%20jaarbericht%202012.ashx>
- Van Noorden, M.S. (2012). GHB: Intoxicaties, afhankelijkheid en onthouding. *Bijblijven*, 28(10), 7-11. doi: 10.1007/s12414-012-0068-5
- Van Noorden, M.S., Kamal, R., De Jong, C.A.J., Vergouwen, A.C.M. & Zitman, F.G. (2010). GHB-afhankelijkheid en –onthoudingssyndroom. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 154.
- Van Noorden, M.S., Van Dongen, L.C.A.M., Zitman, F.G. & Vergouwen, A.C.M. (2009). Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome dangerous but not well-known. *General Hospital Psychiatry*, 31. 394-396.
- Verster, A. (2005). Literatuurstudie: Nazorg volgend op een klinische primaire verslavingsbehandeling. In W.A.J.M. De Wildt, *Nazorg na deeltijd en klinische behandeling* (p.46-97).
- Visser, P. (2013, januari). GHB-problematiek in Regio West Brabant. Novadic-Kentron.
- Vonk, R. (Red.). (2008). *Sociale psychologie* (2^e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Voorham, L. & Buitenhuis, S. (Red.). (2012). *GHB-gebruik(ers) in beeld: Een typering van de GHB-gebruiker en hun bereikbaarheid*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T. & Mol, A. (2013). *Kerncijfers verslavingszorg 2012: Landelijk alcohol en drugs informatie systeem*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.

Wisselink, D.J. & Mol, A. (2013). *GHB hulpvraag in Nederland: Belangrijkste ontwikkelingen van de hulpvraag voor GHB problematiek in de verslavingszorg 2007-2012*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.

Zembla. (2013, 14 november). Knock-out in Brabant [video file]. Geraadpleegd op <http://zembla.incontxt.nl/seizoenen/2013/afleveringen/14-11-2013>

Bijlage A – Operationalisatie

In de operationalisatie worden de drie hoofdvariabelen: psychologische factoren, sociale factoren en terugval verder uitgediept. De operationalisatie is het fundament waarop het onderzoek is gebouwd. Hierbij dient tijdens het lezen ervan te worden meegenomen dat de operationalisatie heeft plaatsgevonden aan de hand van de vragenlijst de MATE (bijlage C) waarvan al bestaande data aanwezig zijn bij Novadic-Kentron. Deze bestaande data zijn voor dit onderzoek gebruikt.

Psychologische factoren

Psychologische factoren in dit onderzoek zijn emoties, gedragingen en gedachten die de persoon in zijn functioneren kenmerken (Nevid, Rathus & Greene, 2008). Persoonlijkheid is een combinatie van psychologische kenmerken die een zekere mate van stabiliteit aan het gedrag van het individu verlenen in verschillende situaties en momenten (Zimardo, Johnson & McCann, 2009). Om vast te stellen of er sprake is van persoonlijkheidsproblematiek, wordt bij Novadic-Kentron voor elke cliënt de DSM classificaties ingevuld voor psychische stoornissen:

As 1: Primaire symptomatologie.

As 2: Persoonlijkheidsstoornis

As 3: Somatische ziekten

As 4: Psychosociale factoren

As 5: GAF score: niveau van functioneren, waarbij 1 nihil is en 100 perfect.

De DSM classificatie is een erkende tool tot het komen van een diagnose.

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van AS 4 en AS 5 bij de analyses met betrekking tot psychologische kenmerken. De diagnose op AS 2 bleek te vaak te zijn uitgesteld om deze gegevens mee te kunnen nemen in het onderzoek.

Met persoonlijkheid wordt in de MATE bedoelt, dat er indicaties zijn voor persoonlijkheidsproblematiek. In de MATE wordt de 'Standardised Assessment of Personality Abbreviated Scale' (verder te noemen 'SAPAS') gebruikt. Dit is een interview met acht ja/nee vragen die een persoonlijkheidsprobleem indiceren. 'Ja' als antwoord op alle items met item drie uitgezonderd, wordt aangemerkt als negatief. 'Ja' als antwoord op item drie, wordt aangemerkt als positief (Schippers, Broekman & Buchholz, 2011). In de MATE is item drie al gehercodeerd. Moran, Leese, Lee, Walters, Thornicroft en Mann (2003) hebben in onderzoek aangetoond dat de screening voldoet aan de betrouwbaarheids- en validiteitseisen. De indicatoren van de dimensie 'persoonlijkheid' zijn persoonlijkheidstrekken, geen voorbeelden van situatiegebonden gedrag. Een voorbeelditem van de dimensie persoonlijkheid is: *'Bent u impulsief van aard?'*. Een hogere score op de schaal 'persoonlijkheid' betekent dat er meer problematiek is op het vlak van persoonlijkheid. De drempelwaarde is vier, waarbij een score vanaf vier betekent dat er een indicatie is voor een persoonlijkheidsstoornis of er in ieder geval sprake is van ernstige persoonlijkheidsproblematiek (Germans et al. In Schippers et al., 2011).

De dimensies depressie, angst en stress worden in de MATE bevraagd met behulp van de verkorte versie van de 'Depression Anxiety Stress Scale' (verder te noemen 'DASS'). Deze vragenlijst legt de focus op de ervaring van de cliënt van de laatste zeven dagen in plaats van in zijn algemeenheid. De verkorte versie bevat 21 items en levert aan betrouwbaarheid en validiteit amper in op de volledige versie (Schippers et al., 2011). Volgens Egberink, Vermeulen en Frima (2001) is de betrouwbaarheid van de DASS goed, maar de begrips- en criteriumvaliditeit zijn weinig tot niet onderzocht door de COTAN. Voor de dimensies depressie, angst en stress zijn telkens zeven indicatoren/items gebruikt in de verkorte vragenlijst met een vierpunts likertschaal. Deze schaal loopt van 'helemaal niet of nooit van toepassing' tot 'zeer zeker of meestal van toepassing'. Waarbij 'helemaal niet of nooit van toepassing' telkens als positief kan worden aangemerkt en 'zeer zeker of meestal van toepassing' als negatief. Een voorbeelditem van de zeven items op de dimensie depressie is: *'Ik voelde me somber en zwaarmoedig'*. Een voorbeelditem van de zeven items op de dimensie angst is: *'Ik was angstig zonder enige reden'*. Een voorbeelditem van de zeven items op de dimensie stress is: *'Ik vond het moeilijk me te ontspannen'*. Lovibond en Lovibond in Schippers et al. (2011) geven aan dat een score vanaf drempelwaarde 21 op de dimensie depressie betekent dat er sprake is van ernstige symptomen. Een score vanaf drempelwaarde 15 op de dimensie angst betekent dat er sprake is van ernstige symptomen. Een score vanaf drempelwaarde 26 op de dimensie stress betekent dat er sprake is van ernstige symptomen. De som van de totale verkorte DASS in de MATE vanaf drempelwaarde 60 betekent dat er sprake is van ernstige symptomen (Schippers et al., 2011).

In het databestand bleken de volgende variabelen beschikbaar die ook tot de psychologische factoren behoren en die mee genomen zijn in het onderzoek:

- Verlangen: In de MATE wordt de sterkte van het verlangen naar het middel bedoeld (Schippers et al., 2011). Het verlangen bepaalt mede de verslavingsernst. Het verlangen wordt in de MATE bevraagd met behulp van een verkorte versie van 'Obsessive Compulsive Drinking Scale' (verder te noemen 'OCDS'). De OCDS geeft met vijf items een maat voor het verlangen (craving) naar het middel op een vijfpuntslikertschaal met scores van 0 tot en met 4. Waarbij 0 positief is en 4 negatief. Een voorbeelditem van de vijf items is: *'Hoe sterk is de drang om te gebruiken?'*. Een hogere score op de schaal 'verlangen' betekent dat er meer verlangen is naar het middel. De drempelwaarde is 12, waarbij een score vanaf 12 betekent dat er een indicatie is voor een ernstig verlangen naar het middel (Schippers et al., 2011).

- Afhankelijkheid: In de MATE wordt de ernst van de afhankelijkheid van het middel bedoeld (Schippers et al., 2011). De afhankelijkheid bepaalt mede de verslavingsernst. De afhankelijkheid wordt in de MATE bevraagd met behulp van vragen overeenkomstig de DSM IV (World Health Organization In Schippers et al., 2011). Zeven items met ja/nee antwoorden vormen een maat voor de afhankelijkheid van het middel. Een voorbeelditem van de zeven items is: *'Voelde u zich in de afgelopen 12 maanden ziek of onwel bij het stoppen of minderen met het middel of gebruikte u het middel of een sterk gelijkend middel om deze gevoelens te voorkomen?'*. Een hogere score op de schaal 'afhankelijkheid' betekent dat er ernstigere afhankelijkheid is van het middel. De drempelwaarde is 3, waarbij een score vanaf 3 betekent dat er sprake is van afhankelijkheid van het middel (Schippers et al., 2011).

- Misbruik: In de MATE wordt de ernst van het misbruik van het middel bedoeld (Schippers et al., 2011). Het misbruik bepaalt mede de verslavingsernst. Het misbruik wordt in de MATE bevraagd met behulp van vragen overeenkomstig de DSM IV (World Health Organization In Schippers et al., 2011). Vier items met ja/nee antwoorden vormen een maat voor het misbruik van het middel. Een voorbeelditem van de vier items is:

'Belemmerde het gebruik u in de afgelopen 12 maanden in uw werkzaamheden op school, in uw baan of thuis?'.

Een hogere score op de schaal 'misbruik' betekent dat er ernstigere misbruik is van het middel. De drempelwaarde is 1, waarbij een score vanaf 1 betekent dat er sprake is van misbruik van het middel (Schippers et al., 2011).

- Ernst afhankelijkheid/misbruik: Het aantal positieve antwoorden op de items 2 t/m 9 en 11 op de items van afhankelijkheid en misbruik geeft de ernst van de afhankelijkheid/misbruik weer. De drempelwaarde is 8, waarbij een score vanaf 8 betekent dat er een indicatie is voor ernstige afhankelijkheid/misbruik van het middel (Schippers et al., 2011).

Afhankelijkheid, misbruik en verlangen zijn factoren die met name veroorzaakt worden door de werking van het middel. Aangezien in het literatuuronderzoek de factoren verlangen en afhankelijkheid specifiek zijn genoemd, is er toch voor gekozen om deze factoren in het veldonderzoek mee te nemen in de analyses.

Sociale factoren

In dit onderzoek wordt onder sociale factoren verstaan: alle kenmerken van cliënt rondom levensgebieden met betrekking tot intermenselijke relaties en die levensgebieden met maatschappelijk belang en verwachtingen (hieronder valt bv werk en opleiding, maar ook het in staat zijn tot het voeren van een huishouden) die van invloed (kunnen) zijn op het (herstel na) middelengebruik.

In de MATE wordt voor het meten van sociale factoren de MATE-ICN gebruikt. De MATE-ICN gebruikt de internationale classificatie van het menselijk functioneren als basis; de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) (Schippers et al., 2011). De MATE-ICN bestaat uit twee dimensies: 'activiteiten en participatie' en 'externe invloeden'. De gehele MATE-ICN bestaat uit 28 items waarbij de cliënt dient aan te geven in hoeverre bepaalde zaken op hem/haar van toepassing waren de afgelopen 30 dagen. De cliënt kan de mate invullen op een vijfpuntslikert schaal: 'geen/nvt' (=0), 'licht' (=1), 'matig' (=2), 'ernstig' (=3) en 'volledig' (=4) (Schippers et al., 2011).

De dimensies van sociale factoren zoals deze worden gebruikt in dit onderzoek zijn: 'Activiteiten en participatie; zorg en ondersteuning' en 'externe factoren van invloed op het herstelproces'. Met 'activiteiten en participatie' worden in de MATE sociale en maatschappelijke domeinen en factoren gemeten die van invloed kunnen zijn op het middelengebruik. Met 'externe factoren van invloed op het herstelproces' wordt in de MATE gemeten in hoeverre de omgeving van de cliënt invloed uitoefent op het herstel van de cliënt (Schippers et al., 2011). Beide dimensies bestaan uit subdimensies die zijn geselecteerd door experts op basis van de relevantie voor mensen met psychologische problemen op het meedraaien in het dagelijkse leven in de breedst mogelijke zin en de invloed die de domeinen, attitudes van cliënt of omgeving op het gebruik kunnen uitoefenen (Schippers, Broekman, Buchholz, Koeter & Van den Brink, 2010).

De dimensie 'activiteiten en participatie; zorg en ondersteuning' bestaat uit vier subdimensies:

- Beperkingen totaal: som op de items van de subdimensies 'beperkingen basaal' en 'beperkingen relationeel'.
- Beperkingen basaal: Voorbeelden van indicatoren op deze subdimensie zijn: moeite met het 'verwerven en behouden van woonruimte', 'huishoudelijke taken', 'persoonlijke verzorging' en 'uitvoeren van dagelijkse routinehandelingen'. Een voorbeelditem op deze subdimensie is: *Had u gebrek aan onderdak of had u andere problemen met huisvesting?*
- Beperkingen relationeel: Voorbeelden van indicatoren op deze subdimensie zijn: moeite met het aangaan en onderhouden van 'intieme relaties', 'ouder-kind relaties', 'informele sociale relaties en familierelaties', 'formele

relaties' en 'algemene tussenmenselijke relaties'. Een voorbeelditem op deze subdimensie is: *Had u moeilijkheden met uw partner? (of er moeite mee dat u geen partner had?)*

- Zorg en ondersteuning bij beperkingen: Deze subdimensie betreft de hoeveelheid zorg en ondersteuning de cliënt heeft gekregen bij beperkingen. Een voorbeelditem op deze subdimensie is: *In welke mate werd de persoon aangespoord of gesuperviseerd bij verkrijgen en opvolgen van adviezen en behandeling (bewaking van therapietrouw)?*

De dimensie 'externe factoren van invloed op het herstelproces' bestaat uit drie subdimensies:

- Positieve externe invloed: Een indicator van deze subdimensie is bijvoorbeeld: Positieve invloed en ondersteuning van relaties (partner, familie, vrienden, kennissen, burens, collega's e.d.). Een voorbeelditem op deze subdimensie is: *Zijn er in uw omgeving mensen die steunend zijn en een positieve invloed hebben op u en uw herstel?*

- Negatieve externe invloed: Een indicator van deze subdimensie is bijvoorbeeld: Negatieve invloed van andere externe factoren. Een voorbeelditem op deze subdimensie is: *Zijn er nog andere omstandigheden die een negatieve invloed hebben op u en uw herstel?*

- Zorgbehoefte: Totaal aantal punten op ervaren noodzaak van zorg op de dimensie 'externe factoren van invloed op het herstelproces'.

Welke subdimensies meegenomen worden in welke score is te lezen in de MATE in bijlage C.

In de MATE-ICN wordt niet alleen gevraagd aan de cliënt op welke domeinen de moeilijkheden liggen, maar ook hoeveel zorg en ondersteuning de cliënt kreeg op deze domeinen en wat de zorgbehoefte was van de cliënt. In dit onderzoek is ervoor gekozen om enkel te definiëren op welke domeinen de cliënt moeilijkheden ervaart. Kijkend naar de hoofdvraag is informatie met betrekking tot de domeinen en de ervaren moeilijkheden afdoende om mede het antwoord te kunnen geven. Dit betekent dat de subdimensies 'Zorg en ondersteuning bij beperkingen' en 'Zorgbehoefte' (in het databestand variabelen MATEICN7_4ZORG_ONDERSTEUNING en MATEICN8_3ZORGBEHOEFTE) niet in analyses worden meegenomen.

Terugval

In dit onderzoek worden twee dimensies voor terugval in GHB gebruik meegenomen.

1. Standaardprotocol bij aanmelding met GHB problematiek is dat de cliënt eerst een detoxificatiebehandeling ondergaat (P. Visser, persoonlijke communicatie, 7 februari 2014). Als er een tweede detoxificatiebehandeling is gerapporteerd, duidt dit op een terugval.
2. Als de cliënt zich voor een tweede keer (of meer) aanmeldt bij Novadic-Kentron met een hulpvraag, duidt dit op een terugval.

Deze dimensies zijn los van elkaar te vinden in het databestand, maar ook zijn de samengebracht onder een nieuwe variabele 'TERUGVAL'.

In tabel 1 is de operationalisatie met de variabelen, (sub)dimensies en indicatoren op schematische wijze weergegeven.

Tabel 1. Operationalisatie overzicht hoofdvariabelen, (sub)dimensies en indicatoren

Variabelen	(Sub)Dimensies	Indicatoren
Terugval	Detoxbehandeling	Meer dan 1 detoxificatie behandeling
	Aantal hulpvragen	Meer dan 1 keer ingeschreven bij Novadic-Kentron
	Psychologische factoren	DSM classificatie
		As IV: Psychosociale factoren
		As V: GAF score
	Persoonlijkheid	Maken/behouden van contacten
		Wantrouwen
		Bezorgdheid
		Impulsiviteit
		Afhankelijkheid
	Perfectionisme	
Psychologische factoren	Depressie	Negatieve gevoelens
		Moeite met initiatief nemen
		Verminderd toekomstperspectief
		Somberte/zwaarmoedigheid
		Gebrek aan enthousiasme
		Laag zelfbeeld
		Verminderde levenslust
	Angst	Droge mond
		Moeite met ademen
		Beven
	Bezorgdheid	
	Paniekgevoelens	
	Bewustzijn van de hartslag	
	Angstig zonder reden	
Stress	Stress	Moeite met kalmeren
		Overdreven reactie op situaties
		Opgevoel gevoel
		Onrust
		Moeite met ontspannen
		Ongeduldig
		Lichtgeraaktheid
	Afhankelijkheid	Tolerantie voor het middel (steeds meer nodig)
		Verlangen te stoppen/zonder succes stoppoging
		Veel tijd besteden aan gebruik

Sociale factoren		Meer gebruiken dan gepland Ziek worden bij stoppen of minderen Doorgaan met gebruik ondanks gezondheidsproblemen Belangrijke activiteiten staken om te kunnen gebruiken
	Misbruik	Gebruik belemmert werkzaamheden Gebruiken in gevaarlijke situaties (bv autorijden) Gebruik dat tot problemen leidde met politie Doorgaan met gebruik ondanks sociale problemen
	Verlangen	Gedachten/ideeen/beelden hebben m.b.t. gebruik Sterke drang te gebruiken
	Relationele beperkingen	Aangaan en onderhouden van intieme relaties Ouder-kind relaties Informele sociale relaties en familierelaties Formele relaties Algemene tussenmenselijke relaties
	Basale beperkingen	Verwerven en behouden van woonruimte Huishoudelijke taken Persoonlijke verzorging Zich verzekeren van fysiek comfort Zorg dragen voor voeding en fitheid Verkrijgen en opvolgen van adviezen en behandeling van de gezondheidszorg Beschermen tegen gezondheidsrisico's van riskant gedrag Uitvoeren van dagelijkse routinehandelingen
	Externe invloed	Partner e.d. Relatieverlies Maatschappelijke attitudes Juridische zaken
	Positieve externe invloed	Partner e.d. Juridische zaken

Een variabele die beschikbaar en interessant bleek voor deelvraag 3 t/m 5 is het zorgprogramma. Het zorgprogramma loopt op van 1 (voor lichte tot matige verslavings- en verslavingsgerelateerde problematiek) tot en met 4 (voor langdurige ernstige verslavings- en ernstige psychiatrische problematiek). Deze variabele is niet

opgenomen in de operationalisatie van tabel 1. De variabele 'zorgprogramma' zegt niet zo zeer iets over één van de hoofdvariabelen zoals deze in tabel 1 zijn gepresenteerd, maar wel over de behandeling zoals door Novadic-Kentron ingezet wordt. Daarom is ervoor gekozen om deze variabele mee te nemen in de analyses.

De exacte variabelen zoals deze in het databestand in SPSS worden gehanteerd, zijn vastgesteld aan de hand van de variabelen zoals deze door de opdrachtgever zijn verstrekt. Met behulp van de operationalisatie is een codeboom aangemaakt om de data zoals aangeleverd, te koppelen aan de hoofdvariabelen. De koppeling tussen de variabelen in SPSS en de hoofdvariabelen is te vinden in het analyseplan cq –logboek in bijlage D.

Bijlage B – Literatuur zoekverslag

Om te komen tot een gedegen selectie wetenschappelijke bronnen, heb ik gebruik gemaakt van een viertal methoden:

1. Om een goed beeld te krijgen van wat GHB is en wat het met de gebruiker en zijn omgeving doet, is er beeldmateriaal bekeken. De documentaire van Zembla 'Knock out in Brabant' en filmpjes op YouTube hebben een basis gelegd voor het verdere literatuuronderzoek.
2. Specialisten bij Novadic-Kentron (waaronder begeleider Piet Visser) hebben informatie aangereikt in de vorm van wetenschappelijke artikelen, maar ook tips gegeven over waar te zoeken (bij organisaties als NISPA en IVO) en met welke zoektermen. Er zijn enkele bronnen gebruikt die slechts beschikbaar zijn voor medewerkers van Novadic-Kentron. Daarnaast heb ik specialisten en behandelaars benaderd om hun kennis te delen voor dit onderzoek. Dit is gebeurd in de vorm van gesprekken en beantwoording van vragen via email. Daarnaast is op 27 februari 2014 het symposium 'aanpak GHB gebruik' bijgewoond.
3. Met gebruik van de zoektermen zoals vastgesteld in het onderzoeksvoorstel is gezocht naar wetenschappelijke artikelen via Fontys Online Werkplek op Google Scholar en biep.nu. Via de Fontys online werkplek kan toegang worden verkregen tot (bijna) alle gepubliceerde artikelen online. Als uitgangspunt is voornamelijk gebruik gemaakt van zoekwoorden in combinatie met Gamma Hydroxybutyraat / GammaHydroxybutyrate / Gamma Hydroxy Boterzuur / GHB / Middelengebruik, waaronder: verslaving, redenen, functie, psychische en sociale kenmerken (of factoren/eigenschappen/determinanten), terugval(preventie), behandeling, nazorg, withdrawal, addiction, relapse, abuse, aftercare, treatment. De resultatenpagina's zijn veelal gescand tot de 5^e pagina en geselecteerd op basis van de samenvatting en onderwerpsrelevantie. Hierbij is telkens teruggegrepen naar de onderzoeksvraag (en deelvragen). Als er zoveel resultaten waren na een zoekopdracht dat het te tijdrovend zou zijn om relevante artikelen te zoeken, is de zoekterm aangevuld of is de zoekopdracht verfijnd aan de hand van het publicatiejaar. Er is dan gezocht van 2008 t/m 2014, omdat GHB in populariteit is gestegen vanaf 2007.
4. De literatuurlijst van gevonden wetenschappelijke artikelen is geraadpleegd om meer literatuur te vinden. Het raadplegen van de literatuurlijst is enkel gedaan bij de bronnen die veel gemeen hadden met dit onderzoek.

Bij de verwerking van de informatie in dit onderzoek zijn dezelfde bevindingen uit verschillende bronnen zoveel mogelijk gecombineerd, maar ook tegenstellingen weergegeven. Het literatuuronderzoek is echter niet uitputtend en er zullen altijd interessante bronnen gemist worden.

Bijlage C – De MATE

MATE		Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie Versie: MATE-nl 2.1		Afnameformulier	
Algemeenwond:		Datum afname:		Persoonsnummer:	
1. Middelen: Gebruik		2		Leeftijd:	
2. Indicaties psychiatrisch of medisch consult		3		Geslacht: ☐ ♂ ☐ ♀	
3. Verslavingsbehandelingsgeschiedenis		3			
4. Middelen: Afhankelijkheid en Misbruik		4			
5. Lichamelijke klachten		5			
6. Persoonlijkheid		6			
7. Activiteiten en participatie; zorg en ondersteuning (MATE-ICN)		7			
8. Externe factoren van invloed op het herstelproces (MATE-ICN)		10			
Q1. Middelen: Verlangen		11			
Q2. Depressie, Angst en Stress		12			
Symbool of typografie		Instructie / uitleg			
De MATE is een beoordelingsinstrument. De assessor beoordeelt en is vrij in de manier waarop de informatie verkregen wordt. Indien de benodigde informatie met zekerheid bekend is, dan kunt u het antwoord invullen zonder de vraag te stellen. In het algemeen geldt dat vragen niet letterlijk gesteld hoeven te worden. Uitzonderingen zijn die gevallen waar een 'L' (letterlijk) of een 'Q' (self-report questionnaire) in de kantlijn staat.					
L Q	(letterlijk)	Stel de vragen letterlijk. Geef alleen uitleg als dat absoluut noodzakelijk is of als de vraag duidelijk verkeerd begrepen wordt.			
	(zelfinvullijst, self-report questionnaire)	De persoon vult de vragenlijst zelfstandig in. Als dit niet mogelijk is, help de persoon dan door de vragen voor te lezen.			
T I	(tijdvak)	Tijdvak voor de beoordeling.			
	«Voorbeeldvraag»	Voorbeeldvragen die gebruikt kunnen worden om het betreffende item bij de persoon uit te vragen beginnen met een dubbel hoekhaakje.			
	† Beoordeling/kenmerken/verklaring	Tekst voorafgegaan door een kruis en gezet in een ander lettertype, is: † een beoordelingsinstructie, † of bevat kenmerken waarop de assessor kan letten, † of is andere verklarende tekst voor de assessor. Deze tekst dient dus niet letterlijk gebruikt te worden.			
	<u>onderstreepte tekst</u>	Geeft kernbegrip(pen) van de vraag aan. Kan bij eventueel doorvragen gebruikt worden.			
	[—middel—]	Vul het Primaire probleemmiddel of probleemgedrag in.			
	Ja Nee	Omcirkel Ja of Nee.			
		Schrijf het getal op.			
		Schrijf een toelichting op (vrije tekst).			
Schippers, G. M., Broekman, T. G., & Buchholz, A. (2011). MATE 2.1. Handleiding en protocol. Nederlandse bewerking: G. M. Schippers & T. G. Broekman					
MATE-nl 2.1 http://www.mateinfo.eu					

MATE		1. Middelen: Gebruik			
☐ Kruis hier aanals u niet het gebruik van de afgelopen 30 dagen invult, maar van een eerdere periode van 30 dagen.		Laatste 30 dagen		Het hele leven	
		Aantal dagen gebruikt in de laatste 30 dagen	Hoeveelheid op een kenmerkende gebruiksdag		Totaal aantal jaren regelmatig gebruik
<i>«Ik begin met een schema, waarin de middelen die u zou kunnen gebruiken, nagevraagd worden. Dit gaat over 2 periodes: de laatste 30 dagen en het hele leven. Voor het hele leven willen we graag weten hoeveel jaren u dat middel regelmatig gebruikte. Voor de laatste 30 dagen willen we weten hoeveel dagen u het middel gebruikte en hoeveel u dan gebruikte. «Ik begin met alcohol. Heeft u de laatste 30 dagen alcohol gedronken? Zo ja, hoeveel en hoeveel dronk u op een dag?† Ga zo verder voor de andere middelen.</i>		† Vul het aantal gebruiksdagen in (Iedere dag is 30; één keer in de week is 4 enz. Als er geen gebruiksdagen zijn geweest, vul dan '0' in.)	† Vul het aantal glazen, sigaretten, grammen of pillen in van een kenmerkende gebruiksdag.	† Bij alcohol, nicotine, gokken standaard eenheid, bij andere stoffen omcirkel de gebruikte eenheid.	† NB: Deze kolom altijd invullen, ook als de stof nooit is gebruikt: vul dan een '0' in. † Bij minder dan een jaar: vul in 0,25 (3 maanden) of 0,5 (half jaar) of 0,75 (9 maanden).
Alcohol	Gewoonlijk gebruik			standaardglazen (van ca. 10 gram alcohol)	standaard gebruik per week man > 25, vrouw > 21
	† Heeft gebruik alleen invullen als sprake is van afwendend gebruik in de afgelopen 30 dagen, zoals bijvoorbeeld bij veel hoog gebruik in het weekend dan door de week.	Hoger gebruik			
Nicotine	Sigaretten, shag, sigaren, pijp, snuifpruiftabak			sigaretten (of sigarets, sigaren etc.)	Dagelijks
Cannabis	Hasjlesj, Marihuana, Weed			gram, joints, stickies	In de laatste 30 dagen (vul in 0 of 1 of meer per week)
Opiaten	Methadon			mg, pillen	
	Heroin			gram, shots, roken, snuifjes	
	Overige opiaten zoals codeïne, Darvon, Demerol, Dilaudid, Morfine, MSContin, Opium, Palfium, Percodan			gram, shots, roken, snuifjes, pillen	
Cocaïne	Crack, gekookte (base) coke			gram, pijpen	
	Cocaïne, snuifcoke			gram, wikels, snuifjes, shots	
Stimulantia	Amfetamines, khat, pepmiddelen, Ponderal, Ritalin, speed			gram, pillen, snuifjes, shots, pijpen	
Ecstasy/XTC	MDMA of andere psychedelische amfetaminen zoals MDEA, MDA of 2CB			mg, pillen	
Andere middelen (drugs)	Bijvoorbeeld: psychedelica, inhalantia, poppers, GHB, paddo's. Omschrijf:			mg, gram	
Sedativa	Barbituraten, benzodiazepines kalmerings-slaapmiddelen, tranquillizers, bv. Dalmadorm, Librium, Mogadon, Normison, Rohypnol, Seresta, Temesta, Valium, Xanax			mg, pillen	
Gokken	Waarop of waarmee gegokt:			euro's uitgegeven (bruto)	
«Heeft u ooit middelen gespoten? ☐ Ooit gespoten ☐ Spuit nog ☐ Nooit gespoten					
† Het Primaire probleemmiddel of probleemgedrag is hetgeen waarvan de persoon en de assessor vinden dat het de meeste problemen veroorzaakt. Als dit onduidelijkheden oplevert, lees dan in de volgorde (1) cocaïne, (2) opiaten, (3) alcohol, (4) overige drugs en sedativa, (5) cannabis, (6) gokken of nicotine. Als nicotinegebruik of gokken de aandacht is, dan is nicotine of gokken het primaire probleem.					
† [Primaire probleemmiddel] =					

2. Indicaties psychiatrisch of medisch consult										MATE 		
Huidige voorgeschreven medicatie												
		«Welke medicijnen zijn dat en wat is de hoeveelheid die u voorgeschreven heeft gekregen?»				«Voor welke aandoening heeft u ze voorgeschreven gekregen?»						
Huidig	«Heeft u medicijnen die zijn voorgeschreven voor verslaving?»	Ja					Verslaving					
	Nee											
	«Heeft u medicijnen die zijn voorgeschreven voor psychische/psychiatrische problemen?»	Ja										
Nee												
	«Heeft u medicijnen die zijn voorgeschreven voor andere aandoeningen?»	Ja										
Nee												
Huidige of recente (afgelopen jaar) psychiatrische of psychologische behandeling												
12 maanden	«Bent u op dit moment onder psychiatrische of psychologische behandeling of bent u dat het afgelopen jaar geweest?»	Ja	«Welke behandeling is dat?»				† Geef aan of afstemming met lopende behandeling is geregeld. Licht toe.					
		Nee					Ja					
							Nee					
Kenmerk		Kenmerk / Vraag / Observatie										
3 maanden	Suïcidair risico	Wens	«Heeft u de afgelopen maand gewenst dat u dood was of gelacht dat u beter of was als u dood was?»							Ja	Nee	
		Plan, uitvoering	«Heeft u de afgelopen maand plannen gemaakt om uzelf te doden of het geprobeerd?»							Ja	Nee	
Huidig	Psychotische kenmerken	Hallucinaties	«Heeft u de afgelopen maand wel eens dingen gezien of gehoord die andere mensen niet kunnen zien of horen?»							Ja	Nee	
		Wanen	† Extreme achterdocht «Heeft u de afgelopen maand wel eens gelacht dat andere mensen tegen u samenspannen?»							Ja	Nee	
	Verwardheid	† Maakt een verwarde, gedesoriënteerde indruk, is vergeetachtig							Ja	Nee		
	Lichamelijke gezondheid	† Ongezonde indruk, zeer bleek of opgeblazen gelaat, bloedingstoringen, moeilijk lopen, oedeem benen, sterke vermagering of zeer dikke buik, abscessen, krabbeffecten							Ja	Nee		
	Intoxicatie/ontwenningen verschijnselen	† Trillen, coördinatiestoornissen, lallende spraak, onzeker gang, psychomotorische vertraging of agitatie, insulten, ernstig zweten, braken, pupilafwijkingen							Ja	Nee		
	Lichamelijke ziekte	«Heeft u een ernstige of besmettelijke ziekte, zoals hartklachten, diabetes, Hepatitis, HIV?»							Ja	Nee		
	Zwanger ♀								«Bent u zwanger?»	Ja	Nee	
3. Verslavingsbehandelingsgeschiedenis												
Eerdere behandelingen voor verslaving afgelopen 5 jaar												
Het gaat alleen om behandelingen die zijn gericht op verslavingsgedrag, die zijn uitgevoerd door een professional en waarbij veranderafspraken over middelengebruik zijn gemaakt. Methadononderhoud, kale detox, crisisopname e.d. tellen niet mee als behandeling.												
5 jaar	«Bent u ooit eerder in behandeling geweest voor verslaving?»	Ja	«Zo ja, hoeveel behandelingen in de afgelopen 5 jaar?»									
		Nee	Aantal ambulante/deeltijd afgelopen 5 jaar			Aantal klinisch afgelopen 5 jaar						
	† Licht eventueel toe.											

MATE-nl 2.1

Indicaties psychiatrisch of medisch consult en Verslavingsbehandelingsgeschiedenis

3

MATE		4. Middelen: Afhankelijkheid en Misbruik	
Nummer	Vraag	Ja	Nee
† NB: 'in de afgelopen 12 maanden' betekent ook: langer geleden begonnen en nog steeds aanwezig.			
[—middel—] =			
1	Heeft u in de afgelopen 12 maanden gemerkt dat u <u>veel meer [—middel—] nodig begon te hebben om hetzelfde effect te bereiken</u> of dat <u>dezelfde hoeveelheid minder effect had</u> dan voorheen?	Ja	Nee
2	Heeft u in de afgelopen 12 maanden <u>het verlangen gehad om te stoppen</u> of <u>zonder succes geprobeerd te stoppen of minderen</u> met [—middel—]?	Ja	Nee
3	Heeft u in de afgelopen 12 maanden <u>veel tijd besteed aan het gebruik verkrijgen, of bijkomen van de effecten</u> van [—middel—]?	Ja	Nee
4	Heeft u in de afgelopen 12 maanden <u>vaak [—middel—] in grotere hoeveelheden of langer gebruikt dan u van plan was,</u> of <u>het vaak moeilijk gevonden te stoppen met het gebruik van [—middel—] voor u 'dronken' of high was?</u>	Ja	Nee
5	Voelde u zich in de afgelopen 12 maanden <u>ziek of onwel bij het stoppen of minderen</u> met [—middel—] of <u>gebruikte u [—middel—] of een sterk gelijkend middel om deze gevoelens te voorkomen?</u>	Ja	Nee
6	Ging u in de afgelopen 12 maanden <u>door met het gebruik van [—middel—] terwijl u wist dat het gezondheidsproblemen of emotionele of psychische problemen bij u veroorzaakte?</u>	Ja	Nee
7	Heeft u in de afgelopen 12 maanden <u>belangrijke activiteiten opgegeven</u> of sterk verminderd om [—middel—] te kunnen verkrijgen of gebruiken -- activiteiten als sport, werk, of omgaan met vrienden of familie?	Ja	Nee
8	<u>Belemmerde het gebruik van [—middel—] u in de afgelopen 12 maanden vaak in uw werkzaamheden</u> op school, in uw baan of thuis?	Ja	Nee
9	Zijn er in de afgelopen 12 maanden periodes geweest waarin u [—middel—] <u>gebruikte in situaties waarin u gewond kon raken</u> - bijvoorbeeld bij het fietsen, autorijden of varen, het bedienen van een machine of iets dergelijks?	Ja	Nee
10	Heeft het gebruik van [—middel—] in de afgelopen 12 maanden <u>geleid tot problemen met de politie?</u>	Ja	Nee
11	Ging u in de afgelopen 12 maanden <u>door met het gebruik van [—middel—] terwijl u wist dat dat problemen met uw familie, vrienden, op uw werk, op school voor u veroorzaakte?</u>	Ja	Nee

L
30 dagen

Voortdurend						
Vaak						
Soms						
Zelden						
Helemaal niet						
5. Lichamelijke klachten						
«In de laatste 30 dagen, hoe vaak had u:		Helemaal niet	Zelden	Soms	Vaak	Voortdurend
1	Gebrek aan eetlust	☐	1	2	3	4
2	Vermoeidheid / gebrek aan energie	☐	1	2	3	4
3	Misselijkheid	☐	1	2	3	4
4	Maagpijn	☐	1	2	3	4
5	Kortademigheid / benauwdheid	☐	1	2	3	4
6	Pijn in de borst	☐	1	2	3	4
7	Pijnlijke gewrichten / stijfheid	☐	1	2	3	4
8	Spierpijn	☐	1	2	3	4
9	Doof of tintelend gevoel in armen en benen	☐	1	2	3	4
10	Trillen / beven	☐	1	2	3	4

MATE-nl 2.1

MAP-HSS: Maudsley Addiction Profile-Health Symptoms Scale



MATE

6. Persoonlijkheid

† Let op dat het antwoord in het algemeen, vaak, normaliter van toepassing moet zijn, niet alleen bij specifieke personen of in specifieke situaties.

1	Heeft u in het algemeen moeite met het maken en behouden van vrienden?	Ja	Nee
2	Zou u zichzelf als een typische eenling beschrijven?	Ja	Nee
3	Heeft u in het algemeen vertrouwen in andere mensen?	Ja	Nee
4	Heeft u gewoonlijk moeite uw zelfbeheersing te bewaren?	Ja	Nee
5	Bent u impulsief van aard?	Ja	Nee
6	Maakt u zich gewoonlijk snel zorgen?	Ja	Nee
7	Hebt u in het algemeen de neiging sterk op anderen te leunen?	Ja	Nee
8	Bent u in het algemeen een perfectionist?	Ja	Nee

De MATE-ICN staat voor de onderdelen van de MATE die gebaseerd zijn op de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Uit de ICF is een kernset domeinen geselecteerd waarvan problemen en zorgbehoeften worden vastgesteld in Module 7 en externe factoren die op het herstelproces van invloed zijn in Module 8. ICN staat voor: ICF-Core set and Need for care.

De ICF maakt een onderscheid tussen de uitvoering van activiteiten en participatie en het vermogen om dat te doen. In deze MATE-ICN dient de uitvoering beoordeeld te worden; niet het vermogen. Uitvoering verwijst naar het doen van activiteiten of participatie, vermogen naar de capaciteit dit te doen.

De uitvoering kan ondersteund worden door hulpleverende instanties of andere externe factoren. Iemand die bijvoorbeeld zelf niet het vermogen bezit zelf(standig) huishoudelijk taken te verrichten maar bij wie de huishoudelijk taken wel met hulp van anderen uitgevoerd worden, moet dus gescoord worden als 'geen beperking in de uitvoering'. Indien de zorg en ondersteuning geleverd wordt door een organisatie, wordt bij 'Zorg en ondersteuning' gescoord dat de persoon daar hulp bij ontvangt.

Beperkingen worden gescoord op een vijfpuntschaal, van 0 (geen beperking) tot en met 4 (volledige beperking). De mate van beperking kan blijken uit de intensiteit (van 'niet merkbaar' tot 'volledige ontwrichting van het dagelijks leven'), de frequentie (van 'nooit' tot 'continu') of uit de tijdsduur (van 'minder dan 5% van de tijd' tot 'meer dan 95%').

De volgende figuur geeft een omschrijving van de schaal.

Score	0	1	2	3	4
Mate van beperking	Geen	Licht	Matig	Ernstig	Volledig
Intensiteit	Niet merkbaar	Dragelijk	Verstoort het dagelijks leven	Gedeeltelijke ontwrichting van dagelijks leven	Volledige ontwrichting
Frequentie	Noek	Zelden	Soms	Vaak	Continu
Tijdsduur	0-4%	5-24%	25-49%	50-95%	96-100%

Meetlat

In deze figuur wordt weergegeven dat 0 (geen) en 4 (volledig) maar een klein stukje op de meetlat innemen, namelijk ieder 5%. Een score van 0 of 4 wordt dus alleen gegeven als het ook echt duidelijk is. Score 2 (matig) loopt niet verder dan de helft van de volledige schaal. Als de beperking groter is dan de helft maar niet volledig, dan is de score 3.

Van externe factoren wordt de mate van ondersteuning of belemmering gescoord op een vijfpuntschaal, als 0 (geen), 1 (licht), 2 (matig), 3 (aanzienlijk) of 4 (meer dan aanzienlijk).

In het MATE protocol zijn op basis van deze schalen voor alle domeinen en externe factoren ankerpunten geformuleerd die behulpzaam zijn bij het scoren.

Niet alle domeinen en factoren hoeven voor de persoon van belang te zijn. Iemand kan bijvoorbeeld vinden dat religiositeit of spiritualiteit in zijn of haar leven geen rol speelt. In dat geval geldt dat het domein of de factor niet van toepassing is of geen belang heeft, en wordt de score '0' gegeven.

De domeinen en factoren moeten beoordeeld worden in de context van een gezondheidsprobleem. Informatie die geen verband houdt met de gezondheid van de persoon, moet daarom niet worden gescoord.

Bij zorgbehoefte dient aangegeven te worden of de assessor hulp of extra zorg nodig acht bij de uitvoering van de betreffende activiteit of participatie, of de persoon zelf (extra) zorg nodig acht en, als een van beide ja is, de eigen instelling bereid en in staat is die hulp te verlenen.

De standaardtijdsduur voor de beoordeling is de afgelopen 30 dagen, onafhankelijk van of deze periode representatief is voor de situatie van de persoon.

MATE		7. Activiteiten en participatie; zorg en ondersteuning (MATE-ICN)					
ICF Component d: Activiteiten en Participatie en Component e: Zorg en ondersteuning door diensten		Beperking in uitvoering heeft moeite met	Component c: Zorg en ondersteuning door diensten	Huishoudelijke Zorg en Ondersteuning	ZORG BEHOEFTE		
HOOFDSTUK	Component d: Activiteiten en Participatie	1 Vul de mate van beperking in: a: Geen/mits t: Licht z: Matig 3: Ernstig 4: Volledig	Hoeveel zorg of ondersteuning kreeg de persoon hierbij?	1 Vul de hoeveelheid zorg in: a: Geen/mits t: Licht z: Matig 3: Aanmerkelijk 4: Volledig	Indu door andere persoon?	Waarvoor en hoe? Wat is de aard van de hulp?	Is de hulp nodig om de activiteit te kunnen uitvoeren?
TUSSENMENSELIJKE INTERACTIES EN RELATIES	Het aangaan en onderhouden van:						
	<u>d770</u> Intieme relaties «Had u moeilijkheden met uw partner?» (of er moette mee dat u geen partner had?)		NVT		Ja	Ja	Ja
					Nee	Nee	Nee
	<u>d7600</u> ouder-kind relaties «Waren er moeilijkheden in de omgang met uw kind(eren)?» † Let op tekenen van verwaarlozing, misbruik.		<u>e5790, e5800, e5500</u> Hoeveel ondersteuning kreeg de persoon hierbij, bijv. van de jeugdzorg?		Ja	Ja	Ja
					Nee	Nee	Nee
	<u>d750, d760</u> Informele sociale relaties en familierelaties «Had u moeilijkheden met familie of met vrienden?»		NVT		Ja	Ja	Ja
BELANGRIJKE LEVENSGEBIEDEN	<u>d740</u> formele relaties «Had u moeilijkheden in de omgang met uw werkgever, deskundigen, dienstverleners of zorgverleners?»				Ja	Ja	Ja
					Nee	Nee	Nee
	<u>d710-d720</u> Algemene tussenmenselijke interacties «Had u moeite om contact met andere mensen te maken of met andere mensen om te gaan?»		NVT		Ja	Ja	Ja
					Nee	Nee	Nee
MAATSCHAPPELIJK, SOCIAAL EN BURGERLIJK LEVEN	<u>d810-890</u> Opleiding, beroep en werk «Had u moeilijkheden met werk, of met het volgen van onderwijs?»		<u>e5850, e5900</u> Hoeveel ondersteuning kreeg de persoon hierbij bijv. in de vorm van werktoeleiding, arbeidsbemiddeling of scholing?		Ja	Ja	Ja
					Nee	Nee	Nee
HUISHOUDELIJKE	<u>d870</u> Economische zelfstandigheid «Had u moeite in uw dagelijks levensonderhoud te voorzien, kwam u geld tekort?»		<u>e5700</u> Hoeveel ondersteuning kreeg de persoon hierbij bijv. in de vorm van een uitkering of budgettering?		Ja	Ja	Ja
					Nee	Nee	Nee
HUISHOUDELIJKE	<u>d920</u> Recreatie en vrije tijd «Had u moeite met het vinden of besteden van vrije tijd, bijvoorbeeld om te ontspannen of te sporten?»		NVT		Ja	Ja	Ja
					Nee	Nee	Nee
HUISHOUDELIJKE	<u>d930</u> Religie en spiritualiteit «Had u moeilijkheden met het meedoen aan religieuze of spirituele bijeenkomsten of organisaties in kader van zelfontplooiing het zoeken naar zingeving, religieuze of spirituele waarden?»		NVT		Ja	Ja	Ja
					Nee	Nee	Nee
HUISHOUDELIJKE	<u>d610</u> Verwerven en behouden van woonruimte «Had u gebrek aan onderdak of had u andere problemen met huisvesting?»		<u>e5290</u> Hoeveel ondersteuning kreeg de persoon hierbij bijv. in de vorm van woonvoorzieningen of sociaal pensioen?		Ja	Ja	Ja
					Nee	Nee	Nee
HUISHOUDELIJKE	<u>d620-d640</u> Huishoudelijke taken «Had u moeite met huishoudelijke taken, zoals inkopen doen, het bereiden van maaltijden of het huishouden doen?»		<u>e5750</u> Hoeveel ondersteuning kreeg de persoon hierbij bijv. van thuiszorg?		Ja	Ja	Ja
					Nee	Nee	Nee

MATE-nl 2.1

MATE-ICN: ICF core set and need for care

7. Activiteiten en participatie; zorg en ondersteuning (MATE-ICN)						MATE 	
ICF Component d: Activiteiten en Participatie en Component e: Zorg en ondersteuning door diensten		Bepaling in activiteit, hoeveel moeite moet u met	Component c: Zorg en ondersteuning door diensten	Hoeveelheid Zorg en Ondersteuning	ZORG BEHOEFTE		
HOOFD STUK	Component d: Activiteiten en Participatie	1 Vul de mate van beperking in: a: Geen/m t: Licht z: Matig 3: Ervans 4: Volledig	Hoeveel zorg of ondersteuning kreeg de persoon hierbij?	1 Vul de hoeveelheid zorg in: a: Geen/m t: Licht z: Matig 3: Auszienlijk 4: Volledig	Werklast van de zorg nodig?	Wet of personeel van de zorg nodig?	Wat is de behoefte aan zorg nodig?
30 dagen ZELF VERZORGING	Waren er de laatste 30 dagen moeilijkheden met						
	<u>d510, 520, 540</u> Persoonlijke verzorging «Had u moeite met persoonlijke verzorging, zoals uzelf wassen, uw lichaam verzorgen of uzelf kleden?»		<u>e5750</u> Hoeveel ondersteuning kreeg de persoon bij persoonlijke verzorging (d510, 520, 540), of zelfbescherming (d5700) of voeding en conditie (d5701), bijv. van thuiszorg of straatzorg?				
	<u>d5700</u> Zich verzekeren van fysiek comfort «Had u er moeite mee voor een veilige slaapplek of voor beschermende kleding te zorgen?»				Ja	Ja	Ja
	<u>d5701</u> Zorg dragen voor voeding en fitheid «Had u er moeite mee om gezond te eten en te drinken of om voor uw lichamelijke conditie te zorgen?»				Nee	Nee	Nee
	<u>d5702a</u> Verklagen en opvolgen van adviezen en behandeling van de gezondheidszorg «Had u moeite medische adviezen op te volgen of mee te werken aan behandeling? Vermoed u naar de dokter te gaan, ook al was het nodig?»		<u>e5800</u> In welke mate werd de persoon aangespoord of gesuperviseerd bij verklagen en opvolgen van adviezen en behandeling (bewaking van therapietrouw)?		Ja	Ja	Ja
ALGEMENE TAKEN EN EISEN	<u>d5702b</u> Beschermen tegen gezondheidsrisico's van riskant gedrag «Liep uw gezondheid gevaar door riskant gedrag? Had u onbeschermd seksueel contact met wisselende partners of nam u onder invloed aan het verkeer deel of, als u drugs gebruikt, gebruikte u walle spuiten?»		NVT		Nee	Nee	Nee
	<u>d230</u> Uitvoeren van dagelijkse routinehandelingen «Had u moeite met het plannen, regelen of voltooien van dagelijkse activiteiten?»		<u>e5750</u> Hoeveel ondersteuning kreeg de persoon hierbij bijv. van voorzieningen voor dagbesteding?		Ja	Ja	Ja
	<u>d240</u> Omgaan met stress en andere mentale eisen «Had u moeite in lastige situaties met stress om te gaan of om te gaan met druk als er veel van u gevraagd werd?»		NVT		Ja	Ja	Ja
LEVEN EN TOEGANGS NUT KENNIS	<u>d1</u> Leren en toepassen van kennis «Had u moeite om iets nieuws te leren of om problemen op te lossen of om beslissingen te nemen?» † Kan veroorzaakt worden door lage intelligentie maar ook door cognitieve stoornissen of emotionele stoornissen. Geef uw algemene indruk.		NVT		Ja	Ja	Ja
					Nee	Nee	Nee

MATE-nl 2.1

MATE-ICN: ICF core set and need for care

MATE		8. Externe factoren van invloed op het herstelproces (MATE-ICN)				
ICF Component e: Externe factoren		Inval op herstel	ZORG BEHOEFTE			
30 dagen	Component e: Externe factoren	† Vul de mate van invloed in: 0: Geen/matig licht 1: Matig 2: Aanmerkelijk 3: Meer dan aanzienlijk	Omschrijf de factor: † Onder externe factoren wordt verstaan de fysieke en sociale omgeving en de attitudes in de omgeving. De factoren bevinden zich buiten de persoon.			
	HOOFDSTUK	Zijn er, kijkend naar de laatste 30 dagen, externe factoren die een positieve of negatieve invloed op het herstel hebben of kunnen krijgen?				
	ONDERSTEUNING EN RELATIES	e310-e325 Partner, familie, vrienden, kennissen, burens, collega's e.d.				
		Positieve invloed «Zijn er in uw omgeving mensen die steunend zijn en een positieve invloed hebben op u en uw herstel?»	+			
		Negatieve invloed «Zijn er in uw omgeving mensen die een negatieve invloed hebben op u en uw herstel?» † Denk aan contacten die het middelengebruik stimuleren. † NB: Vermeld negatieve invloed van attitudes bij Maatschappelijke attitudes (e460).			Ja Nee	Ja Nee
Relatieverlies in het laatste jaar met negatieve invloed «Heeft u in het laatste jaar een belangrijke relatie verloren, bijvoorbeeld door overlijden of scheiding, en heeft dat een negatieve invloed op u en uw herstel?»				Ja Nee	Ja Nee	Ja Nee
ATTITUDES	e460 Maatschappelijke attitudes					
	Negatieve invloed «Heeft u te maken met meningen en opvattingen in de maatschappij over mensen met psychische aandoeningen die een negatieve invloed hebben op u en uw herstel?»			Ja Nee	Ja Nee	Ja Nee
DIENSTEN, SYSTEMEN EN BELEID	e5500 Juridische voorzieningen					
	Positieve invloed «Heeft u contacten in een juridisch kader of te maken met juridische maatregelen die een positieve invloed hebben op u en uw herstel?» † Bijvoorbeeld: juridische hulp, reclasseringscontacten, of behandeling of steun door een juridische maatregel.	+				
	Negatieve invloed «Heeft u contacten in een juridisch kader of te maken met juridische maatregelen die een negatieve invloed hebben op u en uw herstel?» † Bijvoorbeeld: opgejaagd worden door de politie, opsluiting zonder zorg, dreiging van juridische maatregelen.			Ja Nee	Ja Nee	Ja Nee
ANDERE EXTERNE FACTOREN	e598 Andere externe factoren † Vermeld hier geen externe factoren die al eerder opgeschreven zijn.					
	Andere externe factoren met positieve invloed «Zijn er nog andere omstandigheden die een positieve invloed hebben op u en uw herstel?»	+				
	Andere externe factoren met negatieve invloed «Zijn er nog andere omstandigheden die een negatieve invloed hebben op u en uw herstel?»			Ja Nee	Ja Nee	Ja Nee

MATE-nl 2.1

Q

T
7 dagen

Q1. Middelen: Verlangen

MATE 

De volgende vragen gaan over gedachten en gevoelens over [—middel/gedrag—] en over het wel gebruiken en niet gebruiken.

De vragen gaan uitsluitend over de *laatste 7 dagen*. Beantwoord de vragen dus op grond wat u de afgelopen week heeft gedacht, gevoeld en gedaan. Omcirkel het cijfer voor het antwoord dat het meest op u van toepassing is.

[—middel/gedrag—] = 

1 Als u niet gebruikt, hoeveel van uw tijd wordt in beslag genomen door gedachten, ideeën, impulsen of beelden die met gebruiken te maken hebben?

- 0 Geen.
- 1 Minder dan 1 uur per dag.
- 2 1-3 uur per dag.
- 3 4-8 uur per dag.
- 4 Meer dan 8 uur per dag.

2 Hoe vaak treden deze gedachten op?

- 0 Nooit.
- 1 Minder dan 8 keer per dag.
- 2 Meer dan 8 keer per dag, maar het grootste deel van de dag treden deze gedachten niet op.
- 3 Meer dan 8 keer per dag en vrijwel alle uren van de dag.
- 4 Het aantal keren dat ik deze gedachten heb is niet te tellen en er gaat vrijwel geen uur voorbij zonder er aan te denken.

3 Als u niet gebruikt, hoe vervelend of storend zijn deze gedachten, ideeën, impulsen of beelden die te maken hebben met gebruiken?

- 0 Niet vervelend of storend.
- 1 Enigszins vervelend, maar niet te vaak en niet al te storend.
- 2 Nogal vervelend, regelmatig en storend, maar nog wel te hanteren.
- 3 Vervelend, vaak en erg storend.
- 4 Zeer vervelend, bijna voortdurend en zeer storend.

Hoeveel moeite doet u, als u niet gebruikt, om deze gedachten tegen te gaan of te negeren of om uw gedachten als ze bij u opkomen ergens anders op te richten?
(Het gaat erom aan te geven hoeveel moeite u doet, niet of het u lukt of niet.)

- 0 Als ik zulke gedachten al heb, doe ik altijd moeite ze tegen te gaan.
- 1 Ik doe meestal moeite om zulke gedachten tegen te gaan.
- 2 Ik doe soms moeite om zulke gedachten tegen te gaan.
- 3 Ik doe geen moeite om ze tegen te gaan, maar ik geef er met tegenzin aan toe.
- 4 Ik geef me volledig en uit vrije wil over aan deze gedachten.

5 Hoe sterk is de drang om [—middel/gedrag—] te gebruiken?

- 0 Ik heb geen drang om [—middel/gedrag—] te gebruiken.
- 1 Ik heb enige drang om [—middel/gedrag—] te gebruiken.
- 2 Ik heb een sterke drang om [—middel/gedrag—] te gebruiken.
- 3 Ik heb een zeer sterke drang om [—middel/gedrag—] te gebruiken.
- 4 De drang om [—middel/gedrag—] te gebruiken is overweldigend.

MATE-nl 3.1

OCDs: Obsessive-Compulsive Drinking (and drug use) Scale

11

MATE **Q2. Depressie, Angst en Stress**

Q Geef voor ieder van de onderstaande uitspraken aan in hoeverre de uitspraak de laatste week voor u van toepassing was door een nummer te omcirkelen.
Er zijn geen goede of foute antwoorden. Besteed niet te veel tijd aan iedere uitspraak, het gaat om uw eerste indruk.

7 dagen

De nummers hebben deze betekenis:

0 = Helemaal niet of nooit van toepassing
1 = Een beetje of soms van toepassing
2 = Behoorlijk of vaak van toepassing
3 = Zeer zeker of meestal van toepassing

	Helemaal niet of nooit van toepassing	Een beetje of soms van toepassing	Behoorlijk of vaak van toepassing	Zeer zeker of meestal van toepassing
1 Ik vond het moeilijk mezelf te kalmeren	0	1	2	3
2 Ik merkte dat mijn mond droog aanvoelde	0	1	2	3
3 Ik was niet in staat om ook maar enig positief gevoel te ervaren	0	1	2	3
4 Ik had moeite met ademen (bijvoorbeeld overmatig snel ademen, buiten adem zijn zonder me in te spannen)	0	1	2	3
5 Ik vond het moeilijk om het initiatief te nemen om iets te gaan doen	0	1	2	3
6 Ik had de neiging om overdreven te reageren op situaties	0	1	2	3
7 Ik merkte dat ik beefde (bijvoorbeeld met de handen)	0	1	2	3
8 Ik was erg opgefokt	0	1	2	3
9 Ik maakte me zorgen over situaties waarin ik in paniek zou raken en mezelf belachelijk zou maken	0	1	2	3
10 Ik had het gevoel dat ik niets had om naar uit te kijken	0	1	2	3
11 Ik merkte dat ik erg onrustig was	0	1	2	3
12 Ik vond het moeilijk me te ontspannen	0	1	2	3
13 Ik voelde me somber en zwaarmoedig	0	1	2	3
14 Ik had volstrekt geen geduld met dingen die me hinderden bij iets dat ik wilde doen	0	1	2	3
15 Ik had het gevoel dat ik bijna in paniek raakte	0	1	2	3
16 Ik was niet in staat om over ook maar iets enthousiast te worden	0	1	2	3
17 Ik had het gevoel dat ik als persoon niet veel voorstel	0	1	2	3
18 Ik merkte dat ik nogal licht geraakt was	0	1	2	3
19 Ik was me bewust van mijn hartslag terwijl ik me niet fysiek inspande (bijvoorbeeld het gevoel van een versnelde hartslag of het overslaan van het hart)	0	1	2	3
20 Ik was angstig zonder enige reden	0	1	2	3
21 Ik had het gevoel dat mijn leven geen zin had	0	1	2	3

MATE-nl 2.1
DASS: Depression Anxiety Stress Scales

MATE		Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie Versie: MATE-nl 2.1		Scoreformulier	
Algemeennummer:		Datum:		Persoonsnummer:	
Module	Score	Scoring en berekening	Bereik min max	Uitslag	Drempel waarde [MD]: gebruikt voor MATE diamonds core
2. Indicaties psychiatrisch of medisch consult	Kenmerken somatische comorbiditeit [S2.1]	1 punt voor iedere ja op lichamelijke gezondheid, intoxicatie, lichamelijke ziekte, zwangerschap. Tel op.	0 - 4		
	Onder psychiatrische of psychologische behandeling [S2.2]	1 punt voor medicatie voor psych. problemen, 1 punt voor recente psych. behandeling. Tel op.	0 - 1		= 2[MD]
	Kenmerken psychiatrische comorbiditeit [S2.3]	2 punten voor suïcideplan/uitje, 1 punt voor iedere ja op hallucinaties, wanen, verwardheid. Tel op.	0 - 5		≥ 2[MD]
4. Middelen: Afhankelijkheid en Misbruik	Afhankelijkheid [S4.1]	1 punt voor iedere ja op eerste 7 items (1-7). Tel op.	0 - 7		≥ 3
	Misbruik [S4.2]	1 punt voor iedere ja op laatste 4 items (8-11). Tel op.	0 - 4		≥ 1
	Ernst afhankelijkheid/ misbruik [S4.3]	1 punt voor iedere ja, met uitzondering van item 1 en item 10 (tellen niet mee). Tel op.	0 - 9		≥ 8[MD]
5. Lichamelijke klachten	Lichamelijke klachten [S5.1]	Som van de 10 itemscores.	0 - 40		
6. Persoonlijkheid	Persoonlijkheid [S6.1]	1 punt voor een Nee-antwoord op vraag 3, 1 punt voor ieder ja- antwoord op de overige vragen. Tel op.	0 - 8		≥ 4
7+8 MATE-ICN	Beperkingen - Totaal [S7.1]	Som van de scores op de 19 beperkingitems.	0 - 76		
	Beperkingen - Basaal [S7.2]	Som van de scores op 8 items: d610 Verwerven en behouden van woonruimte; d620-d640 Huishoudelijke taken; d510,520,540 Persoonlijke verzorging; d5700 Zich verzekeren van fysiek comfort; d5701 Zorg dragen voor voeding en fitheid; d5702a Verknijpen en opvolgen van adviezen en behandeling van de gezondheidszorg; d5702b Beschermen tegen gezondheidsrisico's van riskant gedrag; d330 Uitvoeren van dagelijkse routinehandelingen	0 - 32		≥ 12[MD]
	Beperkingen - Relatieel [S7.3]	Som van de scores op 5 items: d770 Intieme relaties; d600 Ouder-kind relaties; d750, d760 Informele sociale relaties en familierelaties; d740 Formele relaties; d710-d720 Algemene tussenmenselijke interacties	0 - 20		
	Zorg en ondersteuning bij beperkingen [S7.4]	Som van scores op de 8 zorg en ondersteuningitems.	0 - 32		
	Positieve externe invloed [S8.1]	Som van de scores op 3 items: e310-e325+ Partner e.d.; e550+ Juridische zaken; e598+ Andere factoren.	0 - 12		
	Negatieve externe invloed [S8.2]	Som van de scores op 5 items: e310-e325- Partner e.d.; Relatieverhas; e460- Maatschappelijke attitudes; e550- Juridische zaken; e598- Andere factoren.	0 - 20		≥ 10[MD]
	Zorgbehoeften [S8.3]	1 punt voor iedere ja van assessor of van persoon op de vraag naar noodzaak van zorg (15 in Module 7 en 5 in Module 8). Tel op.	0 - 20		
Q1. Middelen: Verlangen	Verlangen [SQ1.1]	Som van de 5 itemscores.	0 - 20		≥ 12[MD]
Q2. Depressie, Angst en Stress	Depressie [SQ2.1]	Som van de 7 itemscores (#3, #5, #10, #13, #16, #17, #21). Vermenigvuldig de som met 2.	0 - 42		≥ 21
	Angst [SQ2.2]	Som van de 7 itemscores (#2, #4, #7, #9, #15, #19, #20). Vermenigvuldig de som met 2.	0 - 42		≥ 15
	Stress [SQ2.3]	Som van de 7 itemscores (#1, #6, #8, #11, #12, #14, #18). Vermenigvuldig de som met 2.	0 - 42		≥ 26
	Depressie Angst Stress - Totaal [SQ2.4]	Som van SQ2.1, SQ2.2 en SQ2.3.	0 - 126		≥ 60[MD]

Schippers, G. M., Broekman, T. G., & Buchholz, A. (2011). MATE 2.1. Handleiding en protocol.
Nederlandse bewerking: G. M. Schippers & T. G. Broekman

MATE-nl 2.1
<http://www.mateinfo.eu>

Bijlage D – Analyseplan cq –logboek

De vraagstelling van dit onderzoek luidt *Welke psychologische en sociale factoren beïnvloeden het gebruik en terugval bij GHB gebruikers die bij Novadic-Kentron in West Brabant in behandeling zijn?*

Om op deze hoofdvraag antwoord te kunnen geven, zijn vijf deelvragen geformuleerd. Per deelvraag staat in dit analyselogboek per deelvraag uitgewerkt welke analyses zijn gebruikt. Drie deelvragen zijn voornamelijk beantwoord door middel van literatuuronderzoek. Twee deelvragen worden voornamelijk beantwoord door middel van veldonderzoek. Het veldonderzoek bestaat uit het uitvoeren van statistische analyses op een databestand met bestaande gegevens van Novadic-Kentron. Om de data zoals deze bij Novadic-Kentron voor handen zijn, om te zetten naar een analyseerbaar SPSS bestand zijn er een aantal stappen gevolgd:

1. Opdrachtgever heeft data van de populatie aangeleverd zoals in het plan van aanpak is vastgesteld. Er zijn drie bestanden aangeleverd: bestand met basale gegevens (1), bestand met MATE scores (2) en een bestand met detoxificatie gegevens (3). Bestand 1 is in SPSS aangeleverd en is als hoofdbestand gebruikt bij de samenvoeging. Bestand 2 en 3 zijn als Excel bestanden aangeleverd.
2. De data zijn geanonimiseerd aangeleverd. Dit houdt in dat opdrachtgever alle data bewerkt heeft tot data die niet traceerbaar zijn naar unieke personen. De NAW gegevens zijn uit het bestand verwijderd.
3. Om de data samen te voegen tot één SPSS bestand, is het User nummer gebruikt om de bestanden aan elkaar te koppelen. Een User nummer is een nummer dat binnen Novadic-Kentron gekoppeld is aan een cliënt. Nadat de bestanden zijn samengevoegd, zijn de Usernummers vervangen door casenummers om de privacy van de cliënten extra te waarborgen.
4. Codeboom met variabelen is opgemaakt. De variabelen zoals aangeleverd en gemeten zijn uitgewerkt in SPSS.
5. Het databestand is gecontroleerd op extreme en vreemde waarden en op lege velden. De vreemde en extreme waarden en lege velden zijn gecodeerd als 'missing'. Dit geldt bijvoorbeeld voor de MATE scores met de waarde '-1'. De waarde '-1' betekent dat de MATE niet of onvolledig is ingevuld.

In de MATE zijn variabelen al samengevoegd tot een schaal. De variabelen 'depressie', 'angst' en 'stress' bijvoorbeeld zijn niet alleen losse schalen met elk 7 items, ze worden in de MATE ook samengevoegd tot één score: de Depressie, Angst en Stress Schaal ('DASS'). Ook het coderen van een schaal in de juiste richting is al gedaan in de MATE, zoals bijvoorbeeld item drie bij de schaal 'persoonlijkheid' (zie bijlage B).

De diagnose op AS2 van de DSM classificatie zou meegenomen worden in de analyses voor de hoofdvariabele 'psychologische kenmerken', echter bij verkennende analyses bleek van de 1084 cases, voor 829 de diagnose te zijn uitgesteld. Daarom zijn de variabelen op AS2 niet meegenomen in de analyses.

Bij het opschonen van het databestand zijn de volgende handelingen verricht:

- De data van regio West zijn geselecteerd en opgeslagen als nieuw bestand.
 - Usernummers gekoppeld aan casenummers. De usernummers verwijderd uit het bestand.
 - Variabelen stonden er soms dubbel in, waren irrelevant of bleken lege velden te zijn. Deze verwijderd:
- Uitschrijfdatum, uitschrijfjaar, inschrijfdatum, leeftijd_1, regio, geboortedatum, locatie, ASI codevariabelen, AS2_3,

AS2_4, AS2_5, AS3 (enkel AS3 verkort variabele gehouden), AS4 omschrijvingen, huidige/recente behandeling, toelichting behandeling

- Detoxdata beslaat meerdere regels per case als er meerdere detoxen hebben plaatsgevonden (de terugvallers). Voor alle detoxen nieuwe variabelen gemaakt. (bij aantal dagen detox rekening gehouden met schrikkeljaren).
- Nieuwe variabelen aangemaakt: Terugval
- Cases verwijderd waarbij enkel MATE of detox data waren ingevuld en waarvan de primaire problematiek niet was ingevuld.
- Variabele Inschrijvingsvolgnummer gewijzigd in aantal hulpvragen (meer dan 1x hulpvraag = terugval)
- Alle variabelen gecodeerd.
- Variabelen woonsituatie en opleiding gehercodeerd.
- Nieuwe variabelen aangemaakt voor: GHB problematiek ja/nee, MATE variabelen met een afkapwaarde (bv sprake van ernstige angstproblematiek ja/nee). Hiervoor is gekozen om te kunnen voldoen aan de voorwaarden van bepaalde statistische tests.
- Codeboek kloppend gemaakt.

Voordat de analyses zijn uitgevoerd per deelvraag, zijn er frequentietabellen gemaakt voor primaire GHB problematiek, splitsing in terugvallers en niet-terugvallers en splitsing primaire problematieken alcohol-, amfetamine-, cannabis-, cocaïne, heroïne- en GHB-gebruikers.

1. Wat kenmerkt de GHB gebruiker?

Om deze deelvraag te beantwoorden, is literatuuronderzoek uitgevoerd. Voor het veldonderzoek zijn enkel de frequentietabellen gebruikt van de eenheden met primaire GHB problematiek. De variabele primaire GHB problematiek is daarvoor gebruikt.

2. Welke redenen hebben personen om GHB te gebruiken?

Om deze deelvraag te beantwoorden, is literatuuronderzoek uitgevoerd. Uit het literatuuronderzoek zijn duidelijk redenen voor GHB gebruik gevonden. Voor het veldonderzoek zijn de frequentietabellen gebruikt van de eenheden met primaire GHB problematiek. De variabele primaire GHB problematiek is daarvoor gebruikt. De samenhang is berekend tussen een aantal factoren.

- Berekend is of er sprake is van een samenhang tussen de scores op relationele beperkingen, basale beperkingen, totale beperkingen, negatieve externe invloed, positieve externe invloed, depressie-, angst-, stress- en Dasproblematiek binnen primaire GHB problematiek. Omdat geen van de variabelen voldeed aan de voorwaarde dat de distributie normaal verdeeld moet zijn, kon de Pearson correlatie niet worden gebruikt. De variabelen voldeden wel aan de voorwaarden voor de Spearman's Rho en de Kendall's Tau-B. Vanwege de aangegeven voorkeur in het SPSS boek, is de Kendall's Tau-B gebruikt.

3. Wat is de huidige behandeling bij Novadic-Kentron bij GHB gebruik?

Om deze deelvraag te beantwoorden, is literatuuronderzoek uitgevoerd. In het databestand zijn echter ook gegevens beschikbaar over de toegewezen zorgprogramma's en over detoxificatie (datums en aantallen). Voor het veldonderzoek zijn de frequentietabellen gebruikt van deze specifieke variabelen met betrekking tot de eenheden met primaire GHB problematiek. De variabele primaire GHB problematiek is daarvoor gebruikt.

4. Welke verschillen zijn er tussen gebruikers die wel en niet terugvallen in GHB gebruik?

In SPSS zijn de data van de primaire GHB problematiek geselecteerd. Alle andere data zijn van deelname aan de analyse ter beantwoording van deze deelvraag uitgesloten. Voor de groep GHB gebruikers is de variabele 'terugval' als splitsingsvariabele gebruikt. Omdat het gaat om het onderzoeken van een verschil tussen twee groepen, is geanalyseerd of de T-test uitgevoerd mocht worden voor de variabelen met minimaal interval meetniveau.

- Test of normality voor de interval variabele GAF score gaf de Shapiro Wilk een significant beeld en voldeed dus niet aan de voorwaarde van normaalverdeling om de T-test te mogen uitvoeren. Omdat er wel sprake was van een vergelijkbare spreiding in de groepen terugval (ja) en terugval (nee) op deze variabele, is de Mann-Whitney U-test uitgevoerd.

- Test of normality voor de interval variabele zorgzwaarte (aantal psychosociale problemen op AS4) gaf de Shapiro Wilk een significant beeld en voldeed dus niet aan de voorwaarde van normaalverdeling om de T-test te mogen uitvoeren. Omdat er geen sprake was van een vergelijkbare spreiding in de groepen terugval (ja) en terugval (nee) op deze variabele, kon de Mann-Whitney U-test ook niet worden uitgevoerd. De Chi kwadraat test is uitgevoerd. Hierbij bleek dat 7 cellen (58,3 procent) een verwachte frequentie van minder dan 5 had. Hiermee voldoet de Chi kwadraat test niet aan de voorwaarden. Voor deze variabele is enkel gebruik gemaakt van de frequentietabellen.

- Test of normality voor de interval variabele afhankelijkheid gaf de Shapiro Wilk een significant beeld en voldeed dus niet aan de voorwaarde van normaalverdeling om de T-test te mogen uitvoeren. Omdat er wel sprake was van een vergelijkbare spreiding in de groepen terugval (ja) en terugval (nee) op de variabele, is de Mann-Whitney U-test hiervoor uitgevoerd.

- Test of normality voor de interval variabele verlangen gaf de Shapiro Wilk een significant beeld en voldeed dus niet aan de voorwaarde van normaalverdeling om de T-test te mogen uitvoeren. Omdat er geen sprake was van een vergelijkbare spreiding of vorm in de groepen terugval (ja) en terugval (nee) op deze variabele, kon de Mann-Whitney U-test ook niet worden uitgevoerd. De Chi kwadraat test is uitgevoerd.

- Test of normality voor de interval variabele persoonlijkheid gaf de Shapiro Wilk een significant beeld en voldeed dus niet aan de voorwaarde van normaalverdeling om de T-test te mogen uitvoeren. Omdat er sprake was van een

vergelijkbare spreiding of vorm in de groepen terugval (ja) en terugval (nee) op deze variabele, is de Mann-Whitney U-test uitgevoerd.

- Test of normality voor de interval variabelen depressie-, angst-, stress- en DASproblematiek gaf de Shapiro Wilk alleen voor DASproblematiek geen significant beeld en voldeed dus alleen voor deze variabele aan de voorwaarde van normaalverdeling om de T-test te mogen uitvoeren. T-test voor DASproblematiek uitgevoerd, Levene's test was niet significant. Er is aan de voorwaarde van gelijke varianties voldaan. Omdat er sprake was van een vergelijkbare spreiding of vorm in de groepen terugval (ja) en terugval (nee) op de variabele depressieproblematiek, is de Mann-Whitney U-test niet uitgevoerd. Omdat er geen sprake was van een vergelijkbare spreiding of vorm in de groepen terugval (ja) en terugval (nee) op de variabelen angst- en stressproblematiek, kon de Mann-Whitney U-test niet worden uitgevoerd. De chi kwadraat test is uitgevoerd met de nominale/dichotome variabelen sprake van ernstige angst- en stressproblematiek.

- Test of normality voor de interval variabelen relationele beperkingen, basale beperkingen, totale beperkingen, negatieve externe invloed en positieve externe invloed gaf de Shapiro Wilk een significant beeld en voldeed dus voor geen van variabelen aan de voorwaarde van normaalverdeling om de T-test te mogen uitvoeren. Omdat er sprake was van een vergelijkbare spreiding of vorm in de groepen terugval (ja) en terugval (nee) op de variabelen relationele beperkingen, basale beperkingen, totale beperkingen, negatieve externe invloed en positieve externe invloed is de Mann-Whitney U-test uitgevoerd.

- In de verkennende analyses van de frequentietabellen viel op dat de niet terugvallende GHB gebruikers vaker in psychologische behandeling waren en er vaker sprake was van psychiatrische comorbiditeit. Ondanks dat deze variabelen niet zouden worden meegenomen in dit onderzoek, is ervoor gekozen dit toch te doen in verband met deze opvallende verschillen. Berekend is of er sprake is van een significant verschil tussen de groep terugvallers en niet terugvallers met betrekking tot psychologische behandeling en psychiatrische comorbiditeit. De Chi kwadraat test is hiervoor uitgevoerd, omdat beide variabelen van nominaal meetniveau zijn. Hierbij bleek dat bij beide tests één cel (25 procent) een verwachte frequentie van minder dan 5 had. Hiermee voldoet de test niet aan de voorwaarden en omdat het een 2x2 kruistabel is, is de Fisher's exact test gebruikt.

De volgende variabelen zijn wel voor deelvraag 4 geanalyseerd, maar niet toegevoegd aan het rapport: misbruik, afhankelijkheid en misbruik, leeftijd, woonsituatie, geslacht, opleiding. In verband met de omvang van het rapport zijn hierin keuzes gemaakt. De achtergrondvariabelen zijn niet opgenomen omdat deze niet beïnvloedbaar zijn, misbruik en afhankelijkheid/misbruik omdat alleen de factor afhankelijkheid expliciet met betrekking tot terugval is genoemd in het literatuuronderzoek.

5. Welke verschillen zijn er tussen personen die GHB gebruiken en personen die andere middelen gebruiken?

In SPSS worden alle data geselecteerd. De variabele primaire problematiek (PROBL_1) wordt als splitsingsvariabele gebruikt om de kenmerken tussen de GHB gebruikers en andere gebruikers te analyseren. Er

worden verschillen geanalyseerd tussen gebruikers met primaire GHB problematiek en gebruikers van alcohol, amfetamine (speed), cannabis, cocaïne en heroïne. Voor de gebruikers van deze middelen is gekozen vanwege de zekerheid van voldoende data en om middelen met verschillende werking mee te nemen. Alcohol, cannabis en heroïne zijn middelen met dempende, verdoovende werking (net als GHB) en amfetamine en cocaïne zijn middelen met een stimulerende werking.

- Berekend is of er sprake is van een verschil tussen de primaire problematieken in terugval. De Chi kwadraat test is uitgevoerd om dit verschil te berekenen omdat de variabele terugval van nominaal meetniveau is.

- Omdat het in deze deelvraag gaat om verschillen tussen meerdere groepen is eerst bekeken of de te analyseren variabelen voldoen aan de voorwaarden om de ANOVA test uit te mogen voeren. De intervalvariabelen die onderzocht zijn: Depressieproblematiek, angstproblematiek, stressproblematiek, DAS problematiek, relationele beperkingen, basale beperkingen, totale beperkingen, negatieve externe invloed, positieve externe invloed, persoonlijkheidsproblematiek, afhankelijkheid/misbruik, GAF score, zorgzwaarte (aantal psychosociale problemen) en zorgprogramma. Voor alle intervalvariabelen is de test of normality uitgevoerd en gaf de Shapiro Wilk een significant beeld binnen de te vergelijken groepen. De variabelen voldoen dus niet aan de voorwaarde van normaalverdeling om de ANOVA te mogen uitvoeren.

- Omdat alle variabelen van ordinaal of interval meetniveau zijn en er sprake was van een vergelijkbare spreiding of vorm in de groepen primaire alcohol-, amfetamine-, cannabis-, cocaïne, heroïne en GHB problematiek van de variabelen is de Kruskal-Wallis test uitgevoerd. Als de Kruskal-Wallis test significant bleek, is er met de Mann-Whitney U-test geanalyseerd welke groep significant verschilt van de groep gebruikers met primaire GHB problematiek.

De volgende variabelen zijn wel voor deelvraag 5 geanalyseerd, maar niet toegevoegd aan het rapport: leeftijd, woonsituatie, geslacht, opleiding, misbruik en afhankelijkheid. In verband met de omvang van het rapport zijn hierin keuzes gemaakt. De achtergrondvariabelen zijn niet opgenomen omdat deze niet beïnvloedbaar zijn en enkel de score op de combinatie van afhankelijkheid/misbruik is gebruikt.

Om de leesbaarheid te bevorderen is in het analyseplan cq –logboek gebruik gemaakt van de variabelen zoals geoperationaliseerd. In het databestand zijn echter andere benamingen gebruikt. In tabel 12 staan de koppelingen tussen de variabelen en de benaming in het SPSS bestand.

Variabele	SPSS	Antwoord
Primaire GHB problematiek	PROBL_GHB	Ja/Nee
Primaire problematiek	PROBL_1	Alcoholproblematiek Amfetamineproblematiek etc.
Meerdere problematieken	PROBL_AANTAL	1, 2 of 3
Terugval	TERUGVAL	Ja/nee

Aantal psychosociale problemen	AS_4_totaal	1, 2, 3, 4 of 5
GAF score	AS_5_GAF	Score van 1 tot 100
Ernst afhankelijkheid	MATE4_1AFHANKELIJKHEID	Score
Ernstige afhankelijkheid	MATE_AFH_MD	Ja/nee (aan de hand van drempelwaarde MATE)
Ernst misbruik	MATE4_2MISBRUIK	Score
Ernstige misbruik	MATE_MIS_MD	Ja/nee (aan de hand van drempelwaarde MATE)
Ernst afhankelijkheid/misbruik	MATE4_3ERNST	Score
Ernstige afhankelijkheid/misbruik	MATE_AFMIS_MD	Ja/nee (aan de hand van drempelwaarde MATE)
Ernst verlangen	MATEQ1_1VERLANGEN	Score
Ernstige verlangen	MATE_VERLANG_MD	Ja/nee (aan de hand van drempelwaarde MATE)
Ernst depressieproblematiek	MATEQ2_1DEPRESSIE	Score
Ernstige depressieproblematiek	MATE_DEPR_MD	Ja/nee (aan de hand van drempelwaarde MATE)
Ernst angstproblematiek	MATEQ2_2ANGST	Score
Ernstige angstproblematiek	MATE_ANGST_MD	Ja/nee (aan de hand van drempelwaarde MATE)
Ernst stressproblematiek	MATEQ2_3STRESS	Score
Ernstige stressproblematiek	MATE_STRESS_MD	Ja/nee (aan de hand van drempelwaarde MATE)
Ernst DAS problematiek	MATEQ2_4DASTOTAAL	Score
Ernstige DAS problematiek	MATE_DASS_MD	Ja/nee (aan de hand van drempelwaarde MATE)
Ernst persoonlijkheidsproblematiek	MATE6_1PERSHD	Score
Ernstige persoonlijkheidsproblematiek	MATE6_MD	Ja/nee (aan de hand van drempelwaarde MATE)
Totale beperkingen	MATEICN7_1BEPERK_TOTAAL	Score
Basale beperkingen	MATEICN7_2BEPERK_BASAAL	Score

Ernstige basale beperkingen	MATEICN7Basaal	Ja/nee (aan de hand van drempelwaarde MATE)
Relationele beperkingen	MATEICN7_3BEPERK_RELATIE	Score
Positieve externe invloed	MATEICN8_1POS_EXT_INVLOED	Score
Negatieve externe invloed	MATEICN8_2NEG_EXT_INVLOED	Score
Ernstige negatieve externe invloed	MATEICN8_2Neg	Ja/nee (aan de hand van drempelwaarde MATE)

Bijlage E – Ethische verantwoording

In dit onderzoek zijn de gedragscodes van het Nederlands Instituut van Psychologen [NIP] en van de HBO-raad (de gedragscodes met betrekking tot onderzoek) van kracht. Dit houdt in dat deelnemers en opdrachtgever mogen vertrouwen op integriteit, verantwoordelijkheid, zorgvuldigheid en respect van de onderzoeker. De onderzoeker werkt objectief, onafhankelijk en dient enkel het professionele en maatschappelijke belang. Per onderzoeksonderdeel staat hier puntsgewijs beschreven hoe om is gegaan of omgegaan zal worden met de ethiek binnen dit specifieke onderzoek.

- **Probleem- en vraagstelling:** Ik heb bij de formulering van de probleem- en vraagstelling middels verkennend literatuuronderzoek zo breed mogelijk naar het onderwerp via verschillende invalshoeken gekeken. Ik ben me bewust geweest van de diverse rollen en problematieken van GHB gebruiker en omgeving tot ziekenhuispersoneel en opdrachtgever, zonder me door één van deze partijen te laten leiden. Ik heb met een objectieve blik gekeken naar wat er speelt en wat actueel is.
- **Plan van Aanpak:** Bij het schrijven van het plan van aanpak heb ik de betrouwbaarheid zoveel als mogelijk gewaarborgd door op detailniveau te schrijven, zonder het groter geheel, uitvoerbaarheid en het gewenste resultaat uit het oog te verliezen. Ik ben me telkens bewust gebleven van mogelijke obstakels, te nemen beslissingen en te maken wijzigingen in het onderzoeksproces, maar heb deze zoveel als mogelijk vooraf geformuleerd. Ik heb opdrachtgever actief betrokken bij te maken keuzes waar dit belangrijk was, maar hem niet onnodig belast. De belangen van opdrachtgever, onderzoekseenheden en onderzoeker staan naast elkaar en worden niet aangetast door dit onderzoek. De methode is tot stand gekomen vanuit een weloverwogen keuze tot de best mogelijke onderzoeksmethode binnen de beschikbare tijd en met de voorhanden zijnde middelen.
- **Literatuuronderzoek:** Het verzamelen van geschikte literatuur is op wetenschappelijk verantwoorde wijze gebeurd en zal volgens APA norm verwerkt worden. In het gebruik van bronnen is zowel nationale als internationale wetenschappelijke literatuur bekeken en zullen verschillende invalshoeken belicht worden. Daarnaast zijn niet alleen artikelen en boeken geraadpleegd, ook zijn er videobestanden gebruikt en zijn er gesprekken gevoerd met experts op het gebied van GHB gebruik.
- **Onderzoek algemeen:** Ik volg de regelgeving en de protocollen die er zijn op mijn vakgebied ten aanzien van het doen van onderzoek. De methodologische regels worden continu getoetst en gecontroleerd op naleving door onderzoeker, opdrachtgever, afstudeerdocent en methodologiedocent. Ik volg instructies op van mijn opdrachtgever, afstudeerdocent en methodologiedocent op, zonder de doelstelling van het onderzoek te schaden en ik stel mij begeleidbaar en open op ten aanzien van dit onderzoek. Daarnaast houd ik alle stappen bij in een logboek, die indien gewenst beschikbaar worden gesteld aan alle belanghebbende partijen (opdrachtgever, afstudeerdocent en methodologiedocent).
- **Dataverzameling en -gebruik:** Ik heb me efficiënt en effectief getoond, door gebruik te maken van bestaande data. Hoewel de eenheden in de bestaande data niet op de hoogte zijn van het gebruik van hun gegevens voor onderzoek, worden zij niet benadeeld met deelname. Hun privacy is gewaarborgd en de

data worden anoniem door onderzoeker verwerkt. Ik ga zorgvuldig met alle data om en gebruik de data enkel voor onderzoeksdoeleinden.

- Data-analyse en formuleren van oplossingen: Dit praktijkonderzoek wordt telkens getoetst op het creëren van praktijkgerichte toepassingen. Het uitvoeren van analyses wordt gecheckt bij opdrachtgever, afstudeerdocent en methodologiedocent op bruikbaarheid, toepasbaarheid en correctheid. Alle analyse handelingen worden genoteerd en alle syntaxis en output van SPSS worden bewaard en indien gewenst beschikbaar gesteld voor inzage.
- Resultaten, conclusies en discussie rapportage: Tijdens het rapporteren van de resultaten zal ik rekening houden met de praktische bruikbaarheid ervan en zal ik een onpartijdige, complete en relevante weergave bieden van de resultaten die leiden tot het beantwoorden van de onderzoeksvraag en deelvragen. Hierbij laat ik geen onderzoeksresultaten selectief weg. Alle resultaten worden genoteerd volgens de APA norm. Ik zal geen conclusies presenteren die niet op de data gebaseerd zijn. De conclusies worden zorgvuldig onderbouwd en zijn alle in relatie tot de onderzoeksvragen. Ook de informatie die mogelijk conclusies tegenspreekt, wordt gepresenteerd. Er zal openheid worden gegeven over mogelijke tekortkomingen van het onderzoek.
- Verspreiden van resultaten en kennis: De uiteindelijke scriptie wordt, enkel met goedkeuring van de opdrachtgever, openbaar gemaakt. De intellectuele eigendomsrechten van data, resultaten en innovaties dienen gecommuniceerd en vastgelegd te zijn, alvorens deze aan derden beschikbaar worden gesteld.

De beschreven punten zijn expliciet van kracht voor dit onderzoek en daarom in deze verantwoording uitgeschreven, zonder de andere gedragscodes teniet te doen. De genoemde punten zeggen namelijk niets over de belangrijkheid van andere, hier niet genoemde, ethische kwesties of over het naleven van andere punten door onderzoeker.

Bijlage F – Authenticiteitsverklaring

Hierbij verklaar ik stellig

1. dat ik dit (onderzoeks)rapport zelf geschreven heb, zonder hulp van derden;
2. dat ik in mijn verslag alle directe, letterlijke citaten uit de literatuur en alle indirecte citaten en ideeën van andere auteurs aangegeven en vermeld heb¹.

Ik ben mij er volledig van bewust dat schending van deze verklaring negatieve consequenties voor mij kan hebben (zoals het afnemen van studiepunten).

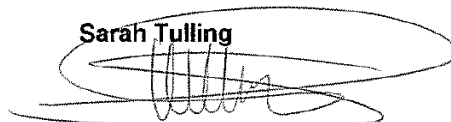
In geval fraude kan worden aangetoond, ben ik aansprakelijk voor de kosten van het onderzoek.

Plaats, datum Etten-Leur, 26-05-2014

Naam: Sarah Tulling

Studentnummer: 2161620

Handtekening:

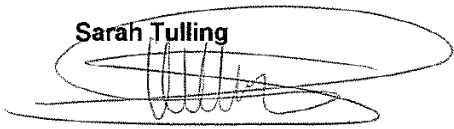
Sarah Tulling


¹ De opleiding Toegepaste Psychologie gebruikt de dienst [Ephorus](#) om ingeleverde scripties te controleren op plagiaat. Ephorus vergelijkt deze documenten met een database met eerder ingeleverd werk en met materiaal dat via internet is te vinden. Wanneer het percentage gevonden overeenkomsten met andere bronnen de 30% overschrijdt, wordt het werk afgekeurd. Bij een lager percentage, wordt gekeken naar de aard van de overeenkomsten.

Nabespreking

Tijdens het lezen van deze scriptie dient in ogenschouw te worden genomen dat Novadic-Kentron een specialistische instelling is op het gebied van verslavingszorg. Novadic-Kentron biedt zeer veelzijdige zorg op allerlei levensgebieden. In het veldonderzoek is enkel detoxificatie en de intensiteit van behandeling onderzocht, vanwege de aanwezige gegevens in het databestand. Dit zegt echter niets over de verdere inhoud en effectiviteit van de behandeling.

Sarah Tulling



15-06-2014