

TRAINERSMAP



De aanpak van
illegale drugproblematiek
in de huisartsenpraktijk



VAD

E. Tollenaerestraat 15
1020 Brussel
Tel. 02/423 03 33
Fax 02/423 03 34

**De ontwikkeling van het vormingsmateriaal en de samenstelling van de
trainersmap gebeurde door**

Caroline Damman
Anke Schrauwen
Dr. Jan Van Bouchaute
Dr. Peter Van Breuseghem
Nadine Roose

Voor de module 'Inzicht in middelenmisbruik'

Dr. Rita Verrando
Dr. Gilberte Watté
Inge Baeten
Els Vandenberghe
Nadine Roose

Voor de module 'Productinformatie'

Dr. Rita Verrando
Nadine Roose
De werkgroep vorming van het Limburgs Platformoverleg Verslaving onder
voorzitterschap van
J-P Lavigne, bestaande uit:
Roger Hamael
Alain Lorquin
Marjet Vanderstraeten
Dr. Arlette Wertelaers

Voor de module 'Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk'

Met ondersteuning van de stuurgroep
Bestaande uit:
Prof. Dr. Frank Buntinx
Dr. J-P Hoengenaert
Dr. Frieda Matthys
Anne Neyskens
Filip Vanneste
Dr. Rita Verrando
Rosi Vervae
Dr. Arlette Wertelaers
Nadine Roose

Eindredactie: Nadine Roose
VAD Brussel, 1999
Herwerking, mei 2000

Te

*Situering van het
vormingsaanbod*

Situering van het vormingsaanbod voor huisartsen inzake de aanpak van illegale drugproblematiek in de huisartsenpraktijk

Vanuit de Drugnota van Minister Demeester (1996-1999) kreeg de Vereniging voor alcohol- en andere drugproblemen (VAD) in het kader van het project 'Deskundigheidsbevordering bij intermediairen' de opdracht ten aanzien van de aanpak van een problemen van middelenmisbruik ook voor huisartsen een vormingsaanbod uit te werken.

De *doelstellingen* van het vormingsaanbod zijn drieërlei:

- 1) *in een zo vroeg mogelijk stadium drugproblematieken kunnen detecteren*
- 2) *er adequaat kunnen op inspelen*
- 3) *en efficiënt kunnen samenwerken met belangrijke partners.*

Vorbereidend werk

In najaar 1997 werd aan een 40-tal huisartsen een kadertekst voorgelegd over de mogelijke rol van de huisarts in de drughulpverlening, gekoppeld aan een bevraging van de vormingsnoden betreffende het onderwerp. Ingaand op de voorkeur van huisartsen voor kortdurende vormingsmomenten, werd geopteerd een gediversifieerd aanbod uit te werken in de vorm van korte modules (2 à 3 uur), waarbij iedere module een bepaald deelaspect zou belichten.

Iedere module werd uitgewerkt door een gemengde werkgroep van huisartsen en CGG-medewerkers. Ter ondersteuning werd ook een stuurgroep opgericht.

Het vormingsaanbod

Het geplande vormingsaanbod bestond uit vijf modules en een draaiboek.

Er zijn 3 modules definitief klaar voor gebruik vanaf begin 2000.

Afhankelijk van de respons, de reacties en de verdere noden van de huisartsensector, kunnen in 2001 nog bijkomende modules uitgewerkt worden.

SITUERING VAN HET VORMINGSAANBOD

De module 'Inzicht in middelenmisbruik' is breder opgevat dan louter de illegale drugproblematiek. Deze module behandelt de gemeenschappelijke kenmerken van middelengebruik dat zowel alcohol, medicatie als illegale drugs kan zijn.

De overige modules zijn themagerichte modules die wel specifiek handelen over illegaal druggebruik, dit wil zeggen het gebruik van zowel illegale drugs als het gebruik van medicatie die op illegale wijze wordt verkregen.

Naast de deelnemersmappen per module, zal er eveneens een 'Draaiboek van een consultatie' vol praktische tips worden uitgewerkt.

Overzicht:

Voorjaar 2000:

- 'Inzicht in middelenmisbruik'
- 'Productinformatie'
- 'Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk?'

Eventueel voorzien in 2001:

- 'De positie van de huisarts in het brede hulpverleningsnetwerk'
- 'Diagnostische instrumenten'
- 'Draaiboek van een consultatie'

Werkwijze

Het vormingsaanbod zal **op vraag** georganiseerd worden.

Dit kan zijn op vraag van een huisartsenkring, LOK's of andere huisartsengroepen die dit thema op hun vormingskalender willen plaatsen.

Afhankelijk van de vormingsbehoefte en de vormingsbereidheid, kan de aanvrager de keuze maken voor één of meerdere modules. Ook kan er uit de drie modules een vorming op maat samengesteld worden.

De vormingsaanvragen worden gecentraliseerd op het VHNI (zie verder bij 'Praktische organisatie').

In het kader van de Drugnota werd een training voorzien voor CGG-medewerkers die met dit vormingsaanbod willen werken.

In maart 2000 werd het vormingsaanbod naar de sector toe bekend gemaakt via het VHNI en een aantal vaktijdschriften (Huisarts Nu , Artsenkrant,...).

Samenwerkingsverband VAD-CGG

Vormingsaanbod huisartsen inzake de aanpak van illegale drugproblematiek

Trainersmap

*Sector van
de huisartsen*

1. Verenigingen en instituten in de huisartsensector

Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen (WVVH)

Het WVVH is een wetenschappelijke vereniging die goede huisartsengeneeskunde wil bevorderen door het bieden van ondersteuning. Deze ondersteuning bestaat uit deskundigheidsbevorderingsinitiatieven, het aanmaken van producten, het uitgeven van een vaktijdschrift (HANU = Huisarts Nu). Belangenverdediging is geen prioritaire doelstelling, maar geschiedt op basis van wetenschappelijke studie en- indien enigszins mogelijk- op basis van interdisciplinaire consensusvorming.

Vormingen

Het WVVH maakt vormingsmateriaal aan. Zij richt zich met haar vormingsaanbod ofwel rechtstreeks naar de huisartsen (dit is in eigen beheer; iedere huisarts kan zich los van huisartsenkring of LOK-groep op dit vormingsaanbod inschrijven), ofwel richt zij zich naar de huisartsenkringen en de LOK-groepen, via het VHNI (huisartsenkringen en LOK-groepen organiseren; de coördinatie van de sprekers gebeurt door het VHNI).

Vlaams Huisartsen Instituut (VHI)

Het VHI is het onderzoeksinstituut van het WVVH. Het VHI houdt zich ook bezig met de medische ethiek.

Vormingen

Als research orgaan geeft het VHI wetenschappelijke ondersteuning aan de vormingen en het vormingsmateriaal dat het WVVH samenstelt.

Vlaams Huisartsen Navormings Instituut (VHNI)

Het VHNI is het overkoepelend orgaan van de vijf provinciale huisartsen navormingsinstituten die elk voor hun provincie de huisartsenkringen groeperen, de WVVH en de academische centra voor huisartsengeneeskunde.

Vormingen

Het VHNI maakt het vormingsaanbod voor de gehele sector bekend aan de huisartsenkringen en de LOK-groepen. Op deze manier heeft zij zicht op de bestaande navormingspakketten voor huisartsenkringen en de LOK-groepen. Het VHNI heeft een aanbod van sprekers die zij put uit universitaire milieus en uit de WVVH.

Unie van Huisartsenkringen (UHAK)

Het UHAK is de unie van huisartsenkringen (niet alle kringen zijn hierin vertegenwoordigd, die zich bezig houdt met syndicale en financiële aangelegenheden. Zij zorgt voor de belangenverdediging van de huisartsenkringen.

Vormingen

Het UHAK doet niet aan navorming.

Huisartsenkring

Huisartsenkringen zijn vergaderingen van huisartsen van een omschreven regio, die om diverse redenen bijeenkomen: voor postacademische navorming, de regeling van wachtdiensten, soms voor zorgprojecten (zoals benoemen van vertegenwoordigers in rustoorden, of voor initiatieven inzake thuiszorg).

Vaak hebben huisartsenkringen het statuut van feitelijke vereniging, anderen hebben een echte VZW-structuur. Meestal worden ze voorgezeten door een gekozen voorzitter en hebben ze een secretaris.

Vormingen

Sommige kringen zijn navormingskringen en organiseren navorming, andere kringen zijn wachtkringen die de urgente zorgverlening tussen de collega's huisartsen verdelen op basis van beurtrol systeem, nog andere kringen doen beide.

LOK-groepen

LOK staat voor lokale kwaliteitskring.

LOK-groepen zijn niet huisartsenkring-gebonden.

Vormingen

LOK-groepen maken deel uit van het aspect navorming van het accrediteringssysteem (RIZIV) dat enkele jaren geleden werd ingevoerd. Geaccrediteerde huisartsen zijn verplicht bij een LOK-groep aan te sluiten en haar vormingsbijeenkomsten te volgen. Op basis van 4 bijeenkomsten voor kleinschalige intervisie (de grootste LOK groep mag 24 leden bevatten) en deelname aan navorming krijgen de huisartsen een bijkomende erkenning voor kwaliteit ('accrediteringspunten').

2. Wie organiseert vormingen?

Naast de WVVH die ook vormingen in eigen beheer organiseert en de vormingsinitiatieven van de farmaceutische industrie, zijn, en dit op lokaal vlak, de belangrijkste initiatiefnemers voor het organiseren van vormingsmomenten de huisartsenkringen en de LOK-groepen.

Vormingen georganiseerd door huisartsenkringen

Elke huisartsenkring organiseert ongeveer éénmaal per maand een navormingsavond rond een welbepaald thema.

Voor elke huisartsenkring gebeurt de programmatie autonoom (deze programmatie kan van drie maanden tot een jaar op voorhand vastliggen). Voor het betreffende onderwerp zoekt de huisartsenkring sprekers uit de eigen streek of zij zoekt sprekers via het VHNI.

Deze navormingsavonden zijn niet gebonden aan het accrediteringssysteem maar kunnen wel dienen tot het bekomen van accrediteringspunten.

Het gemiddeld aantal aanwezigen op een 'kringavond' loopt tussen de 35 à 40-tal huisartsen (maar is sterk afhankelijk van de grootte van de kring; kleinere kringen bestaan ook).

Vormingen georganiseerd door de LOK-groepen

De opzet van de LOK-groepen is 'peer review': in het kader van 'kwaliteitsbevorderend gedrag' wordt in kleine groepen rond een bepaald thema het eigen gedrag besproken. Het gemiddeld aantal aanwezigen op een LOK-bijeenkomst ligt tussen de 8 à 15-tal huisartsen.

LOK-groepen organiseren 4 à 8 initiatieven per jaar. De programmatie is autonoom per LOK-groep (ook hier kan het programma een jaar op voorhand vastliggen).

De training is meestal meer interactief dan deze die door de kring navorming wordt georganiseerd.

SECTOR VAN DE HUISARTSEN

Schematisch overzicht*:

HUISARTSEN TE VELDE

- Lokale kringen
 - Wachtkringen
 - Navormingskringen
 - Lokale groepen voor kwaliteitsbevordering (LOK-groepen)
- Koepels
 - Unie van Huisartsen (wacht)kringen (UHAK)
 - Provinciale Navormingsinstituten
 - Vlaams Huisartsen Navormingsinstituut (VHNI)
- Stagemeeesters met HIBO's en HIBO groepen

LOKALE KRINGEN

- Wachtkringen
- **Navormingskringen**
 - groter, theoretische aanpak
 - accreditering 180 punten/200 uur geaccrediteerd HA
- **Lokale groepen voor kwaliteitsbevordering (LOK-groepen)**
 - accreditering 40 punten/200 uur geaccrediteerd HA

KOPELS VAN HUISARTSENKRINGEN

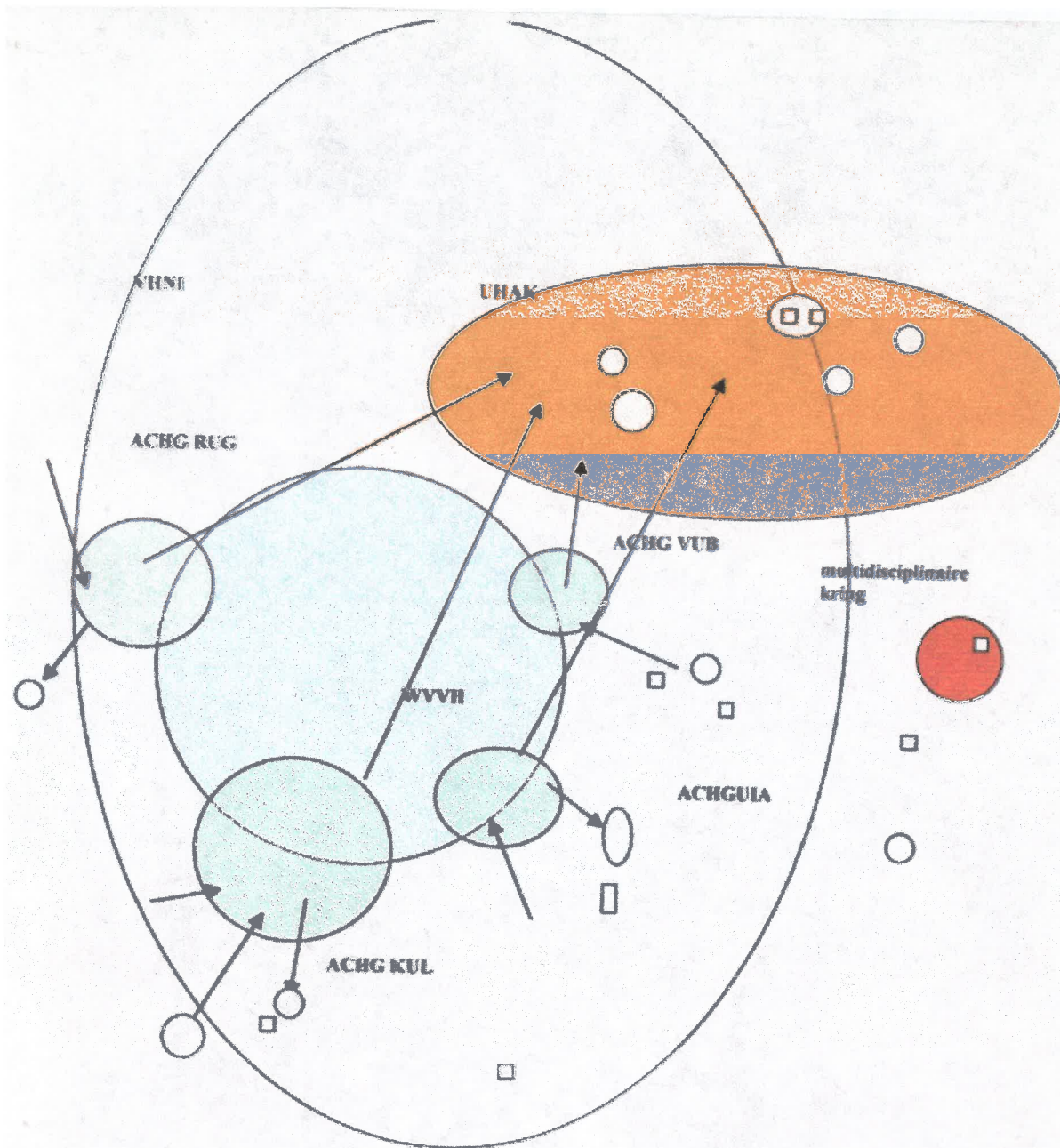
- Unie van Huisartsen (wacht)kringen
- Provinciale Navormingsinstituten
 - coördinatie en eigen bijeenkomsten
 - accreditering 180 punten/200 geaccrediteerd HA
- **Vlaams Huisartsen Navormingsinstituut (VHNI)**
 - coördinatie met WVVH/ACHG/UHAK
 - dispatching & navormingskalender**

WETENSCHAPPELIJKE SECTOR

- Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen (WVVH)
 - Dienstbetoon
 - Kwaliteitsbevordering (w.o. deskundigheidsbevordering)
 - Onderzoek (Vlaams Huisartsen Instituut)
 - Onafhankelijk Huisartsentijdschrift HANU
- Academische Centra Huisartsgeneeskunde
 - onderwijs 1ste jaar huisartsgeneeskunde
 - onderzoek
- Interuniversitair Centrum Huisartsgeneeskunde
 - onderwijs 2de en 3de jaar huisartsgeneeskunde

* Met dank aan Dr Leo Pas (WVVH)





- INTERUNIVERSITAIR CENTRUM HUISARTSOPLEIDING (ICHO)
- WETENSCHAPPELIJKE VERENIGING VLAAMSE HUISARTSEN
- LOK's
- KRINGEN

*Praktische
organisatie*

I. PRAKTISCHE ORGANISATIE

▪ Vorming op vraag

Het vormingsaanbod wordt enkel op vraag georganiseerd.

Wij verwachten de aanvragen vooral van huisartsenkringen en LOK-groepen die het drugthema op hun vormingskalender willen plaatsen.

Aangezien het vormingsaanbod in maart 2000 naar de huisartsensector is bekend gemaakt en de vormingskalenders voor het komende vormingsjaar bij de kringen meestal worden opgemaakt vanaf juni, voorzien wij een kabbelende start met vermoedelijk vanaf het najaar 2000 een groter aantal vormingsaanvragen.

▪ Doelgroepen

De vormingen zullen georganiseerd worden voor huisartsenkringen of LOK-groepen. Deze beide groepen verschillen duidelijk in groepsgrootte wat zijn implicaties kan hebben op de keuze van de methodieken.

- Klassieke navorming: grote groep (70 tal, bvb 3 navormingskringen samen), kan open groep zijn (centrale aankondiging VHNI-navormingskalender)

Doelstelling = kennisoverdracht

Meest aangewezen: module 1, module 2

Kan ook: module 3 mits aanpassing methodiek (minder interactief)

- LOK-groepen: kleine deelnemersgroep, gesloten groep

Doelstelling = attitude; peer review; interactief

In meeste gevallen gegroeid uit de navormingskringen; Er bestaan ook LOKs vanuit de vroegere Balint-groepen

Meest aangewezen: module 3

Kan ook: module 1 en 2 maar met module 3 als einddoel

▪ Praktische afspraken rond de implementatie van het vormingsaanbod

Het samenwerkingsverband VAD-CGG resulteerde niet alleen in een gezamenlijke voorbereiding van het vormingsmateriaal.

Zoals in het Project van Deskundige Intermediaren (Drugnota) voorzien, doet VAD ook voor de *implementatie* van het vormingsaanbod beroep op de CGG-medewerkers.

In de toekomst kan dit eventueel uitgebreid worden met andere geïnteresseerde intermediaren.

1. Financiële afspraken

Zowel de onkosten voor de organisatie als de inkomsten van de vormingssessie zijn voor de CGG.

Huisartsen zijn niet gewoon persoonlijk inschrijvingsgeld voor vormen georganiseerd door de kring of de LOK-groep te betalen. Soms wordt er voor de financiering van een vorming met sponsoring gewerkt.

Honorarium

Samen met de huisartsensector werd een vaste prijs afgesproken die de vormingsaanvrager verschuldigd is aan het uitvoerende CGG.

- Vaste prijs: per spreker 5000,-Bfr + 10,-Bfr/km
- ALL IN-formule (inclusief sprekervergoeding, km-vergoeding voor de spreker(s), deelnemersmappen)
- De concrete afhandelingswijze (ter plaatse betalen of met overschrijving) is met de vormingsaanvrager vooraf af te spreken.

2. Taken VAD

Leveren van vormingsmateriaal

VAD levert het vormingsmateriaal: de inhoud van de deelnemersmap op diskette (slides, artikels, werkbladen, bijlagen,...), de video voor de module 'Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk' en deze trainersmap.

Centrale bekendmaking

Het VHNI dat het UHAK, de 5 provinciale HNI (= prov. koepels van de navormingskringen), de 4 universitaire huisartsencentra, en de WVVH overkoepelt, is het centrale kanaal voor bekendmaking (ook voor de LOK-groepen).

Naar aanleiding van bestaande gevoeligheden in de sector over wie wat opneemt inzake de drugproblematiek, en voor de duidelijkheid naar de huisartsen toe, werd met de sector reeds afgesproken dat de bekendmaking van het vormingsaanbod enkel door VAD zal gebeuren.

Conform deze afspraak vragen wij aan de CGG's dan ook zelf geen bekendmakingsinitiatieven met betrekking tot het vormingsaanbod te nemen. Wij stellen voor dit op termijn te evalueren.

Wijze van aankondigen:

1. Eénmalige mailing naar alle huisartsen in Vlaanderen (7850 exemplaren) = verscheen als *bijlage* in de *VHNI-navormingskalender van maart 2000* (zie platiékje: mag gecopiëerd en verspreid worden)
2. Eénmalig aankondiging per jaar (mei-juni 2000) in de bundel

3. 'Navormingspaketten 2000-2001', enkel naar navormingsverantwoordelijken van de kringen (oplage = 150)
4. Per vorming op maat indien de aanvrager de vorming ook wenst open te stellen voor huisartsen uit andere kringen
= aankondiging in VHNI-navormingskalender

Evaluatie

VAD engageert zich tot het evalueren van de inhoud en implementatie van het vormingsaanbod met het oog op het aanbrenge van eventuele verbeteringen. VAD vraagt hiervoor evaluatiegegevens op van de CGG-medewerkers. Een eerste tussentijdse evaluatie is voorzien na drie maanden (juli 2000). De frekwentie van evalueren nadien zal vermoedelijk jaarlijks zijn.

3. Taken VHNI

Centraliseren van de vormingsaanvragen

- VHNI centraliseert de vormingsaanvragen, zoekt op basis van onze lijst met CGG-medewerkers (zie pag. 9-10) een organisator (regionale dispatching) en geeft de coördinaten van de vormingsaanvrager door aan de CGG-medewerker.
- De CGG-medewerker neemt dan contact op met de vormingsaanvrager voor overleg aangaande de concrete invulling van de avond (vorming op maat).
- VHNI registreert iedere vormingsaanvraag op een lijst die maandelijks aan VAD zal worden overgemaakt.

4. Taken CGG-medewerkers

Uitklaring van de vormingsvraag

- Afhankelijk van de vormingsbehoefte en de vormingsbereidheid van de huisartsen om zich in de drugproblematiek te verdiepen, kan de aanvrager de keuze maken voor één of meerdere modules. Ook kan er uit de drie modules een vorming op maat samengesteld worden.
- Om het vormingsaanbod zo goed mogelijk af te stemmen op de vormingsvraag, is verduidelijking van de vormingsvraag dan ook essentieel. Deze exploratie en de keuze van het meest relevante vormingsaanbod gebeurt in onderling overleg met de vormingsaanvrager.
- Het is belangrijk in dit overleg ook de doelstellingen en het belang van de ontwikkelde modules te motiveren. De 'gewichten' die huisartsen waarschijnlijk hangen aan een module productinformatie (overwaardering?) of een 'basismodule' over middelenmisbruik (onderwaardering?) kunnen in dit overleg gecorrigeerd worden. Het uiteindelijke vormingsvoorstel kan dan mogelijks een verenging zijn van een aanvankelijk te breed gestelde vormingsvraag (= inbinden, focussen op bepaalde deelaspecten), een verruiming van een aanvankelijk te eng gestelde vormingsvraag (= opentrekken) of kan een verschuiving van het thema inhouden.

- ▶ Het samen concretiseren, expliciteren en vastleggen van de doelstellingen en de programma-onderdelen van het vormingsvoorstel verdient hierbij ook de nodige aandacht.
- ▶ Indien de organisator (CGG-medewerker) niet tot een afstemming moest kunnen komen van vraag en aanbod en hij om *inhoudelijke* redenen geen vormingssessie wenst te organiseren, gaan wij bij zijn beoordeling uit van zijn deskundigheid om een vormingsaanvraag te weigeren.

Sprekers

Voor de geloofwaardigheid en als 'drempelverlaging' is het de bedoeling dat als spreker een huisarts wordt uitgenodigd. Deze sprekers worden gezocht in de eigen regio.

Taakverdeling tijdens de sessie

Welke programma-onderdelen de huisarts-spreker op zich neemt, is in onderling overleg af te spreken.

De pilootsessies leren ons dat het een goede combinatie is de inhoud over te laten aan de huisartsen, zeker voor wat betreft de medische inhoud maar in de mate van het mogelijke ook graag het psychosociale luik (bvb MMM-model, veranderingscirkel) omwille van de 'voorbeeld'-functie.

De CGG-medewerker zorgt voor de rode draad, de methodiek-ondersteuning (bvb oefeningsopdrachten) en eventueel het psychosociale luik.

Bevestiging

De CGG-medewerker maakt voor de vormingsaanvrager een *schriftelijke bevestiging* op met vermelding van plaats, datum, naam van de sprekers (belangrijk voor de aanvraag van accreditering), het afgesproken programma en de wijze van betaling. Dit liefst zo snel mogelijk omdat de kring vroeg genoeg op voorhand accreditering moet aanvragen

Deelnemersmappen

- ▶ De deelnemersmap dient door de CGG-medewerker zelf aangemaakt te worden. De samenstelling is afhankelijk van de inhoud en de doelstellingen van de sessie. Hij gebruikt hiervoor het uitgewerkte vormingsmateriaal voor de deelnemersmappen (zie diskette vooraan in de map).
- ▶ Dit materiaal moet steeds 'getekend' zijn met de vermelding 'Samenwerkingsverband VAD-CGG' én het logo van het VHNI
- ▶ Voor de presentatie (bvb voorblad) is er ruimte voorzien voor het logo van uw eigen centrum.
- ▶ Omwille van diverse nadelen (werken op maat, stockering, ethiek) werd niet voor sponsoring geopteerd.

Evalueren

Eens de vorming voorbij stuurt de organisator (CGG-medewerker) de *evaluatieformulieren* (*zie diskette*) naar VAD.

Er zijn drie evaluatieformulieren voorzien: voor de vormingsaanvrager, voor de sprekers en voor de deelnemers (eveneens in te vullen door de vormingsaanvrager indien deze ook aan de vorming heeft deelgenomen). Voor de deelnemerevaluatie vragen wij een *synthese* (zie diskette) te maken.

5. Taken vormingsaanvrager

Locatie, gatering, didactisch materiaal, uitnodiging, aanvraag accreditering

- Ten laste van de kring (sponsoring hiervoor (Janssens Farmaceutica) gebeurt voor 80 % van de kringen)
- Als de kring de vormingsavond ook wil openstellen voor andere kringen, dan zal door de kring zelf contact opgenomen worden met het VHNI-secretariaat om de bekendmaking in de navormingskalender te regelen

6. Knelpunten

Hiaten in de pool van trainers

Op basis van de lijst die werd opgemaakt na de trainersdag, stel ik vast dat er voor wat betreft de module 'Productinformatie' zich voor de regio's Brussel, Vlaams-Brabant, Limburg geen CGG-medewerkers kandidaat hebben gesteld om deze module te organiseren. Het zou mooi zijn moesten deze gaten toch worden opgevuld.

Vermoedelijk schrikt deze module af omwille van de sterk medisch gerichte informatie die artsen verwachten. Hierbij enkele bedenkingen:

- Het zal van de huisartsenkringen en hun betreffende voorkennis echter afhangen in welke mate dat het doorgeven van heel gedetailleerde medische informatie wel noodzakelijk zal zijn. De ervaring op de pilotsessie leerde ons dat de opsplitsing in categorieën middelen voor velen al héél verrijkend was (!).
- De tekst die Dr Verrando inmiddels herschreef, kan alvast als achtergrondinformatie in de deelnemersmap worden gestoken, zodat artsen specifiekere informatie zelf kunnen nalezen, terwijl de sessie zelf kan opgebouwd worden rond de meest essentiële kennis van de producten.
- Bij de methodiekbeschrijving in de trainersmap voegde ik de suggesties toe die tijdens de trainersdag gegeven werden.
- Je kan altijd ondersteuning vragen bij collega-trainers.
- Inmiddels hopen wij de pool van sprekers/artsen uit te breiden via vraagstelling aan de VAD-leden (gespecialiseerde drughulpverlening) en het aanschrijven van de faculteiten Toxicologie.

II. EIGEN WAARDEN EN NORMEN

▪ Motivering Module 'Inzicht in middelenmisbruik'

Aanvankelijk wilden wij deze module als verplichte basismodule bij het vormingsaanbod voegen omwille van het belang dat wij hechten aan deze basisinzichten rond middelenmisbruik en de kennis hiervan door de huisarts. Dit stootte echter op weerstand bij de huisartsen zodat wij van dit idee zijn afgestapt.

Toch vinden wij belangrijk dat deze inzichten ingang vinden in de huisartsensector.

Deze module wil huisartsen inzicht bijbrengen omtrent middelenmisbruik: in principe over het "wat is" en "waarom" van middelenmisbruik, maar ook over "wat er eigen is aan de cliënt" en "welke rol de onmiddellijke en brede omgeving hier bij spelen".

We opteerden ervoor deze module niet categoriek te verengen tot de illegale drugproblematiek maar als een soort basismodule zo breed mogelijk op te vatten en aldus ons te richten op de gemeenschappelijke kenmerken van middelenmisbruik, waarbij de producteigen impact aan bod komt in kader van MMM. Dit ook omwille van de huidige tendens van polydruggebruik.

Er zal uiteraard uitgesproken aandacht zijn voor de illegale drugproblematiek (cfr casussen, voorbeelden).

Vele artsen, en ook andere hulpverleners, worden afgeschrikt in het begeleiden van cliënten met middelengebruik door een gebrek aan produktkennis. Produktinformatie is een populair thema in opleidingen op vlak van drughulpverlening en blijkt ook directer aan te sluiten op de vraag en interesse van huisartsen. Nochtans is een module "inzicht" volgens ons best de eerste en belangrijkste module. Produktinformatie dreigt de problematiek van middelengebruik te veel te accentueren op het middel zelf waarbij de multifactoriële complexiteit uit het oog wordt verloren.

Ook op vlak van andere gezondheidsproblemen vertrekken huisartsen van een definiëring, (multifactoriële) patogenese, natuurlijk beloop, te verwachten complicaties, negatieve en positieve prognostische factoren, epidemiologie. Kennis van deze aspecten is van buitengewoon belang om tot vaardigheden te komen in het begrijpen van de patiënt en de setting waarbinnen het middelengebruik plaatsvindt en het situeren van de ernst en prognose van een drugprobleem, het inschatten van de nood aan behandeling en de intensiteit van de nodige interventies.

Een module "inzicht" dreigt echter over te komen als een te theoretische benadering van middelengebruik. Een benadering die mogelijk te weinig aansluit op het concrete handelen binnenin de dagelijkse praktijk van de

huisarts. Nochtans is dit theoretisch deel belangrijk: uit evaluaties van het Nederlandse gezondheidsbeleid¹², waar men eveneens reeds pogingen deed om de eerste lijn dichter te betrekken bij hulpverlening voor problematisch middelengebruik, blijkt dat er door huisartsen twee belangrijke knelpunten worden opgegeven:

Ten eerste: het herkennen van een drugprobleem.

Ten tweede: inschatting van de ernst (Is de aangemelde situatie pluis of niet? In welke mate is een interventie aangewezen?).

Deze inschatting gaat iets verder dan louter inzicht (zij legt reeds de band met "assessment" of diagnostiek) maar is eveneens een belangrijke betrachting van deze module en kan ingeoefend worden aan de hand van de aangeboden modellen (het mens-middel-milieu-model, fasen in de ontwikkeling van een drugprobleem, de motivatiecirkel van Prochaska en DiClemente).

¹ Marees, C., De Jong, J. en Wigtersma, L. (1999). Verslaafden bij de huisarts. Maandblad Geestelijke Gezondheidszorg, 54, 128-135.

² Lange, W. M. (1990). Hulpverlening aan "verslaafden" in de eerste lijn. Overwegingen naar aanleiding van de implementatie van een beleidsvoornemen. Tijdschrift voor alcohol en drugs, 16, 43-48.

▪ **Oefening eigen waarden en normen**

In het kader van de motivering en situering van de modules in het overleg met de vormingsaanvrager, kan het interessant zijn te ontdekken welke waarden en normen u zelf hecht aan wat een huisarts zou moeten kennen en kunnen met betrekking tot de kennis en de aanpak van een probleem van middelenmisbruik en/of specifiek met betrekking tot een illegale drugproblematiek.

Immers hoe ver ga je in het 'overtuigen' van of het 'meegaan' met de vormingsaanvrager?

Hierbij enkele vragen:

1. Wat vind ik zelf belangrijk wat huisartsen moeten kennen/kunnen met betrekking tot de aanpak van illegaal druggebruik in de huisartsenpraktijk?
2. Welk belang hecht ik persoonlijk aan 'vroegdetectie'?
3. Welke waarde hecht ik aan de module:
 - Inzicht in middelenmisbruik
 - Productinformatie
 - Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk?
4. Welke houding vind ik voor mezelf belangrijk in het onderhandelen met de vormingsaanvrager?
5. Welke bedenkingen heb ik rond dit onderhandelen?

**Overzicht CGG-medewerkers
Aanpak illegale drugproblematiek in de huisartsenpraktijk**

I. Antwerpen

NAAM	1	2	3	REGIO
CGG Peter Aertsen Hanswijckstraat 48 2800 Mechelen tel 015/420832 fax 015/420505	X	X	X	Arrondissement Mechelen + de Rupelstreek

II. Brussel

NAAM	1	2	3	REGIO
CCG Primavera JP Broothaerts De Smet de Nayerlaan 470 1090 Brussel tel 02/4289090 fax 02/4798775	X		X	Brussel

III. Vlaams-Brabant

NAAM	1	2	3	REGIO
Univ. CGG Martine Couvreur Vital Decosterstraat 86 3000 Leuven tel 016/329700 fax 016/329702	X		X	Leuven

IV. Limburg

NAAM	1	2	3	REGIO
CGG De Bleek Danny Lambeens Michel Theystraat 69 A 3190 Diest tel 013/312584 fax 013/327697	X		X	Regio Diest - Aarschot
CAD Limburg Marjet Vanderstraeten Kuringerstaanweg 34 3500 Hasselt tel 011/851554 fax 011/851554			X	Limburg
CAD Maasland				

PRAKTISCHE ORGANISATIE

Karin Borkelmans Oude Baan 201 3630 Maasmechelen tel 089/779600 fax 089/779601	X		X	Limburg (eventueel in samenwerking met collega's)
--	---	--	---	---

V. Oost-Vlaanderen

NAAM	1	2	3	REGIO
CAT-Preventiehuis Marc Tack Martelaarslaan 204 A 9000 Gent tel 09/2335858 fax 09/2332982	X	X	X	Groot-Gent
CGG Centrum voor Begeleiding en Psychotherapie Waasland- West SAS Janna Van Zegeren Pieter Tackstraat 2 9160 Lokeren Tel 09/3489142 Fax 09/3771137	X	X	X	Lokeren en omliggende gemeenten
CGG OASE (onder voorbehoud) Anne Goiris Dijkstraat 49 9200 Dendermonde Tel 052/217988 Fax 052/218715 (tel. verwittigen)	X	X	X	Arrondissement Dendermonde

West-Vlaanderen

NAAM	1	2	3	REGIO
CGG Noord-West-Vlaanderen Roos De Venter Frère Orbanstraat 143 8400 Oostende tel 059/500500 fax 059/511256	X	X	X	Bestuurlijk arrondissement Oostende en Brugge
CGG Filip Vaneste Meensestraat 171 8930 Izegem tel 051/307055 fax 051/321794	X	X	X	Izegem, Tielt, Kortrijk, Menen, Waregem (*Module 2 eventueel en lieft samen met een arts)
CGG Rosi Vervaet Francy De Smet J Lagaelaan 21 8800 Roeselare tel 051/225132	X		X X	Roeselare en deelgemeenten Werkgebied Z-W-Vlaanderen (* module 3 liefst als co-trainer)

Samenwerkingsverband VAD-CGG

Vormingsaanbod huisartsen inzake de aanpak van illegale drugproblematiek

Trainersmap

VAD



De aanpak van illegale drugproblematiek in de huisartsenpraktijk

Wat?

- deskundigheidsbevordering op vraag en op maat van Lok-groepen en navormingskringen
- om in een zo vroeg mogelijk stadium drugproblematieken te kunnen detecteren, er adequaat te kunnen op inspelen en efficiënt te kunnen samenwerken met belangrijke partners
- uitgewerkt door het samenwerkingsverband VAD-CGG in het kader van de Drugnota (Minister Demeester 1996-1999) samen met individuele huisartsen en in overleg met de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen
- georganiseerd door de regionale Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg

Losse modules

- korte modules van 2 à 3 uur
- afhankelijk van de vormingsbehoefte kunnen één of meerdere modules georganiseerd worden of kan er uit de drie modules een vorming op maat worden samengesteld

Aanbod

- de modules die tot op heden zijn uitgewerkt, dragen bij tot kennisverruiming en visieontwikkeling die vooral gericht is op herkenning, het inschatten van de ernst van een drugprobleem en het adequaat kunnen inspelen op het interactiegebeuren die plaats vindt tussen arts en patiënt
- informatie-overdracht, informatie-uitwisseling, discussie en reflectie met collega's zijn de belangrijkste methodieken van dit vormingsaanbod
- in de loop van het jaar 2000 zullen nog twee bijkomende modules uitgewerkt worden, namelijk 'Diagnostische instrumenten' en 'De positie van de huisarts in het brede hulpverlenings-netwerk'

Hoe aanvragen?

- het volstaat uw vormingsaanvraag bekend te maken aan het VHNI-secretariaat *bel, schrijf, fax of e-mail*
VHNI – Tavernierkaai 2 – bus 8 – 2000 Antwerpen
Tel: 03/234.20.71 – Fax: 03/226.04.55
E-mail: veerle.dheer@medmail.medconf.be
- de concretisering van uw vormingsvraag en de praktische organisatie gebeurt in overleg met de plaatselijke organisator

Module 1

Inzicht in middelenmisbruik

Deze module wil huisartsen inzichten in de problematiek van middelenmisbruik meegeven die relevant zijn voor de huisartsenpraktijk. Hiertoe worden de gemeenschappelijke kenmerken van alcohol-, medicatie- en illegaal druggebruik belicht. Dit gebeurt vanuit een welzijns- en gezondheidsperspectief.

De module is opgebouwd uit twee delen: 1) een theoretische uiteenzetting over de fasen in de ontwikkeling van een drugprobleem met een overzicht van de risico's en gekaderd in het mens-middel-milieu-model en het model van gedragsverandering en 2) casusbesprekingen waarin de theoretische inzichten worden toegepast aan de hand van concreet herkenbare praktijksituaties.

*Leerdoelen: kunnen inschatten van de ernst van een drugprobleem in de huisartsenpraktijk
Aangewezen voor klassieke navorming en LOK-groepen
Prijs: 5000 Bfr/spreker + transportvergoeding 10 Bfr /km*

Module 2

Productinformatie

In deze module worden de verschillende illegale drugs besproken en getoond.

De diverse uiteenzettingen per drugsoort, met wijze van gebruik, werking, effecten, symptomen en risico's van gebruik kunnen worden afgewisseld met een demonstratie van het besproken product door een rijkswachter.

Er is ook oog voor de sociale setting van gebruik.

*Leerdoelen: kennisvermeerdering op vlak van de middelen en hun werking
Aangewezen voor klassieke navorming en LOK-groepen
Prijs: 5000 Bfr/spreker + transportvergoeding 10 Bfr /km*

Module 3

Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk?

Deze module richt zich specifiek op de arts-patiënt-relatie als wederzijds beïnvloedingsproces en de interventiemogelijkheden van een huisarts.

Er is keuze tussn de volgende methodieken: bespreking van videofragmenten, bespreking van casussen, uiteenzetting over motiverende gespreksvoering, bespreking van situaties waarin vragen van de omgeving centraal staan.

*Leerdoelen: herkennen van beïnvloedingsprocessen in de praktijk
en reflecteren over hanteringsstrategieën
Het strekt tot aanbeveling reeds basisinzichten in de problematiek van middelenmisbruik
verworven te hebben
Omwille van de interactieve werkvormen is deze module
het meest aangewezen voor LOK-groepen
Prijs: 5000 Bfr/spreker + transportvergoeding 10 Bfr /km*

VAD

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
E. Tollenaerstraat 15
1020 Brussel
tel 02/423.03.50 - fax 02/423.03.34

*Draaiboek van
de modules*

VERWELKOMING

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Verwelkoming

VERWELKOMING

Duur: 10 minuten

1. Doelstellingen

Zicht krijgen wat men van de vormingssessie mag verwachten

2. Werkwijze

1. Verwelkom de deelnemers
2. Bedank de aanvrager (de voorzitter en/of vormingsverantwoordelijke van de huisartsenkring, de trekker van een LOK-groep, ...)
3. Situeer het VAD-vormingsaanbod voor huisartsen:
 - Vernoem het project 'Deskundigheidsbevordering van Intermediaren/Drugnota 1996-1999' en vermeld haar doelstellingen
 - Geef een overzicht van de (bestaande + toekomstige) modules (slide)
4. Vermeld de vormingsvraag zoals geformuleerd door de aanvrager
5. Vermeld uw vormingsaanbod zoals in overleg met de aanvrager werd afgesproken (= afstemming op de vormingsvraag)
 - Afbakening: Het aanbod kan een verenging (inbinden, focusen) of een verruiming (opentrekken) zijn van de oorspronkelijke vormingsvraag
 - Gaat het om een bestaande module (vernoem titel en duid aan in overzicht) of heeft u geplukt uit diverse modules (geef aan uit welke modules)
 - Vermeld de doelstelling(en) van de sessie
 - Overloop het programma (slide) en stel de sprekers voor

4. Materiaal

- Fiche: Vormingsvraag-vormingsaanbod
Het is handig deze fiche ingevuld mee te brengen naar de sessie: zo heeft u alle informatie bij de hand
- Slide VAD-vormingsaanbod voor huisartsen
- Slide Programma (zelf op te maken)

5. Deelnemersmap

- Slide VAD-vormingsaanbod voor huisartsen
- Slide Programma (zelf op te maken)

Samenwerkingsverband VAD-CGG

Vormingsaanbod huisartsen inzake de aanpak van illegale drugproblematiek

Trainersmap

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Verwelkoming

Fiche : Vormingsvraag-vormingsaanbod

- Naam en functie van de aanvrager:
- Situeer binnen het vormingsaanbod van VAD:
 - Project Deskundigheidsbevordering van Intermediairen/Drugnota 1996-1999 (zie I Inleiding)
 - Overzicht van de modules (slide)
- Vormingsvraag zoals geformuleerd door de aanvrager:

Vormingsvraag:

- Uw vormingsaanbod zoals afgesproken met de aanvrager (= afstemming op de vormingsvraag)

Vormingsaanbod:

- 5.1 Afbakening:
- 5.2 bestaande module (vernoem titel en duid aan in overzicht) of geplukt uit diverse modules (geef aan uit welke modules):
- 5.3 Doelstelling(en) van de sessie:
- 5.4 Programma-onderdelen (vernoem de belangrijkste topics):

VAD-vormingsaanbod voor huisartsen

Overzicht

Voorjaar 2000:

- *'Inzicht in middelenmisbruik'*
- *'Productinformatie'*
- *'Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk?'*

Eventueel voorzien in 2001:

- *'De positie van de huisarts in het brede hulpverleningsnetwerk'*
- *'Diagnostische instrumenten'*

Programma

Zelf op te maken

*Draaiboek van
de modules*

OPWARMINGSOEFENINGEN

Opwarmingsoefeningen

DOELSTELLINGEN

Als introductie van het thema drugs wordt stilgestaan bij de eigen waarden en normen betreffende genotsmiddelen

Leerdoelen voor de huisartsen zijn:

- Visie-ontwikkeling: eigen waarden en normen

VISIE-ONTWIKKELING EIGEN WAARDEN EN NORMEN

Eigen waarden en normen, kennis en opvattingen, eigen gebruik, gevoelens,... spelen mee in onze reacties op genotsmiddelen. Vooraleer men in discussie treedt, is het goed bewust te worden van onze eigen kijk en die van de anderen. Hierbij is het van primordiaal belang te zien dat onze mening danig kan verschillen; niet iedereen heeft immers dezelfde visie of hetzelfde waardeoordeel over het gebruik van alcohol en andere drugs.

Onderstaande methodieken zijn een hulp om meningen en standpunten naar boven te laten komen.

De methodiek van de Sangria aan de Costa del Sol, de bezorgdheidsthermometer en de stellingen helpen de discussie op gang te brengen. Hierbij is het niet nodig om tot een consensus te komen. Wel is het van belang dat men zijn mening formuleert; de kennismaking met andermans visie kan verrijkend zijn voor de eigen houding.

Het invullen van de audit biedt de mogelijkheid om stil te staan bij het eigen omgaan met genotsmiddelen. De discussie komt hierbij eerder vanuit een zelfreflexie tot stand.

Hoe kijk ik naar het gebruik van genotsmiddelen ?

- A. Methodiek 1 : Sangria aan de Costa del Sol
- B. Methodiek 2 : Bezorgdheidsthermometer
- C. Methodiek 3 : Stellingen: akkoord/niet akkoord
- D. Methodiek 4 : Invullen audit

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Opwarmingsoefeningen:
'Sangria aan de Costa Del Sol'

METHODIEK 1 : SANGRIA AAN DE COSTA DEL SOL

Duur : 20 minuten

1. Doelstelling

1. Het inschatten van de risico's van gebruik en de bewustwording van de eigen redenen die men hanteert voor deze inschatting én van de eigen emoties die hiermee gepaard gaan, zodat men bij het inschatten van een drugproblematiek hiermee kan rekening houden.
2. Zicht krijgen op de drugproblematiek in al zijn aspecten.
3. Bewustwording van eigen waarden en normen. Bewustwording dat men als huisarts/hulpverlener niet centraal staat, besef dat de eigen waarden de eigen attitude, inzet en interventies beïnvloeden.

2. Toepassing

Ideaal voor de module 'Inzicht in middelenmisbruik' omdat deze methodiek onmiddellijk kan gekoppeld worden aan de theoretische kennisoverdracht wat betreft het MMM-model en de ernst en risico's van gebruik.

3. Werkwijze

De deelnemers rangschikken de situaties naarmate de grootte van het gevaar dat zij volgens hen inhouden. Dit gebeurt individueel. In de nabespreking wordt casus per casus overlopen. De scores worden vergeleken en bevraagd waarom voor die specifieke score gekozen werd.

4. Tips voor bespreking

1. Welke factoren maken dat je dit gedrag als gevaarlijk beoordeelt?
 - Gevaar voor de eigen gezondheid / de omgeving
 - Eenmalig gebruik / Langdurig gebruik
 - (Gebrek aan) kennis en informatie over het product
 - (Gebrek aan) kennis van de gebruiker
 - Legaal of illegaal product
 - Eigen ervaring
 - Enz....

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Opwarmingsoefeningen: 'Sangria aan de Costa Del Sol'

2. Men kan als begeleider de invloed van deze factoren aantonen door ze te wijzigen. Men kan bijvoorbeeld vragen of men tot dezelfde risico-inschatting zou komen indien Jan dagelijks even veel jointjes zou roken als dat hij alcohol drinkt, Nathalie een respectabele zakenvrouw zou zijn of een 26-jarige werkloze die gebroken heeft met haar familie, Mijnheer De Moor reeds een zwakke gezondheid heeft en erg zenuwachtig en stressgevoelig is of indien Christine er een onregelmatig leefpatroon zou op nahouden.
3. De persoonlijke risico-inschatting van de situatie bepaalt de aard van de interventies die men wenst uit te voeren. wijze waarop men reageert. Als men zich bewust wordt van de eigen waarden en normen en de eigen emoties kan men trachten de situatie objectiever in te schatten. Een juiste taxatie van de situatie is nodig om de situatie niet te onderschatten maar ook niet te dramatiseren.
4. Welke zijn de factoren die de situatie meer of minder gevaarlijk maken? Uit de discussie zal blijken dat de aangehaalde argumenten terug te brengen zijn tot de drie factoren: Mens, Middel, Milieu. Aan deze oefening kan dan ook de theorie **mens, middel en milieu** gekoppeld worden. Indien deze opwarmingsoefening gebruikt wordt in de module 'Inzicht in middelenmisbruik' kunnen op flap-over of bord bij de bespreking van de casussen de theoretische hoofdlijnen reeds worden aangestipt/gevisualiseerd in een stramien dat in de theoretische uiteenzetting kan worden aangevuld en verder uitgewerkt.

5. Aandachtspunten voor de trainer

Bij de bespreking ermee rekening houden dat het begrippenkader (gebruik, misbruik,...) mogelijks nog niet of onvoldoende gekend is. Begrippenkader verduidelijken indien dit in de module zelf niet aan bod komt.

5. Materiaal

- Casussen Sangria aan de Costa del Sol. Omwille van de herkenbaarheid werd de huidige versie aangepast aan de situatie/setting van de huisarts. Er werd geopteerd voor een verkorte versie (max 4 situaties).
- Transparant Mens, Middel en Milieu
- Flap-over of bord

7. Deelnemersmap

Werkblad: Sangria aan de Costa del Sol
Eventueel slides Mens, Middel en Milieu (zie module 'Inzicht in middelenmisbruik')

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Opwarmingsoefeningen:

'Casussen'

Casussen

1. JAN

Jan vertelt u op de consultatie dat hij elke middag met zijn collega's op café gaat, waar hij een tweetal pintjes drinkt.

's Avonds drinkt hij meestal een aperitiefje voor het eten en een glaasje bier of wijn bij het avondmaal. De avonden zijn meestal rustig met één of twee biertjes voor de televisie, bij voorkeur drinkt hij dan een lekker streekbiertje.

Redenen voor hoge risico-inschatting

- Dagelijks consumeren – gewoonte – afhankelijkheid
- Aantal drinks per dag: 3/dag = drempelwaarde voor schadelijkheid voor de gezondheid
-

Redenen voor lage risico-inschatting

- Alcoholgebruik is ingebed in onze cultuur, legaal product
- Geen onmiddellijke gedragsverandering of andere zichtbare problemen: geen dronkenschap, Jan blijkt nog te functioneren op zijn werk (thuis? op sociaal vlak?)
-

2. NATHALIE

Het adres van Nathalie is opnieuw gewijzigd in uw medisch dossier. Ze woont in een huis waar nog negen andere gemeubelde kamers zijn. De geluidsisolatie is er heel slecht. Vroeger dronk ze nogal wat pintjes om dit te kunnen verdragen. Nu drinkt ze niet meer als het lawaai van de burens haar stoort, maar rookt ze joints. Ze vindt deze oplossing beter dan nogmaals te verhuizen.

Redenen voor hoge risico-inschatting

- Illegaal product
- Meerdere joints per dag
- Gebrek aan kennis van het product
- Gebruik als coping: voor het spanningsreducerend effect van het product (stressvolle omgeving: lawaai)
- Gaat de problemen uit de weg
-

Redenen voor lage risico-inschatting

- Cannabis minder schadelijk, minder verslavend dan alcohol
-

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Opwarmingsoefeningen:

'Casussen'

3. FAMILIE DE MOOR

De familie De Moor gaat elk jaar op vakantie naar Spanje. Om geen enkele dag te verliezen plannen ze de laatste dag van het schooljaar te vertrekken. Dat is wel wat lastig, maar met voldoende koffie en onderweg twee keer een pilletje om wakker te blijven, zal het mijnheer De Moor wel lukken om de nacht door te rijden. De volgende dag zijn ze dan tegen de middag al ter plaatse. Mijnheer De Moor komt bij u op consultatie om die pillen te vragen.

Redenen voor hoge risico-inschatting

- Gevaar voor het effect van het middel (intoxicatie) bij éénmalig gebruik
- Gevaar voor andere weggebruikers
-

Redenen voor lage risico-inschatting

- Eenmalig gebruik
-

4. CHRISTINE

Christine is sinds haar echtscheiding erg gespannen. De laatste vier maanden heeft ze het soms moeilijk om te slapen. Een vriendin gaf haar slaappillen. Ze vond dat het goed hielp. Sindsdien vraagt ze regelmatig een voorschrift aan haar huisarts.

Redenen voor hoge risico-inschatting

- Geïntegreerd gebruik geeft gevaar voor gewenning en afhankelijkheid
- Gebruik als coping
-

Redenen voor lage risico-inschatting

- Gebruik gebeurt onder medische controle
- Indien gebruik tijdelijk en beperkt in hoeveelheid
-

Werkblad: Sangria aan de Costa del Sol

1. JAN

Jan vertelt u op de consultatie dat hij elke middag met zijn collega's op café gaat, waar hij een tweetal pintjes drinkt.

's Avonds drinkt hij meestal een aperitiefje voor het eten en een glaasje bier of wijn bij het avondmaal. De avonden zijn meestal rustig met één of twee biertjes voor de televisie, bij voorkeur drinkt hij dan een lekker streekbierdje.

Risico-inschatting:

Plenaire bespreking:

-
-
-
-
-

2. NATHALIE

Het adres van Nathalie is opnieuw gewijzigd in uw medisch dossier. Ze woont in een huis waar nog negen andere gemeubelde kamers zijn. De geluidsisolatie is er heel slecht. Vroeger dronk ze nogal wat pintjes om dit te kunnen verdragen. Nu drinkt ze niet meer als het lawaai van de burens haar stoort, maar rookt ze joints. Ze vindt deze oplossing beter dan nogmaals te verhuizen.

Risico-inschatting:

Plenaire bespreking:

-
-
-
-
-

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Opwarmingsoefeningen:

'Casussen'

3. FAMILIE DE MOOR

De familie De Moor gaat elk jaar op vakantie naar Spanje. Om geen enkele dag te verliezen plannen ze de laatste dag van het schooljaar te vertrekken. Dat is wel wat lastig, maar met voldoende koffie en onderweg twee keer een pilletje om wakker te blijven, zal het mijnheer De Moor wel lukken om de nacht door te rijden. De volgende dag zijn ze dan tegen de middag al ter plaatse. Mijnheer De Moor komt bij u op consultatie om die pillen te vragen.

Risico-inschatting:

Plenaire bespreking:

-
-
-
-
-

4. CHRISTINE

Christine is sinds haar echtscheiding erg gespannen. De laatste vier maanden heeft ze het soms moeilijk om te slapen. Een vriendin gaf haar slaappillen. Ze vond dat het goed hielp. Sindsdien vraagt ze regelmatig een voorschrift aan haar huisarts.

Risico-inschatting:

Plenaire bespreking:

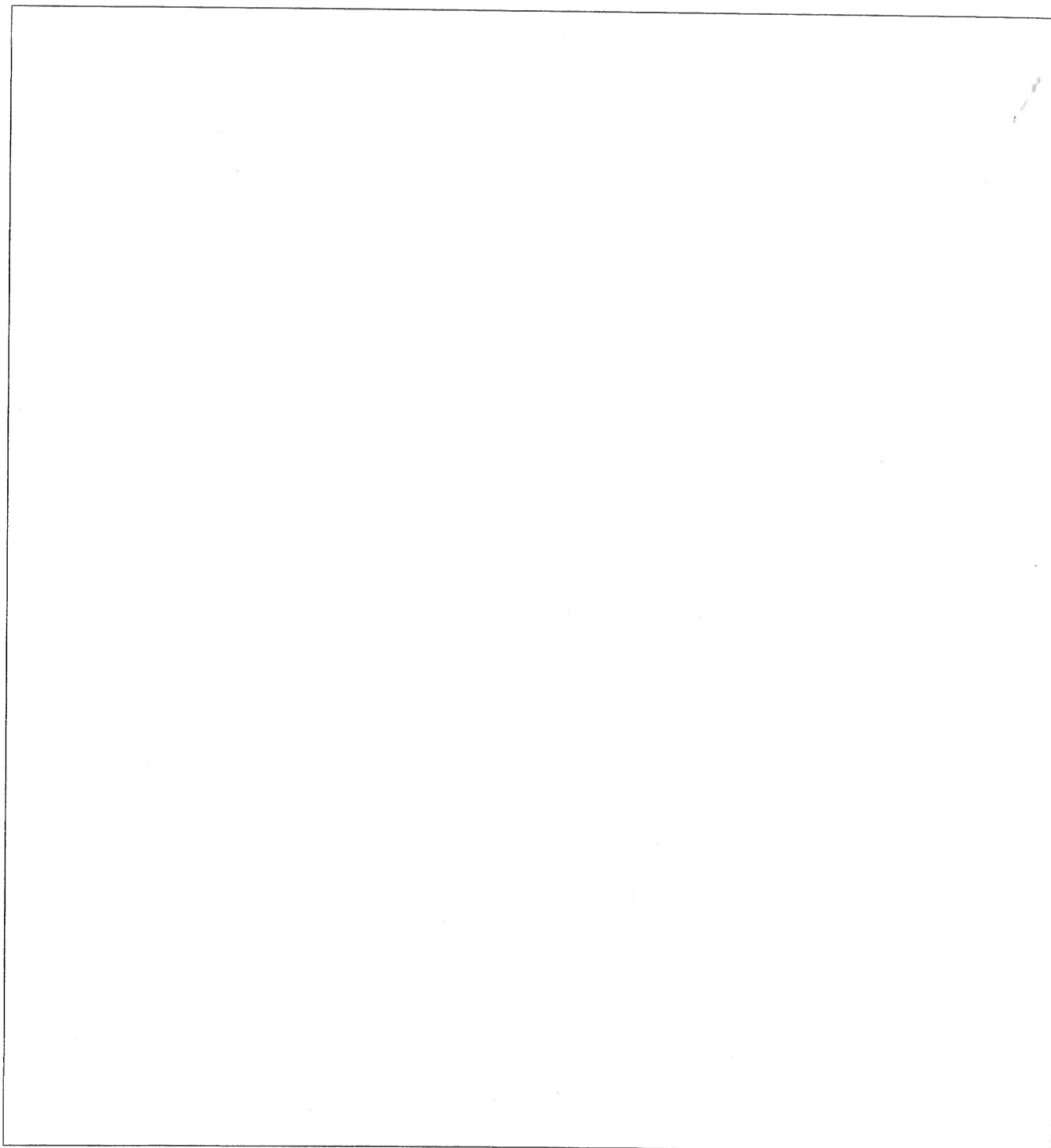
-
-
-
-
-

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Opwarmingsoefeningen:

'Casussen'

Belangrijke aandachtspunten:



METHODIEK 2 : BEZORGDHEIDSTHERMOMETER

Duur : 20 minuten

1. Doelstelling

1. Bewustwording van de eigen redenen van bezorgdheid en van de eigen emoties zodat men hiermee rekening kan houden in het reageren op gebruik.
2. Zicht krijgen op de drugproblematiek in al zijn aspecten.
3. Bewustwording van eigen waarden en normen.

2. Toepassing

Module 'Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk?' omdat de inhoudelijke bespreking specifiek gelinkt is aan de reacties en interventies van de huisarts.

3. Werkwijze

Om de factoren die de mate van bezorgdheid bepalen, duidelijk naar voor te laten komen (bvb. functie van gebruik, problemen op andere levensdomeinen,...), is in de casussen het product als een constante gehouden.

De deelnemers scoren individueel de vier situaties. In de nabespreking wordt casus per casus overlopen. De scores worden vergeleken en bevraagd waarom voor die specifieke score gekozen werd.

4. Tips voor bespreking

1. Wat zijn de factoren die meer of minder bezorgd maken ?
2. De aanwezige bezorgdheid bepaalt de wijze waarop men reageert. Deze bezorgdheid dient men op een positieve manier te gebruiken. Als men zich bewust wordt van de eigen emoties kan men trachten neutraler te reageren. Een neutrale en kalme reactie is nodig als basis voor een open gesprek. Op die manier bestaat de kans dat de patiënt de arts hierover opnieuw aanspreekt.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Opwarmingsoefeningen:

'Bezorgdheidsthermometer'

3. Men kan als begeleider bij één van de casussen vragen of men hetzelfde zou reageren als het over speed ging .
4. Wat zou er gebeuren indien men waarschuwend zou optreden?
5. In welke mate speelt betrokkenheid een rol ? Gaat het om een vriend, een patiënt, een vage kennis, een wildvreemde ?
6. Aan deze oefening wordt de theorie **mens, middel en milieu** gekoppeld.

5. Materiaal

Bezorgdheidsthermometer, transparant, flap-over/bord

6. Deelnemersmap

Werkblad: Bezorgdheidsthermometer

Eventueel slides Mens, Middel en Milieu (zie module 'Inzicht in middelenmisbruik')

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Opwarmingsoefeningen:

'Bezorgdheidsthermometer'

Casussen

Tips voor bespreking

Casus 1 : Thomas

Reden van bezorgdheid

Jonge leeftijd, groepsdruk, onervaren, nog te weinig kennis over de risico's, illegale karakter

Redenen van minder bezorgdheid

Sociaal vaardig iemand, openheid (wil erover praten), experimenteren

Mogelijke interventie

- nagaan of Thomas nog andere personen heeft waarbij hij terecht kan - erover waken dat hij nog bij je terugkomt
- kalm reageren en laten weten dat je er bent en dat hij bij je terecht kan - helpen een keuze maken (afwegen voor- en nadelen)

Casus 2 : Bart

Redenen van bezorgdheid

Gezondheid (teer, op lange termijn geheugeneffecten), regelmatig gebruik met kans op psychische verslaving, illegaliteit, betrokkenheid als vriend.

Redenen van minder bezorgdheid

Leeftijd (meerderjarig, eigen keuze), kennis van de gebruiker, beheerst gebruik, manier van gebruik (met vrienden)

Mogelijke interventie

Peilen of alles wel OK is in zijn leven,

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Opwarmingsoefeningen:

'Bezorgdheidsthermometer'

Casus 3 : Gert

Reden van bezorgdheid

Omstandigheden, namelijk op het werk met kans op verlies van job. Verveling, kans op meer problemen bij verlies van job en op meer gebruik, illegaliteit

Reden van minder bezorgdheid

Toch zoekend en gemotiveerd voor werk

Mogelijke interventie

- afwegen voor - en nadelen - risico's op het werk
- bespreken alternatieven voor verveling

Casus 4 : Hanne

Redenen van bezorgdheid

Motief van gebruik, weinig sociaal contact, leeftijd, gemoedstoestand, zoekend

Reden van minder bezorgdheid

Normale periode van zoeken in de adolescentiefase

Mogelijke interventie

- bespreking combinatie hasj en antidepressiva
- bespreking alternatieven tijdsbesteding
- eventueel doorverwijzen

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Opwarmingsoefeningen:
'Bezorgdheidsthermometer'

Link met de theorie Mens, Middel en Milieu

(Zie ook: Module 'Inzicht in middelenmisbruik')

Mens: Wie is de gebruiker ?

De individuele kenmerken van een persoon hebben een invloed op het ontstaan van alcohol- en andere drugproblemen. Of een persoon al dan niet problemen zal krijgen wordt onder ander bepaald door:

- leeftijd
- fysieke conditie
- biochemische eigenschappen
- geslacht
- persoonlijkheid
- gemoedstoestand
- kennis en opvattingen
- verwachtingen
- waarden en normen
- motieven voor gebruik
- zelfvertrouwen
- vaardigheden

Wanneer men gebruikt om problemen op te lossen is de kans groter dat men regelmatig of onverantwoord gaat gebruiken.

Middel : Wat wordt er gebruikt ?

Alcohol en andere drugs zijn middelen die het bewustzijn beïnvloeden. De risico's tot verslaving verschillen naargelang :

- aard van het product - hoeveelheid - regelmaat
- wijze van gebruik

Milieu : In welke omgeving wordt er gebruikt ?

Alcohol- en ander druggebruik is cultuurgebonden. Onze cultuur aanvaardt het gebruik van alcohol (binnen grenzen) , sommige jongerengroepen staan tolerant tegenover illegaal druggebruik (hasj bvb). De groep waartoe wij behoren, de dancing, het voorbeeld van belangrijke derden, de reclame, ... kan behoorlijke druk uitoefenen.

- context van het gebruik
- gezin, school, werk, vrienden - belangrijke derden - subcultuur

De oorzaken van drugmisbruik en aanverwante problemen zijn complex en hangen samen met een veelheid aan factoren. Diverse factoren beïnvloeden het druggebruik en de evolutie in het gebruik. Deze factoren worden bepaald door de gebruiker (de mens), de drug zelf (het middel) en zijn sociale omstandigheden (het milieu).

Samenwerkingsverband VAD-CGG

Vormingsaanbod huisartsen inzake de aanpak van illegale drugproblematiek

Trainersmap

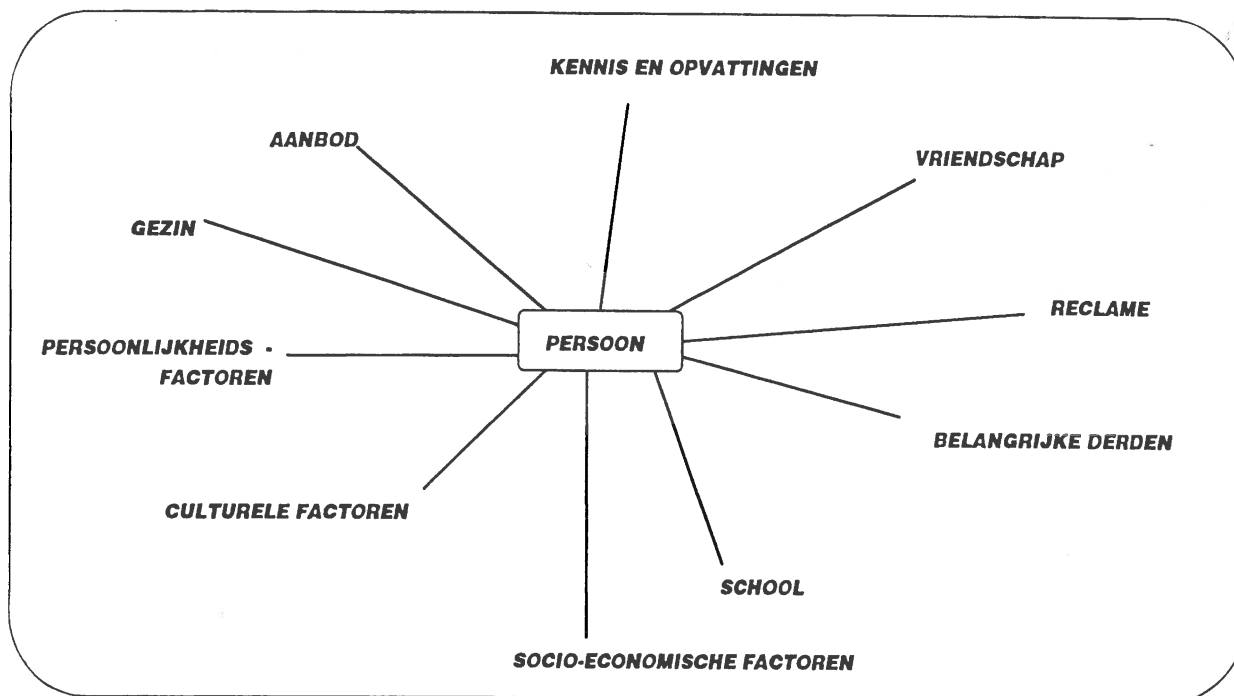
DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Opwarmingsoefeningen:

'Bezorgdheidsthermometer'

De 3 M's zijn in de realiteit niet los te koppelen en vertonen een voortdurende wisselwerking.

Dit samenspel van de diverse factoren worden schematisch weergegeven in het model van K. Tones.



Werkblad: Bezorgdheidsthermometer

1. THOMAS

Thomas is 14 jaar, vroegrijp en sociaal vaardig. Hij vertelt jou dat hij wel eens marihuana wil proberen. Sommige van zijn vrienden doen er stoer over en hij wil ook wel eens het effect ervaren.

Individuele score:

Plenaire bespreking:

-
-
-
-
-

2. BART

Je hebt een etentje met een oude studiegenoot (Bart 38 jaar) die nu werkt als scheikundige op een labo. Het gesprek gaat op een bepaald moment over drugs. Je vriend vertelt dat hij zelf ook al een aantal jaren geregeld marihuana gebruikt. Voor hem loopt alles prima in zijn leven. Het gebruik speelt zich af in vriendencontacten.

Individuele score:

Plenaire bespreking:

-
-
-
-
-

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Opwarmingsoefeningen:
'Bezorgdheidsthermometer'

3. GERT

Gert is 22 jaar. Hij volgt tweedekansonderwijs om zijn kansen op de arbeidsmarkt te vergroten. Hij rookt af en toe marihuana met vrienden. In de weekends werkt hij als nachtwaker in een bedrijf. Om de tijd te doden rookt hij wel eens een joint.

Individuele score:

Plenaire bespreking:

-
-
-
-
-

4. HANNE

Hanne is 18 jaar en woont alleen. Ze is eerder een teruggetrokken type. Ze is nogal zoekend omtrent de invulling van haar leven en is regelmatig depressief. Ze neemt sinds een maand antidepressiva.

's Avonds gebeurt het wel eens dat ze een joint rookt. Ze geniet van het gelukzalige gevoel. Voor heel even zijn haar zorgen van de baan.

Individuele score:

Plenaire bespreking:

-
-
-
-
-

Belangrijke aandachtspunten:

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Opwarmingsoefeningen:

'Stellingen'

METHODIEK 3 : STELLINGEN

Duur : 20 minuten

1. Doelstelling

1. Het op gang brengen van een discussie rond het omgaan met druggebruik in de huisartsenpraktijk.
2. Uitwisselen van informatie, visie en aanpak

2. Toepassing

Module 'Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk?'

Zou eventueel ook kunnen gebruikt worden als afrondingsdiscussie in de module 'Inzicht in middelenmisbruik'.

3. Werkwijze

Een grote groep wordt best verdeeld in kleinere groepen van 5 personen. De deelnemers vullen eerst individueel hun score in en bespreken dit in hun groepje. Conclusies kunnen nadien in plenum gemaakt worden.

4. Materiaal

Stellingen + tips voor bespreking

5. Deelnemersmap

Werkblad: Stellingen

Stellingen

Tips voor bespreking

1. Druggebruikers horen niet thuis in de huisartsenpraktijk.

Wat verstaat men onder druggebruik ?

- drugs : alle psychotrope stoffen: alcohol, medicatie, illegale drugs
- gebruik/ misbruik ; experimenteren, sociaal gebruik, excessief gebruik, verslaving
- komt het functioneren in gevaar ?

Drugs kunnen verschillende effecten hebben:

- naargelang de persoon
- naargelang de situatie
- naargelang het tijdstip

Deze effecten zijn soms erg complex en niet eenduidig

Bij onregelmatig gebruik merkt men niet gemakkelijk symptomen op en slechts een minderheid van personen vertoont symptomen, namelijk vooral de meer afhankelijke en zwaardere gebruikers

2. Druggebruikers komen alleen maar zeuren om medicatie.

De rol van de huisarts

- wat verwacht men van de huisarts

Het gebruikersgedrag

- doordrammen
- u bent de grote deskundige
- u bent verantwoordelijk
- ik ben de zielige

Grenzen stellen

- duidelijk stellen wat men kan verwachten of niet
- mogelijkheden tot afspraken
- zelf in de hand houden

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Opwarmingsoefeningen:

'Stellingen'

3. Als huisarts sta je er alleen voor.

Kennis van overlegstructuren

- lokaal, regionaal, provinciaal, federaal, nationaal
- aandacht voor het probleem in de huisartsenkring, afspraken ?

Doorverwijs, counseling - mogelijkheden

- contacten, afspraken met de gespecialiseerde hulpverlening

4. Curatie en hulpverlening naar druggebruikers toe is water naar de zee dragen.

Grenzen aan de hulpverlening (algemeen)

Geloof in verandering

- is een proces
- heeft tijd nodig
- op het ritme van de patiënt

Verschil gebruik en verslaving

5. Ik heb goed gewerkt als mijn patiënt drugvrij is.

Doelstellingen van de hulpverlening

Wat verstaan we onder drugvrij zijn?

- alleen maar illegale drugs
- zonder medicatie

Wat verwachten we van het functioneren?

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Opwarmingsoefeningen:

'Stellingen'

Werkblad: Stellingen

Duid bij iedere stelling je mening aan met een cijfer van 1 (helemaal niet akkoord) tot 4 (volledig akkoord).

1. Druggebruikers horen niet thuis in de huisartsenpraktijk.

1 2 3 4

Plenaire bespreking:

-
-
-
-
-

2. Druggebruikers komen alleen maar zeuren om medicatie.

1 2 3 4

Plenaire bespreking:

-
-
-
-
-

3. Als huisarts sta je er alleen voor.

1 2 3 4

Plenaire bespreking:

-
-
-
-
-

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Opwarmingsoefeningen:

'Stellingen'

4. Curatie en hulpverlening naar druggebruikers toe is water naar de zee dragen.

1 2 3 4

Plenaire bespreking:

-
-
-
-
-

5. Ik heb goed gewerkt als mijn cliënt drugvrij is.

1 2 3 4

Plenaire bespreking:

-
-
-
-
-

Belangrijke aandachtspunten:

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Opwarmingsoefeningen: 'AUDIT'

METHODIEK 4 : DE AUDIT

Duur : 20 minuten

1. Doelstelling

De houding van een arts t.a.v. een patiënt die (illegale)middelen misbruikt wordt gedeeltelijk bepaald door de eigen normen die de arts hanteert m.b.t. middelengebruik.

Hoe gaat de arts zelf om met middelen (alcohol, medicatie, eventueel zelfs illegale middelen)?

Met behulp van de audit, een hulpinstrument voor artsen ter "vroegopsporing" van "probleemdrinkgedrag", kan iedere deelnemende arts zijn eigen drinkgedrag eens onder de loep nemen.

2. Toepassing

In de module 'Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk?'

Voor de module 'Inzicht in middelenmisbruik' zal deze oefening vermoedelijk te confronterend zijn omdat men in eerste instantie komt voor een theoretische kennisverruiming en niet voor het in vraag stellen van eigen gedrag.

3. Werkwijze

Iedere deelnemer ontvangt een vragenlijst. Men krijgt 2 minuten de tijd om deze vragenlijst in te vullen. Vervolgens laat men het scoreblad passeren, zodat iedere deelnemer zijn eigen score kan berekenen.

Aan de hand van enkele vragen probeert men rond dit thema de discussie in de groep op gang te brengen. Hou rekening met mogelijke gevoeligheden bij mensen die hoog scoorden, en stel geen vragen met betrekking tot individuele scores.

4. Tips voor bespreking

1. Zijn er deelnemers die totaal verrast zijn van hun scores ? Waarom ?
2. Zien de deelnemers een mogelijk verband tussen de tolerantie tav eigen middelengebruik en de houding tav patiënten die middelen gebruiken ?
3. Wat maakt dat een arts die zelf misschien meer drinkt dan goed voor hem is, toch weinig tolerant is tav cannabisgebruik bij zijn patiënt ?

5. Materiaal

Voor elke deelnemende arts 1 vragenlijst (audit).

1 scoreblad (sleutel).

Flap-over of bord om eventuele opmerkingen uit de discussie te noteren.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Opwarmingsoefeningen:

'AUDIT'

Werkblad : AUDIT

Persoonlijke score:

Plenaire bespreking:

-
-
-
-
-
-
-
-
-

Belangrijke aandachtspunten:

Scoreblad bij Vragenlijst

VROUWEN met een score ≥ 6 of ≤ 13 :

MANNEN met een score ≥ 7 of ≤ 13 :

Uw patiënt(e) drinkt te veel of heeft of had problemen met drinken, bijv.

- ongeval of
- piekdrinken (zie item 3)

MAAR

Uw patiënt(e) is waarschijnlijk niet lichamenlijk afhankelijk van alcohol.

Aanbevolen houding :

Raad uw patiënt(e) aan om minder te drinken.

Stappen :

1. Stel vragen over elke hoge score op de vragenlijst.
2. Overloop samen met de patiënt(e) de alcoholkaart.
3. Geef het boekje.

VROUWEN en MANNEN ≥ 13 :

Uw patiënt(e) heeft problemen met drinken en is waarschijnlijk lichamelijk afhankelijk van alcohol.

Aanbevolen houding :

Raad uw patiënt(e) aan om te stoppen met drinken

Stappen :

1. Leg uit dat hij/zij tekenen vertoont van lichamenlijke afhankelijkheid en moet stoppen met drinken.
2. Overloop samen met de patiënt(e) de alcoholkaart.
3. Geef het boekje.
4. Duid aan dat een grondig lichamenlijk onderzoek nodig is (o.a. bloedproeven).

Verwijs als nodig uw patiënt(e) door naar een passend opvangcentrum, contacteer eventueel "V.A.D." op numm



nieuw adres:
E. Tollenaerstraat 15
1020 Laken
Tel. 02/423.03.33
Fax 02/423.03.34

0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4

*Draaiboek van
de modules*

*Module 1
Inzicht in middelenmisbruik*

Module 1 Inzicht in middelenmisbruik

DOELSTELLINGEN VAN DE MODULE

Deze module wil focussen op de gemeenschappelijke kenmerken van middelengebruik (dat zowel alcohol, medicatie, als illegale drugs kan zijn) vanuit een welzijns- en gezondheidsperspectief, en voor zoverre deze inzichten relevant zijn voor de huisartsenpraktijk.

Leerdoelen voor de huisartsen zijn:

- Visie-ontwikkeling
- Kennisvermeerdering
- Kunnen inschatten van de ernst van een drugprobleem in de huisartsenpraktijk

METHODIEK 1 : THEORETISCHE UITEENZETTING

Duur: 45 minuten

1. Doelstellingen

- Kennis nemen van de gemeenschappelijke kenmerken van middelenmisbruik
- Kennis nemen van de multifactoriële complexiteit van een drugprobleem
- De samenhang en het geheel inzien van een aantal modellen die complementair zijn.
- In de context hiervan het gedrag van een druggebruiker begrijpen
- Als huisarts het belang inzien van: vroegdetectie, harm-reduction, het idee van 'recht op zorgen' (niet zo vlug mogelijk patiënten wegstrijken maar als arts verantwoordelijkheid opnemen)

2. Werkwijze

- Uiteenzetting door een huisarts + CGG-medewerker (opdeling in onderling overleg)
 - Op flap-over kunnen kernwoorden en belangrijke aandachtspunten genoteerd worden
1. Cijfergegevens rond illegaal druggebruik bij jongeren
 - als aanzet kan eerst aan de huisartsen hun perceptie bevestigd worden inzake het aandeel van druggebruikende jongeren in hun eigen huisartsenpraktijk
 - Gezien het beperkte tijdsbestek worden bij de tabellen op slide enkel de belangrijkste conclusies vermeld
 2. Ontwikkeling van een probleem van middelenmisbruik: het Mens-Middel-Milieu-model
 3. Fasen in de ontwikkeling van een drugprobleem: gekoppeld aan het MMM-model en met bijzondere aandacht voor de risico's
 4. De veranderingscirkel (Prochaska & DeClimente)
 5. Ruimte voor vragen en discussie

3. Aandachtspunten voor de trainer

- Het is vooral belangrijk de samenhang en het geheel aan te tonen van de voorgestelde modellen. De tijd is immers te kort voor een verdere uitdieping van ieder model. Hiervoor dient verwezen te worden naar, indien van toepassing, de andere modules, naar de literatuurlijst of naar de lijst met web-sides.
- Praktische bruikbaarheid: Bedoeling is de theorie onmiddellijk te koppelen aan de praktische bruikbaarheid ervan in de huisartsenpraktijk. De artsen moeten inzichten meekrijgen waarmee ze onmiddellijk aan de slag kunnen in hun praktijk.
Voor iedere topic kunnen dan ook praktische handvaten geformuleerd of samen gezocht worden. Let wel: Het is niet de bedoeling om vaardigheden bij te brengen, maar om inzichten en kennis weer te geven waardoor artsen op een correcte manier naar een drugproblematiek gaan kijken.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 1 – Inzicht in middelenmisbruik:
'Theoretische uiteenzetting'

- Welzijns- en gezondheidsperspectief:
Graag willen we de artsen het inzicht meegeven dat het medisch discours alleen, ontoereikend is om het gebruik/misbruik te begrijpen. Vanuit het MMM-denken hopen we hen te doen inzien dat het belangrijk is om ruimer te kijken. In het kader van de relevantie van de inzichten voor

de huisartsenpraktijk wordt het thema middelenmisbruik besproken vanuit een welzijn- en gezondheidsperspectief. Tijdens de sessie moet dan ook bewaakt worden dat mogelijke discussies niet afglijden naar het legaliteit/illegaliteitsaspect!

4. Materiaal

- Tekst uiteenzetting + slides

5. Deelnemersmap

- Tekst uiteenzetting + slides
- Een résumé van de boodschappen die we willen meegeven
- Literatuurlijst + lijst met web-sides

De deelnemersmap is bewust beknopt en zeer praktijkgericht gehouden.

Enkel de meest essentiële aandachtspunten die ook onmiddellijk bruikbaar zijn voor de huisartsenpraktijk, zijn erin opgenomen.

Wie zich verder in de thematiek wenst te verdiepen kan beroep doen op de literatuurlijst als bijlage, de referenties bij de tekst van Dr. Van Bouchaute of op de lijst met web-sides die opgedeeld is in deelthema's (deze web-sides zijn echter niet huisarts-specifiek).

In het kader van de huidige tendens van 'evidence based medicine' bij huisartsen, doet VAD ijverig haar best om goed aangeschreven publicaties van buitenlands onderzoek op te sporen. Hiervoor kan naar de VAD-bibliotheek verwezen worden.

Erkennen en inschatten van een drugprobleem

1. CIJFERMATERIAAL ILLEGAAL DRUGGEBRUIK BIJ JONGEREN

Ons inziens zijn de meest opvallende conclusies uit het onderzoek van Lea Maes (1998) Illegaal druggebruik bij jongeren, RUG:

1. Het gaat hier voornamelijk over gebruik van hash. Bij jongens komen XTC en speed, bij meisjes kalmeermiddelen op de tweede plaats. Meisjes gebruiken duidelijk minder middelen dan jongens.
2. Een groot aantal jongeren geeft aan ooit middelen gebruikt te hebben maar het aantal dat in de loop van de laatste maand nog één tot twee keer gebruikte is vier tot vijf maal kleiner.
3. Er is een duidelijke evolutie in die zin dat meer jongeren middelen gaan gebruiken en er zijn aanwijzingen dat de gemiddelde leeftijd waarop voor het eerst werd geëxperimenteerd daalt.
4. Er is een duidelijk verschil tussen de verschillende onderwijsvormen in het aantal ooit gebruikers (BSO>TSO>ASO).

ILLEGAAL DRUGGEBRUIK BIJ JONGEREN

Jongeren en gezondheid – Lea Maes – RUG (1998)

Deze studie maakt deel uit van een internationale studie, Health Behaviour in Schoolaged Children, uitgevoerd onder toezicht van de Wereld Gezondheidsorganisatie.)

Het gebruik van illegale drugs in 1998

Eenzijds werd er in de vragenlijst getracht om het aantal respondenten die ooit geëxperimenteerd hadden met drugs na te gaan door hen te vragen of ze zelf ooit hash/marihuana (joints), snuifmiddelen, cocaïne, heroïne (morfine, opium), stimulerende middelen (amfetamines), crack, speed/XTC, LSD of kalmeermiddelen/barbituraten gebruikt hadden. Daarnaast werd ook gepoogd het huidige gebruik na te gaan door de vraag te herhalen voor de afgelopen maand.

Respondenten dienden voor beide vragen te antwoorden met 'nooit', '1-2 keer', '3 keer of meer' of 'ken ik niet'.

Respondenten die ooit één van deze drugs genomen hadden, werd naar hun leeftijd bij het eerste gebruik gevraagd.

Leerlingen met een onbetrouwbaar antwoord werden uit de analyse verwijderd.

Uit de tabel met de lifetimeprevalenties (=het ooit gebruikt hebben) van de verschillende soorten drugs en de tabel met het gebruik gedurende de voorbije maand, valt af te leiden, dat van deze illegale drugs, hash door zowel de jongens als meisjes meest gebruikt werd. Met name 24.2 % van de 13-18 jarige jongens heeft ooit hash gebruikt (7.9 % 1-2 keer en 16.3 % meer dan 2 keer) en 16.9 % van de 13-18 jarige meisjes (6.7 % 1-2 keer en 10.2 % meer dan 3 keer). 7 % van de jongens gebruikte het afgelopen maand nog 1 of 2 keer en 8 % gebruikte het afgelopen maand meer dan 2 keer. Van de meisjes gebruikte 5.2 % afgelopen maand 1 of 2 keer hash en 3.5 % meer dan 2 keer.

Het item dat het tweede hoogst scoorde was 'speed en XTC' voor de jongens en 'kalmeermiddelen, barbituraten' voor de meisjes.

Van de jongens had 7.6% ooit Speed of XTC gebruikt (4.1% 1-2 keer en 3.5 % meer dan 2 keer). Voor de meisjes was dit 4 % (2.0 % 1-2 keer en 2.3 % meer dan 2 keer).

Wat dan de kalmeermiddelen betreft, heeft 2.9 % van de jongens daar reeds ooit 1 à 2 keer gebruik van gemaakt en 1.9 % reeds meer dan 2 keer. Voor de meisjes was dit respectievelijk 3.6 % en 1.8 %.

Wanneer we tenslotte kijken naar het gebruik van een van de opgesomde items, dan blijkt dat bijna 27 % van de 13-18 jarige jongens ooit een of meer van deze producten gebruikt heeft, waarvan 17 % in de voorbije maand. Van de 13-18 jarige meisjes gebruikte 20 % ooit een van deze middelen, waarvan 10.9 % in de afgelopen maand.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 1 – Inzicht in middelenmisbruik:
'Theoretische uiteenzetting'

Wanneer de druggegevens opgesplitst worden naar geslacht en opleiding, valt af te leiden dat leerlingen uit het algemeen secundair onderwijs over 't algemeen minder drugs gebruiken dan leerlingen uit het technisch, die op hun beurt dan weer minder drugs gebruiken dan leerlingen uit het beroeps onderwijs. Hierbij valt op te merken dat het verschil bij de jongens grootst is tussen TSO en BSO (29.5% BSO'ers hebben afgelopen maand drugs gebruikt, 23.8 % TSO'ers en 20.8 % ASO'ers) terwijl dit voor de meisjes veel kleiner is (respectievelijk 16.5, 16.3 en 13.3 % gebruikte afgelopen maand drugs).

Merk ook op dat in het beroepsonderwijs 19.6 % van de jongens en 11.5% van de meisjes aangeeft ooit speed of XTC te hebben gebruikt, waarvan 9.9 % jongens en 3 % meisjes afgelopen maand. En 9.6 % van de jongens gebruikte ooit LSD, waarvan 5.5% zelfs meer dan 2 keer en 4.7 % gedurende de voorbije maand.

Evolutie van het druggebruik: '90-'94-'96-'98

Gezien in de periodes '90, '94 en '96, de drugsvragen slechts gesteld werden aan de leerlingen vanaf de 2^e graad secundair onderwijs, selecteerden we deze leerlingen voor de 4 periodes. Om over een voldoende aantal respondenten per groep te beschikken, beperkten we ons tot de leeftijdsgroepen 15-16 en 17-18 jarigen.

Op de visuele voorstelling van de percentages respondenten die ooit één van de opgesomde drugssoorten '1-2 keer' of '3 keer of meer' gebruikt hebben naar leeftijdsgroep en geslacht, valt onmiddellijk de stijging van het gebruik gedurende het laatste decennium op.

Waar in 1990 nog maar 3.8 % van de 17-18 jarige meisjes en 12.3 % van de 17-18 jongens ooit drugs gebruikt had, is dit in 1998 respectievelijk 34.5 % voor de meisjes en 44.5 % voor de jongens.

Wanneer we hierop een logistische regressie uitvoeren, gecorrigeerd voor geslacht, leeftijdsgroep en opleiding, dan zien we dat het ooit gebruikt hebben van drugs meer dan 5 keer meer voorkomt in 1994 dan in 1990 (O.R. 5.5381), bijna 8 keer meer in 1996 dan in 1990 (O.R. 7.7856) en bijna 10 keer meer in 1998 dan in 1990 (OR: 9.9313). Vergelijken we 1996 met 1994, dan is er een toename van 40 % (O.R. 1,4058) en vergelijken we 1998 met 1996 dan is er opnieuw een stijging van bijna 30 % (O.R.1,2756).

Vergelijken we het gebruik in afgelopen maand van 1994 met 1996, dan blijkt dit 1.4 maal meer voor te komen in 1996 dan in 1994 (O.R.: 1,4145), wat nog eens zo'n 1.4 keer toeneemt in de periode 1996 - 1998 (O.R.: 1,3929).

Bij vergelijking van de leeftijd waarop drugs voor het eerst gebruikt werden in 1998, tussen jongens en meisjes en de 13-14 jarigen, 15-16 jarigen en 17-18 jarigen, bleek dat er geen significant verschil was naar geslacht, doch wel naar leeftijdsgroep.

Vergelijking van de periodes 1994-1996-1998 voor de 15-18 jarigen, die minimaal in het derde jaar secundair onderwijs zitten, laat zien dat de jongeren sinds 1998 ook vroeger beginnen met het proberen van drugs.

Bereikbaarheid van drugs

Met de vraag "Zou jij gemakkelijk aan hash, XTC of LSD kunnen geraken ?", waarbij voor de 3 items met 'ja, zonder problemen', 'misschien, ik zou me moeten informeren', 'neen' of 'ik weet het niet' moest geantwoord worden, werd tenslotte de bereikbaarheid van deze producten nagegaan. Hieruit valt af te leiden dat het gemakkelijker is om aan hash te geraken dan aan XTC, wat op zijn beurt gemakkelijker te bekomen is dan LSD, zoals we ook konden verwachten.

Oudere jongeren kunnen er gemakkelijker aan geraken dan jongere, en jongens gemakkelijker dan meisjes.

Voor het vergelijken van de percentages van de jongeren die beweren gemakkelijk aan die drugs te geraken en diegenen die beweren er niet gemakkelijk aan te geraken, voor de periodes 94, 96 en '98, hebben we ons opnieuw beperkt tot de 15-18 jarigen die minimaal in het 3^e secundair onderwijs zitten.

Een logistische regressie, met aanpassing voor leeftijdsgroep, geslacht en opleiding toont dat er een significante toename is voor de bereikbaarheid van hash en dit zowel van '94 naar '96 (O.R. 1,27) als van '96 naar '98 (O.R. 1,25) en voor de bereikbaarheid van LSD, doch alleen wat '96-'98 betreft (O.R. 1,34). Wat XTC betreft valt er geen verschuiving waar te nemen.

Het druggebruik bij vrienden of kennissen van de respondenten

Het druggebruik bij vrienden en kennissen van de respondenten werd nagegaan met de vraag: "Hebben vrienden of kennissen van je ooit één van volgende drugs gebruikt".

Hieruit blijkt dat 1 op 4 van de 13-14 jarigen reeds iemand kent die ooit drugs gebruikt heeft. Op 15-16 jarige leeftijd is dit reeds 1 op 2 en op 17-18 jarige leeftijd is het zelfs al meer dan 2 op 3.

Bij een eerste univariate analyse bleek de kans op het ooit gebruikt hebben van drugs 27.64 keer groter dan voor respondenten die geen vrienden of kennissen hadden van wie zij wisten dat ze drugs gebruikten.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES
 Module 1 – Inzicht in middelentmisbruik:
 'Illegaal druggebruik bij jongeren'

Percentage respondenten die zonder problemen aan hash, XTC en LSD kunnen geraken, over de verschillende periodes heen, naar geslacht en leeftijdsgroep

Jongens

			1994			1996			1998		
			ja, zonder proble- men	neen	N	ja, zonder proble- men	neen	N	ja, zonder proble- men	neen	N
jongens	hash	15-16 jarigen	27,7%	20,9%	1067	30,0%	19,8%	476	35,6%	24,1%	1336
		17-18 jarigen	46,2%	11,7%	1091	55,6%	13,5%	486	53,4%	13,8%	1337
		Totaal	37,1%	16,2%	2158	43,0%	16,6%	961	44,5%	18,9%	2673
	XTC	15-16 jarigen	23,8%	19,9%	1069	24,6%	21,5%	476	24,9%	27,8%	1324
		17-18 jarigen	37,9%	14,6%	1093	44,0%	15,9%	486	35,7%	17,7%	1329
		Totaal	31,0%	17,2%	2162	34,4%	18,7%	961	30,3%	22,7%	2653
	LSD	15-16 jarigen	15,1%	26,2%	1070	11,9%	32,3%	465	19,9%	30,3%	1319
		17-18 jarigen	23,2%	20,3%	1097	27,9%	22,3%	486	27,2%	20,4%	1324
		Totaal	19,2%	23,2%	2167	20,1%	27,2%	950	23,5%	25,4%	2643

(Lea Maes, RUG, Illegaal druggebruik bij jongeren, 1998)

DRAAIBOEK VAN DE MODULES
 Module 1 – Inzicht in middelentmisbruik:
 'Illegaal druggebruik bij jongeren'

Percentage respondenten die zonder problemen aan hash, XTC en LSD kunnen geraken, over de verschillende periodes heen, naar geslacht en leeftijdsgroep

Meisjes

meisjes	hash	15-16 jarigen	18,0%	23,8%	1114	21,6%	25,5%	515	25,8%	28,6%	1290
		17-18 jarigen	23,3%	21,8%	1151	27,4%	22,5%	509	39,1%	22,4%	1343
		Totaal	20,7%	22,8%	2265	24,4%	24,0%	1024	32,6%	25,4%	2633
	XTC	15-16 jarigen	14,3%	25,0%	1115	15,6%	26,7%	515	15,7%	32,5%	1289
		17-18 jarigen	20,5%	21,2%	1152	17,6%	23,0%	509	22,2%	26,6%	1340
		Totaal	17,5%	23,1%	2268	16,6%	24,9%	1024	19,0%	29,5%	2629
	LSD	15-16 jarigen	10,4%	28,0%	1116	11,1%	28,3%	505	12,3%	34,0%	1288
17-18 jarigen		12,0%	26,3%	1154	9,8%	29,5%	509	17,8%	27,6%	1340	
Totaal		11,2%	27,1%	2270	10,4%	28,9%	1014	15,1%	30,7%	2627	

(Lea Maes, RUG, Illegaal druggebruik bij jongeren, 1998)

DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 1 – Inzicht in middelentmisbruik:
'Illegaal druggebruik bij jongeren'

Leeftijd waarop voor het eerst drugs gebruikt werden voor de 15-18 jarigen, over de verschillende periodes heen

	M		95 % betrouwbaarheidsinterval		N
1994	15,07	1,37	14,98	15,17	829
1996	15,12	1,28	15,00	15,24	463
1998	14,84	1,25	14,78	14,91	1540

(Lea Maes, RUG, Illegaal druggebruik bij jongeren, 1998)

2. HET MENS-MIDDEL-MILIEU MODEL

De slides tonen de verschillende factoren aan eigen aan de persoon, zijn omgeving en het middelengebruik die belangrijk zijn bij het ontstaan en de ontwikkeling van een drugprobleem. Deze factoren interageren en beïnvloeden elkaar.

Het M-M-M-model vindt men eveneens terug in het schema van Tones¹ welke de oorzaken van drugmisbruik in een patogenetisch model weergeeft.

Het M-M-M-Model laat toe **op een momentdoorsnede** middelengebruik of -misbruik in te schatten. Het middelengebruik van een bepaalde persoon kan op het eerste gezicht niet problematisch lijken. Nochtans is het belangrijk na te gaan of de patiënt bijvoorbeeld persoonlijkheidsproblemen vertoont of als gevolg van louter gebruik van cannabis of XTC of door zogenaamde druggerelateerde criminaliteit juridische problemen heeft. Soms stellen we vast dat het gezin van herkomst zeer intolerant of angstig staat tegenover gebruik. Dit kleurt het risico of de ernst anders in. Dit wil niet zeggen dat elk middelengebruik per se problematisch hoeft te zijn of door de patiënt als problematisch moet worden aangevoeld, doch het is belangrijk op de terreinen mens, middel en milieu te toetsen of het gebruik tot gezondheids- of welzijnsproblemen aanleiding geeft. Deze ruimere toetsing laat toe te bepalen of er nood is aan interventie.

¹ K. Tones, S. Tilford (1990) Health Education. Effectiveness, efficiency and equity. Second Edition. Chapman & Hall London

Schema : Mens - Middel - Milieu

MENS

persoonlijkheid
geslacht
leeftijd
actuele gemoedstoestand
kennis en opvattingen
verwachtingen
waarden en normen
biochemische eigenschappen

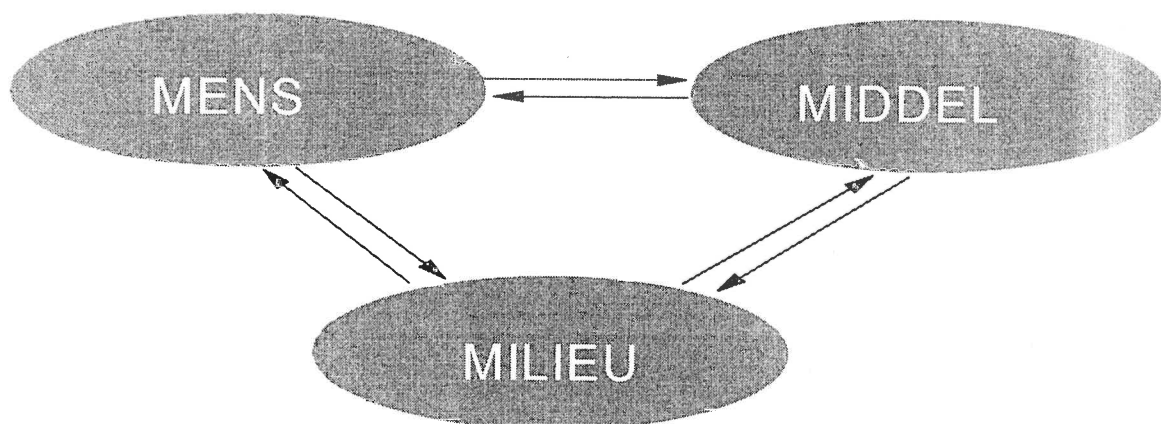
MIDDEL

aanbod
werking en invloed
hoeveelheid en wijze van gebruik

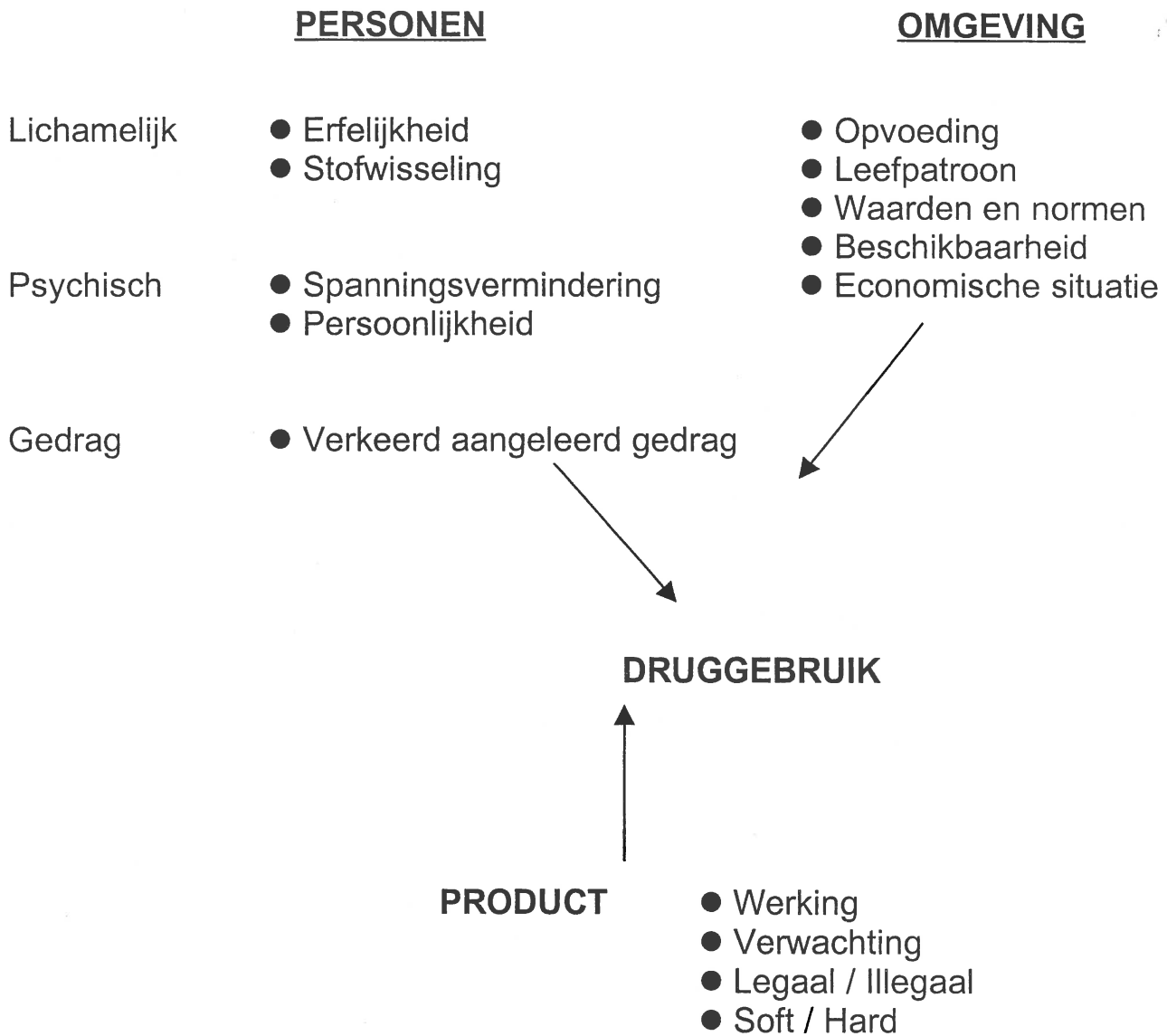
MILIEU

context van het gebruik
het gezin, school, vrienden
belangrijke derden
subcultuur
media
socio-economische factoren

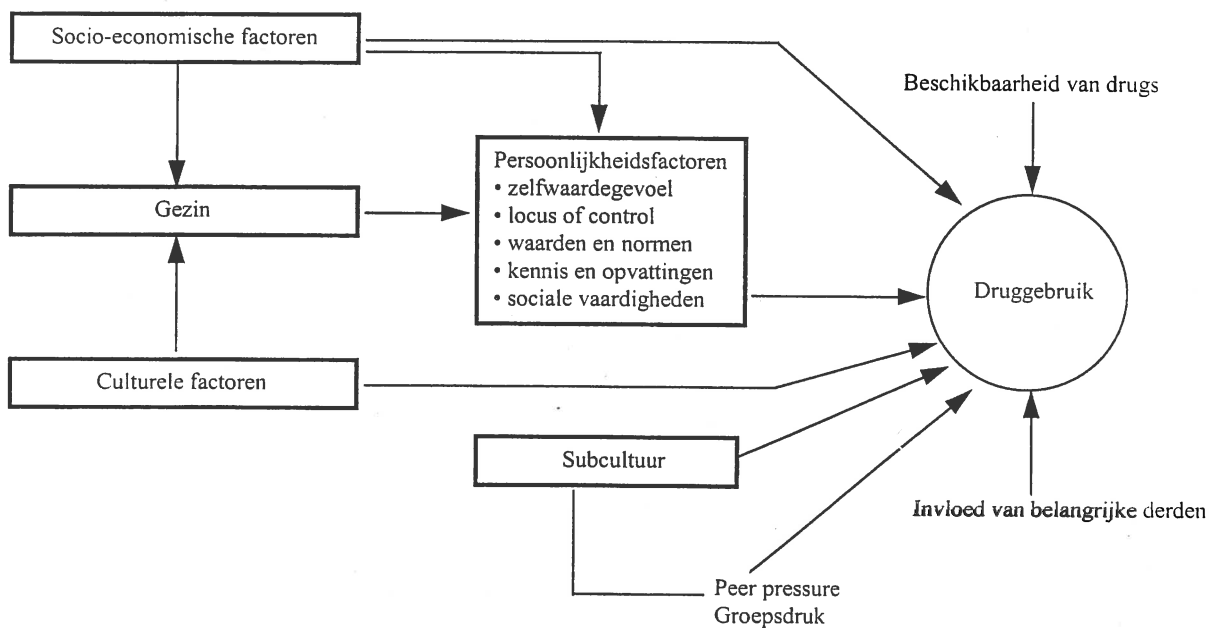
Schema: Mens - Middel - Milieu



DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 1 – Inzicht in middelentmisbruik:
'Mens – Middel - Milieu'



Schema Tones: oorzaken drugmisbruik



Drugmisbruik: psychosociale- en omgevingsinvloeden, Tones (1990)

3. FASEN IN DE ONTWIKKELING VAN EEN DRUGPROBLEEM.

THEORIE:

- Ernst, risico's, functie/betekenis van gebruik, fases koppelen aan MMM
- Aandachtspunt: illegaliteit brengt bijkomende gezondheidsproblemen mee

PRAKTISCHE HANDVATEN:

- Niet alleen bevragen van medische symptomen, maar zeker ook bevragen van functioneren op de diverse levensdomeinen

Nagaan in welke fase een drugprobleem zich situeert geeft een beeld van de **evolutie in de tijd** (hoe ver is een probleem reeds geëvolueerd) en is eveneens belangrijk in de bepaling van de huidige ernst en prognose.

Aan de basis van de schematische driehoeksvoorstelling bevindt zich de fase van experimenterend gebruik. De basis vernauwt over het regelmatig gebruik en excessief gebruik naar de top van afhankelijkheid.

De symboliek achter deze voorstelling is het numeriek belang van het aantal experimenteerders (de basis) tegenover de beperkte groep die aan de afhankelijkheidsdiagnose beantwoordt (de top). Een zeer groot aantal personen experimenteert en laat het hierbij (cf. hogergenoemde cijfers middelengebruik bij schoolgaande jeugd). Een kleinere groep wordt regelmatige gebruiker. Een nog kleinere groep gaat excessief gebruiken of wordt afhankelijk. De overgang van de ene fase naar de volgende fase is dus geen automatisme en wordt vaak bepaald door andere factoren dan het gebruik zelf (men ziet bijvoorbeeld meer psychiatrische comorbiditeit in de verder geëvolueerde fasen en men veronderstelt daardoor dat deze één van de belangrijke bepalende factoren is in deze evolutie).

Het is zo dat de ernst van de globale problematiek meestal toeneemt in de latere fasen. Daarnaast staat de driehoek ook symbool voor een ijsbergfenomeen: ook aan brede basis uitend er zich vele moeilijkheden die niet altijd even zichtbaar zijn maar die een veel grotere groep mensen betreffen dan deze die een afhankelijkheidsprobleem vertonen. Het betreft hier vooral relationele en familiale problemen, ongevallen a.g.v. intoxicaties, overdosissen, e.d. In de literatuur benoemt men dit vaak eenvoudigweg als "problematisch gebruik". Een term die we los kunnen zien van deze indeling in fasen.

Het is belangrijk er op te wijzen dat de indeling in fasen niet strak te trekken is: de fasen volgen elkaar soms niet stapsgewijze op, soms wordt er een fase overgeslagen, de grenzen tussen de fasen zijn niet steeds duidelijk. Soms is reeds een afhankelijkheidsproblematiek voor het ene produkt en zit men nog in een vroegere fase voor een ander produkt.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 1 – Inzicht in middelenmisbruik:

'Theoretische uiteenzetting'

Dit heeft te maken met het multifactoriële karakter van een drugproblematiek (cf. het M-M-M-model) wat de ernstinschatting niet vereenvoudigt: een experimenterende jongere kan door aanwezige gedragsproblemen door het leven in een dysfunctioneel gezin, meer at risk zijn dan een regelmatige gebruiker; een cliënt die fysiek afhankelijk is van methadone kan daarnaast goed geïntegreerd zijn en weinig nood hebben aan begeleiding.

Dit is ook de reden waarom we onmiddellijk in aansluiting met deze symbolische voorstelling het multidimensionele van de probleemterreinen naar voor schuiven. Binnen elke fase is het belangrijk na te gaan of er zich fysieke, sociale, juridische, psychisch-relatieve, psychiatrische problemen voordoen en hoe het gebruik is. Deze terreinen kunnen indien gewenst zeer systematisch bevestigd worden aan de hand van een gestructureerd interview, de Addiction Severity Index (cf. Toekomstige module over assessment).

Op al deze terreinen kan het gaan over voorafbestaande compromiterende situaties, rechtstreekse gevolgen van het gebruik of multi-directionele interacties van oorzakelijke factoren en gevolgen. We geven hiervan een aantal voorbeelden:

- Voorafbestaande compromiterende situaties:
antecedenten van hartlijden voorafgaand aan XTC of speedgebruik leiden tot sterk verhoogde risico's²
ADHD in de jeugd wordt frequent geassocieerd met amfetamine- en alcoholmisbruik op latere leeftijd (ref)
- Rechtstreekse gevolgen van het gebruik op bepaalde terreinen:
intoxicaties met agressie en evt. paranoia a.g.v. cocaine³
losgewoelde psychosen a.g.v. LSD⁴
- Multidirectionele interacties van oorzaken en gevolgen:
druggebruik door gedragsstoornissen maar verdere ontsporing van deze gedragsstoornissen door het gebruik⁵

De risico's en de nadelige gevolgen van druggebruik worden nu binnen de verschillende fasen overlopen :

In de fase **experimenterend gebruik** is het belangrijk na te gaan of het hier in eerste instantie nog experimenteren betreft. Hiertoe dient een gebruiksanamnese afgenomen te worden (hoelang, hoeveel, hoe regelmatig, welke drugs worden ingenomen). Ook hier is het belangrijk de levensterreinen af te tasten.

² Van Brussel, G. H. A. (1991), XTC, een nieuwe soft drug?, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 135, 2062-2063.

³ Satel S. L. , Southwick S. M. en Gawin F. H. (1991), Clinical features of cocaine-induced paranoia, American Journal of Psychiatry, 148, 495-498.

⁴ Van Epen, J. H. (1988), De drugs van de wereld, de wereld van drugs, p.113, Samson Stafleu.

⁵ Mueser, K. T., Drake, R. E., Wallach, M. A. (1998), Dual Diagnosis: A review of etiological theories. Addictive Behaviors, 23, 717-734.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 1 – Inzicht in middelenmisbruik:

'Theoretische uiteenzetting'

Belangrijke te vermelden voorbeelden van de gevaren van experimenterend gebruik zijn de somatische problemen die uit onderzoeken blijken: er is een twintigvoudig verhoogde kans op hartinfarcten bij cocaïne-gebruik⁶. Bij voorbeschikten is er een verhoogde kans op acute hepatitis na XTC-gebruik⁷.

Hiermee willen we aangeven dat niettegenstaande experimenteren vaak als onschuldig wordt aanzien dit toch dient gerelativeerd worden.

Het was een bewuste keuze de volgende fase **regelmatig gebruik** te noemen en niet, bijvoorbeeld, geïntegreerd gebruik. Alhoewel er niet kan ontkend worden dat vele mensen er in slagen langdurig zonder risico's of problemen regelmatig bepaalde middelen te consumeren scheidt een te snel en ongenueanceerd concluderen van gebruik als "geïntegreerd" een vals zekerheids- en gerustheidsgevoel. Geïntegreerd gebruik is een eerder relatief begrip omdat de grens tussen onschadelijkheid en schade moeilijk te trekken is (alcohol blijkt bijvoorbeeld reeds in lage dosissen op cellulair niveau toxisch te zijn, de mate van toxiciteit is naast dosisafhankelijk ook afhankelijk van leeftijd, geslacht, verworven (e.g. ziekten) of genetische kenmerken. Het is de vraag of de illegaliteit van bepaalde producten er niet op zich reeds voor zorgt dat een geïntegreerd gebruik, te definiëren als een vorm van gebruik die niet tot gezondheids- of welzijnsproblematiek leidt, bemoeilijkt wordt.

In veel gevallen van regelmatig gebruik gaat het over legale drugs en soft drugs. Over gebruik van lage dosissen, soms kortdurig en daardoor vaak minder problematisch. Dit kan soms jarenlang doorgaan maar gezien de aard van het middel en de gebruikte dosissen opnieuw minder of niet problematisch zijn (cf. voorbeelden van de "ouder geworden hippie" die liever regelmatig 's avonds rustig één jointje rookt dan alcohol te gebruiken).

Toch is het belangrijk opnieuw de verschillende mogelijke probleemterreinen af te tasten om na te gaan of er risico's of problemen zijn en of er eventueel interventies nodig kunnen zijn.

De fase **excessief gebruik** is gekenmerkt door langduriger, meer en regelmatig gebruik van middelen. De norm vanaf wanneer er sprake is van excessief gebruik is hier opnieuw moeilijk vast te leggen. De toename van het gebruik kan te wijten zijn aan tolerantie voor het gebruikte product of een gewijzigde functie van het gebruik voor een bepaald individu. Het zich ontspannen of het genieten wordt hier bijvoorbeeld vaak vervangen door andere functies zoals onderdrukken van angsten en continu onwelbevinden. In vele gevallen is er in deze fase controleverlies opgetreden.

Om de ernst in te schatten moet men opnieuw de verschillende probleemterreinen overlopen.

In een poging tot een praktisch werkbaar definitie te komen vanaf wanneer er van misbruik sprake is kan men scoren op de D.S.M.-criteria van middelenmisbruik. Door te scoren op deze criteria kan men een grens trekken tussen gebruik en misbruik.

Deze D.S.M.-definitie wordt zeer breed aanvaard en wordt courant gebruikt in de verslavingszorg. De criteria geven een zeer objectieve toetsing waarbij de nadruk gelegd wordt op het functioneren van een bepaald individu.

⁶ Wunsch, H. (1999), Cocaine use transiently increases heart-attack risk, The Lancet, 353, 1943.

⁷ Van Brussel, G. H. A. (1991), XTC, een nieuwe soft drug?, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 135, 2062-2063.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 1 – Inzicht in middelenmisbruik: 'Mens – Middel - Milieu'

Om de grens aan te geven tussen middelenmisbruik en afhankelijkheid kan men onmiddellijk overstappen op de D.S.M.-definitie van **afhankelijkheid**. De bovengrens van misbruik wordt per exclusie aangegeven: men kan slechts aan de definitie van misbruik voldoen als men niet beantwoordt aan de definitie van afhankelijkheid.

De belangrijkste criteria voor afhankelijkheid zijn de twee fysiologische criteria: tolerantie en het optreden van dervingsverschijnselen. Nochtans hoeven deze twee criteria niet steeds aanwezig te zijn om tot een afhankelijkheidsdiagnose te besluiten. Andere criteria slaan op controleverlies, het psychosociaal dysfunctioneren en het ontstaan van gezondheidsklachten.

Bij drugafhankelijken vindt men bijna steeds ernstige problemen op een veelvoud van terreinen: fysiek, psychisch en relationeel, sociaal, psychiatrisch, juridisch en de gebruikswijze.

Zij vormen een hoge-risico-groep op vlak van sterfte (studies in de V.S. en Scandinavië⁸ geven aan dat er ongeveer 4 % per jaar overlijdt aan overdosissen, ongevallen, geweld, zelfmoord en complicaties door het injecterend gebruik) en ziekten. Deze verhoogde kans op ziekte en sterfte is geen éénduidig causaal gevolg van de afhankelijkheid op zich. Veel heeft te maken met de illegaliteit en ethische afkeuring van verslaving, maatschappelijke uitstoting en isolement, een gebrek aan controle op de samenstelling van de producten, gebrek aan voorlichting omtrent de risico's van gebruik, moeilijkheden om aan steriel injectie materiaal te geraken, e.d.

Niettegenstaande er psychiatrische problematieken op kunnen treden als gevolg van de afhankelijkheid, is er ook sprake van een selectie van psychiatrisch problematieken binnen de groep afhankelijken. Mensen die getroffen zijn door ernstige psychische problemen groeien a.h.w. sneller door naar afhankelijkheid van middelen en geraken er ook moeilijker uit.

De co-morbiditeit binnen de afhankelijkengroep, zowel op somatisch vlak als psychiatrisch, is dan ook zeer hoog. Het aantal diagnoses van schizofrenie bijvoorbeeld in deze groep is 5 op honderd⁹ waar dit in een algemene populatie ongeveer 1 % bedraagt. Het aantal injecterende gebruikers in deze groep bedraagt ongeveer 40 %. Registraties in binnen- en buitenland geven aan dat minstens de helft hiervan geïnfecteerd werd met het hepatitis B virus en minstens de helft hiervan met hepatitis C virus. Vanzelfsprekend met grote overlappingsen waarbij er een groot aantal chronische hepatitislijders is die zowel door het B als C-virus aangetast zijn.

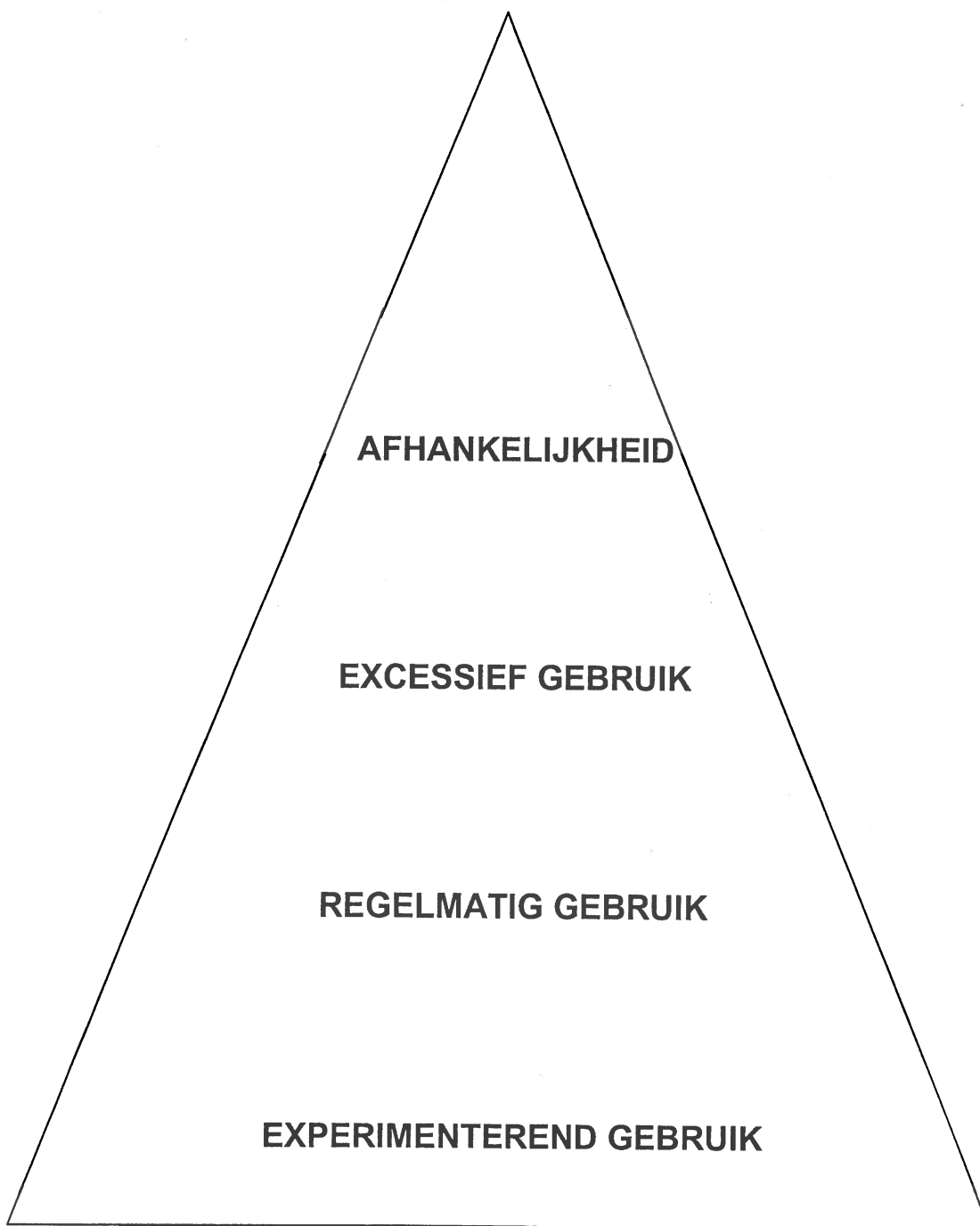
De prognose op een spontaan herstel van afhankelijkheid aan illegale drugs is lager dan de sterfte. De prognose op herstel door behandeling is, ondanks wat sommigen er ook over beweren, precair.

Ondanks deze problemen is er een grote groep die moeilijk kan gemotiveerd worden tot behandeling. Van deze groep druggebruikers zegt men dat zij in de precontemplatie- of voorbeschouwingsfase zitten.

⁸ Haasrup, S. en Jepsen, P.W. (1988), Eleven year follow-up of 300 young opioid addicts, Acta Psychiatrica Scandinavica, 77, 22-26.

⁹ Rounsaville, B.J., e.a. (1982), Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts, Archives of General Psychiatry, 39, 161-166.

Fasen in de ontwikkeling van een drugprobleem



DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 1 – Inzicht in middelenmisbruik:
'Mens – Middel - Milieu'

MULTIDIMENSIONEEL

FYSIEK

SOCIAAL

JURIDISCH

PSYCHISCH/RELATIONEEL

PSYCHIATRISCH

GEBRUIK

- **Cf. Schoolonderzoeken**

SOMATISCHE PROBLEMATIEK

- intoxicaties (ademhalingsdepressie en coma, hepatitis, aritmieën)

PSYCHIATRISCHE PROBLEMATIEK

- acute psychiatrische stoornissen

(gedragsontsporingen, derealisaties, depersonalisaties, hallucinaties als gevolg van amfetamines, LSD, cannabis, etc.)

- verergering van voorafbestaande psychiatrische problematiek
 - angststoornissen
 - depressies
 - persoonlijkheidsstoornissen
 - gedragsstoornissen

PSYCHO-RELATIONELE PROBLEMATIEK

- relatieproblemen
- dysfunctionele gezinnen
- vereenzaming en isolement
- agressie

SOCIALE PROBLEMATIEK

- zich terugtrekken uit het sociale leven
- problemen op werk of school door gebruik

JURIDISCHE PROBLEMATIEK

- gerechtelijke procedures (proces-verbaal, verhoren, in vervolgingstelling,...)
- het niet hebben van een blanco strafblad
- aansprakelijkheid ouders bij boetes e.d.

NA TE VRAGEN FACTOREN EIGEN AAN HET GEBRUIK

- soort en aantal gebruikte producten
- beginleeftijd
- duur
- hoeveelheid
- regelmaat
- gebruikswijze
- (mislukte) pogingen tot controle en/of abstinentie

REGELMATIG GEBRUIK

relatief begrip als gevolg van

- illegaliteit
- moeilijk te trekken grens tussen schade en onschadelijkheid

- gebruik: legale drugs/soft druggebruik
lage dosis
variabele duur
- integratie in mens/middel/milieu
- soms weinig redenen tot interventie hulpverlening
geen hulpvraag
weinig schade
weinig risico's
- soms wel reden tot interventie (cf. risico's en schade)

- Cf. Schoolonderzoeken

SOMATISCHE PROBLEMATIEK

- intoxicaties (ademhalingsdepressie en coma, hepatitis, aritmieën)
- chronische neurologische stoornissen (cf. neuronale schade amfetamines)
- ontstaan of verergering van een somatische probleem (bronchitis, CARA door roken)

PSYCHIATRISCHE PROBLEMATIEK

oorzaak of gevolg?

- chronische psychiatrische stoornissen (depressies bij alcohol en amfetamines)
- verergering van voorafbestaande psychiatrische problematiek
 - losgewoelde psychosen
 - paranoia a.g.v. amfetamines
 - angststoornissen
 - depressies
 - persoonlijkheidsstoornissen
 - gedragsstoornissen

PSYCHO-RELATIONELE PROBLEMATIEK

- relatieproblemen
- dysfunctionele gezinnen
- vereenzaming en isolement
- slaapstoornissen en verstoord dag-nachtritme“
- “amotivatieel syndroom”
- agressie
- seksuele problematiek

SOCIALE PROBLEMATIEK

- zich terugtrekken uit het sociale leven
- problemen op werk of school door gebruik
- financiële problemen (te hoge bestedingen aan producten)

JURIDISCHE PROBLEMATIEK

- problemen in verband met boetes
- lopende gerechtelijke procedures (verhoren, contact met advocaten,...)
- probatievoorwaarden
- (dreigende) gevangenisstraffen
- het niet hebben van een blanco strafblad (tewerkstellingsvoorwaarde)
- hoederechtproblemen
- (dreigende) plaatsing kinderen

NA TE VRAGEN FACTOREN EIGEN AAN HET GEBRUIK

- tolerantie
- soort en aantal gebruikte producten
- dagvullende activiteit
- beginleeftijd
- duur
- hoeveelheid
- regelmaat
- gebruikswijze

EXCESSIEF GEBRUIK

- Controleverlies
- Gebruik: langer
meer
frekwenter

cf. DSM IV Misbruik

- Interventie hulpverlening noodzakelijk

SOMATISCHE PROBLEMATIEK

- intoxicaties (ademhalingsdepressie en coma, hepatitis, aritmieën)
- chronische neurologische stoornissen (cf. neuronale schade amfetamines)
- ontstaan of toename van somatische stoornissen (leverstoornissen, CARA, ...)
- infecties en embolen door het injecteren
- verwaarlozing hygiëne en voeding

PSYCHIATRISCHE PROBLEMATIEK

oorzaak of gevolg?

- chronische psychiatrische stoornissen (depressies bij alcohol en amfetamines)
- verergering van voorafbestaande psychiatrische problematiek
 - losgewoelde psychosen
 - paranoia a.g.v. amfetamines
 - angststoornissen
 - depressies
 - persoonlijkheidsstoornissen
 - gedragsstoornissen

PSYCHO-RELATIONELE PROBLEMATIEK

- relatieproblemen
- dysfunctionele gezinnen
- vereenzaming en isolement
- slaapstoornissen en verstoord dag-nachtritme“
- “amotivatieel syndroom”
- agressie
- seksuele problematiek

SOCIALE PROBLEMATIEK

- zich terugtrekken uit het sociale leven
- problemen op werk of school door gebruik
- financiële problemen (inkomensverlies, te hoge bestedingen)
- huisvestingsproblemen (ongezonde woonomstandigheden, verlies van woonst)
- niet in orde met sociale zekerheid
- marginalisatie

JURIDISCHE PROBLEMATIEK

- problemen in verband met boetes
- lopende gerechtelijke procedures (verhoren, contact met advocaten,...)
- probatievoorwaarden
- (dreigende) gevangenisstraffen
- het niet hebben van een blanco strafblad (tewerkstellingsvoorwaarde)
- hoederechtproblemen
- (dreigende) plaatsing kinderen

NA TE VRAGEN FACTOREN EIGEN AAN HET GEBRUIK

- tolerantie
- soort en aantal gebruikte produkten
- dagvullende activiteit
- beginleeftijd
- duur
- hoeveelheid
- regelmaat
- gebruikswijze
- zijn er nog abstinente periodes?, hoe lang?

MISBRUIK VAN EEN MIDDEL

(Substance abuse) – DSM-IV

- Een patroon van het onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt, zoals in een periode van twaalf maanden blijkt uit ten minsten één (of meer) van de volgende:
 - Herhaaldelijk gebruik van het middel met als gevolg dat het niet meer lukt om in belangrijke mate te voldoen aan verplichtingen op het werk, school of thuis (bijvoorbeeld herhaaldelijk absent of slecht werk afleveren in samenhang met het gebruik van het middel; met het middel samenhangende absentie, schorsing of verwijdering van school; verwaarlozing van kinderen of het huishouden)
 - Herhaaldelijk gebruik van het middel insituaties waarin het fysiek gevaarlijk is (bijvoorbeeld autorijden of bedienen van een machine als men onder invloed van het middel is)
 - Herhaaldelijk, in samenhang met het middel, in aanraking komen met justitie (bijvoorbeeld aanhouding wegens verstoring van de openbare orde in samenhang met het middel)
 - Voortdurend gebruik van het middel ondanks aanhoudende of terugkerende problemen op sociaal of intermenselijk terrein veroorzaakt of verergerd door de effecten van het middel (bijvoorbeeld ruzie met de echtgenoot over de gevolgen van intoxicatie, vechtpartijen)
- De verschijnselen hebben nooit voldaan aan de criteria van afhankelijkheid van een middel uit deze groep middelen.

AFHANKELIJKHEID VAN EEN MIDDEL

(Substance Dependence) – DSM-IV

Een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende die zich op een willekeurig moment in dezelfde periode van twaalf maanden voordoen:

- Tolerantie, zoals gedefinieerd door ten minste één van de volgende:
 - Een behoefte aan duidelijk toenemende hoeveelheden van het middel om een intoxicatie of de gewenste werking te bereiken
 - Een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid van het middel
- Onthouding, zoals blijkt uit ten minste één van de volgende:
 - Het voor het middel karakteristieke onthoudingssyndroom (verwijs naar criteria A en B van de criteria voor onthouding van een specifiek middel)
 - Hetzelfde (of een nauw hiermee verwant) middel wordt gebruikt om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden
- Het middel wordt vaak in grotere hoeveelheden of gedurende een langere tijd gebruikt dan het plan was
- Er bestaat de aanhoudende wens of er zijn weinig succesvolle pogingen om het gebruik van het middel te verminderen of in de hand te houden

AFHANKELIJKHEID

- multiprobleematisch:

FYSIEK	SOCIAAL	JURIDISCH
PSYCHISCH/RELATIONEEL	PSYCHIATRISCH	GEBRUIK

- Cf. DSM IV-definitie afhankelijkheid
- Groot aantal "precontemplators"
- Hoogrisico-populatie
- Frequentie co-morbiditeit
- Precare prognose behandeling
- Herval inherent

Cf. Fasen in de bereidheid tot verandering (Prochaska&DiClemente)
Discrepantie

**TOEGENOMEN ERNST
TOEGENOMEN AANTAL PROBLEMATIEKEN
TOEGENOMEN TERREINEN**

SOMATISCHE PROBLEMATIEK

- intoxicaties (ademhalingsdepressie en coma, hepatitis, aritmieën)
- abstinentieverschijnselen
- chronische neurologische stoornissen (cf. neuronale schade amfetamines)
- infecties en embolen door het injecteren
- verwaarlozing hygiëne en voeding

PSYCHIATRISCHE PROBLEMATIEK

oorzaak of gevolg?

- chronische psychiatrische stoornissen (depressies bij alcohol en amfetamines)
- verergering van voorafbestaande psychiatrische problematiek
 - losgewoelde psychosen
 - paranoia a.g.v. amfetamines
 - angststoornissen
 - depressies
 - persoonlijkheidsstoornissen
 - gedragsstoornissen

PSYCHO-RELATIONELE PROBLEMATIEK

- relatieproblemen
- dysfunctionele gezinnen
- vereenzaming en isolement
- slaapstoornissen en verstoord dag-nachtritme“
- “amotivatieel syndroom”
- agressie
- seksuele problematiek

SOCIALE PROBLEMATIEK

- zich terugtrekken uit het sociale leven
- problemen op werk of school door gebruik
- financiële problemen (inkomensverlies, te hoge bestedingen)
- huisvestingsproblemen (ongezonde woonomstandigheden, verlies van woonst)
- niet in orde met sociale zekerheid
- marginalisatie

JURIDISCHE PROBLEMATIEK

- problemen in verband met boetes
- lopende gerechtelijke procedures (verhoren, contact met advocaten,...)
- probatievoorwaarden
- (dreigende) gevangenisstraffen
- het niet hebben van een blanco strafblad (tewerkstellingsvoorwaarde)
- hoederechtproblemen
- (dreigende) plaatsing kinderen

NA TE VRAGEN FACTOREN EIGEN AAN HET GEBRUIK

- tolerantie
- soort en aantal gebruikte produkten
- dagvullende activiteit
- beginleeftijd
- duur
- hoeveelheid
- regelmaat
- gebruikswijze
- (mislukte) pogingen tot controle en/of abstinentie
- abstinente periodes

4. DE VERANDERINGSCIRKEL VAN PROCHASKA & DECLIMENTE.

THEORIE:

- Motivatie tot verandering: een cyclisch proces
- Herval is inherent aan een probleem van middelentmisbruik
- Aandachtspunt: omgeving kan in andere fase zitten (ervan uitgaan dat dit meestal zo is)

PRAKTISCHE HANDVATEN:

- Het is belangrijk zicht te krijgen op de stadia waarin de patiënt en zijn omgeving zich bevinden

De beslissing tot interveniëren, onder welke vorm ook, wordt niet alleen bepaald door de inschatting van de ernst die de huisarts heeft gemaakt maar eveneens door de motivatie van de patiënt om zijn gedrag te veranderen.

Een groep onderzoekers, theoretici en therapeuten kwamen vanuit wetenschappelijk onderzoek naar de determinanten van veranderingsprocessen tot een veelomvattend, inzichtgevend en concreet bruikbaar model, de motivatiecirkel. Dit model is zogenaamd transtheoretisch. D.w.z. dat het objectief wetenschappelijk onderzoek (o.a. bij mensen die zonder hulp van therapeuten tot verandering kwamen) en de verschillende psychologische theorieën en technieken integreert. Dit model is veralgemeenbaar naar tal van situaties waarbij een verandering moeilijk is zoals bij mensen met psychisch lijden, eetstoornissen, rokers en verslaafden.

Uit onderzoek blijkt dat een zeer grote groep zich in een situatie bevindt, bijvoorbeeld een verslaving, die wordt gecontinueerd zonder dat er getwijfeld wordt aan de noodzaak tot verandering. Dit wordt de **voorbeschouwings- of precontemplatieve fase** genoemd. Men is zich niet bewust, of wenst niet bewust te worden, van de nadelen van het behoud van deze situatie. Aangezien het juist in deze groep is dat de risico's hoog zijn en de problematieken ernstig zijn, is zorg en "beveiliging voor risico's en schade" hier erg belangrijk. Op dit niveau situeren zich de harm-reduction strategieën (shill out rooms in discotheken, spuitruil, laagdrempelige methadonverstrekking).

Een volgende fase in de motivatiecirkel is de "**overpeinzing**" of **contemplatie**. Dit is de fase waarin een individu de balans begint op te maken van pro's en contra's van zijn situatie en begint af te wegen. De meest geschikte interventie in deze fase is informatie geven, de twijfel aanwakkeren, de discrepantie tussen het huidige en het gewenste gedrag verhogen.

Pas in deze fase is een individu rijp om een **beslissing** naar verandering te nemen. In deze fase speelt het optimisme om in een verandering te slagen een belangrijke rol. Is dit optimisme over het eigen kunnen niet aanwezig of overwegen de waarde die men aan het huidige gedrag toekent de waarde die men toekent aan hoe men zal zijn na verandering dan zal men geen beslissing nemen of eerder terugvallen in de precontemplatiefase.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 1 – Inzicht in middelenmisbruik:

'Theoretische uiteenzetting'

Pas na de beslissing komt men in de fase van **actie** (de behandeling, de rookstop, ...). Deze fase is de fase waarin therapie zich in enge zin situeert.

De laatste fase is de **consolidatiefase**. In deze fase wordt men geconfronteerd met impulsieve hervul-triggers of met overwegingen omtrent andere waarden dan deze die aanleiding hebben gegeven tot de beslissing naar verandering (was ik niet gelukkiger als ik nog gebruikte, had ik niet meer aanzien,...). Vanzelfsprekend is dit de fase van hervulpreventie. Dit is de fase waarbij de gedachten aan gebruik uitdoven en men de zogenaamde **permanente uitgang** kan nemen.

Het belang van deze motivatiecirkel is dat er uit blijkt dat mensen een redelijk uniforme dynamiek blijken te vertonen in het proces van tot verandering komen en dat interventies van de hulpverlening zinvoller en effectiever zijn indien men met de fasen van veranderingsbereidheid rekening houdt.

Dit model en de ermee gepaard gegane onderzoeken geven een verklaring waarom een groot aantal mensen ondanks de negatieve gevolgen van hun verslaving zo moeilijk tot verandering komen: ofwel wegen de voordelen van de verslaving op tegenover de nadelen of men maakt om allerlei redenen de balans niet op. Bij personen in de precontemplatiefase stelt men vast dat de overgang naar volgende fasen vergemakkelijkt wordt door bepaalde ontwikkelingen bij hen zelf of in hun onmiddellijke omgeving. Een aantal voorbeelden zijn: de overgang van de adolescentie naar volwassenheid, de midlife-overgang, het krijgen van kinderen, het krijgen van oudere kinderen die kritiek uiten, de reacties van een (nieuwe) partner, de werkomgeving.

Het is aangetoond dat het krijgen of toenemen van gezondheidsklachten de overgang naar volgende fasen kan stimuleren.

Essentieel in de hulpverlening is de vertrouwensrelatie. Een vertrouwensrelatie is een relatie waarbinnen de stimuli naar verandering, veranderingsprocessen en weerstanden open kunnen besproken worden. Hierbij dient de hulpverlener zich te kunnen identificeren met de cliënt en vice-versa.

Men wordt geconfronteerd met personen met een gekneusd eigenwaardegevoel waardoor het optimisme in het slagen van een verandering laag is en waarbij de beslissing naar verandering daardoor moeilijk genomen wordt.. Een confronterende aanpak dreigt hier het eigenwaardegevoel nog meer aan te tasten. De re-integratiemogelijkheden zijn vaak beperkt (gebrek aan opleiding, inkomen, aanwezigheid van psychische stoornissen) waardoor ook de verwachtingen die men (zichzelf) kan voorspiegelen na een gedragsverandering niet erg hoog zijn.

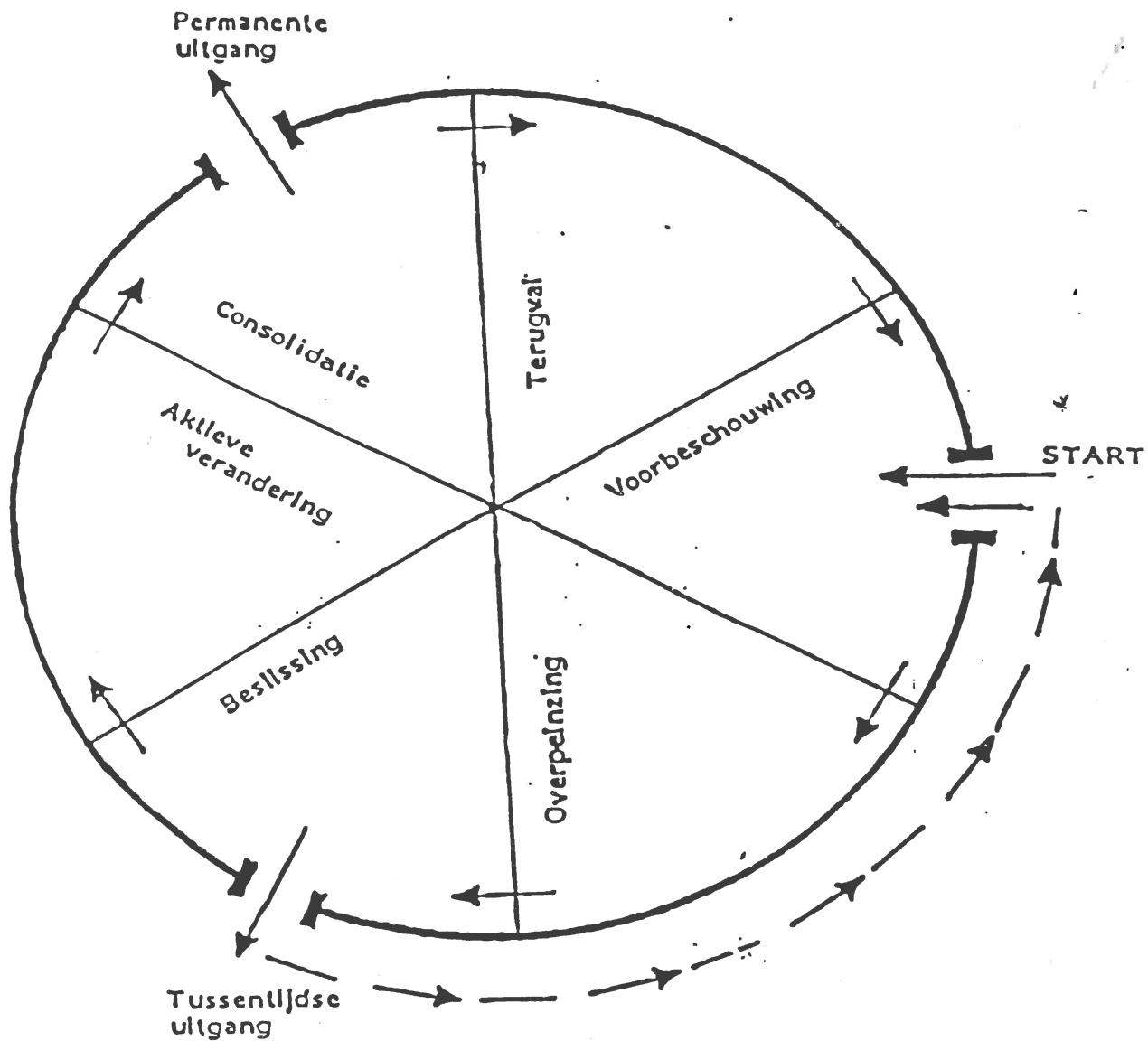
Het frekwente **hervul** geeft vaak nog een extra deuk aan het eigenwaardegevoel. 70 tot 80 % van de afhankelijke personen die het gebruik stopten hervallen binnen het jaar. Een 80 % geeft het daarbij niet op en gaat terug over in de contemplatiefase. Om die reden raadt men aan hervul eerder als regel dan als uitzondering te beschouwen en niet te dramatiseren.

Dit overzichtelijke doch complexe model geeft aan dat er geen eenvoudige oplossingen zijn voor complexe problemen: de bereidheid tot verandering is niet vanzelfsprekend en wordt bepaald door veranderingen bij de persoon en zijn omgeving. Deze bereidheid kan beïnvloed worden maar er is hierbij geen standaard-aanpak. De complexiteit dwingt ertoe op het juiste moment, de juiste interventies te plannen. Deze interventies starten best op het niveau van symptomen en situaties (bewustwording, impuls-controle, deconditionering, ondersteunende relaties), maar dienen vaak verdergezet te worden op vlak van het veranderen van onaangepaste cognities, interpersoonlijke conflicten, familiale en systeemconflicten en intrapersonlijke conflicten. Een aangepast tempo (geduld in de precontemplatieve en contemplatieve fase, kordaatheid in de actiefase) en een juist evenwicht in de gekozen technieken (ondersteunend, observerend, interpreterend, confronterend, omgaan met externe dwang en autonomie) zijn hierbij essentieel.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 1 – Inzicht in middelenmisbruik:
'Theoretische uiteenzetting'

De module wordt hierbij afgerond met een psychologische benadering. Toch sluit deze mooi aan op een benadering vanuit somatische gezondheidszorg en sociaal werk. Ook harm reduction en eerstelijnsgezondheidszorg kunnen ingepast worden binnen de benadering van symptomen en situaties (de eerste en meest noodzakelijke interventies) of deze voorafgaan voor de grote groep die zich in de precontemplatieve fase bevindt.

De veranderingscirkel



Naar: Prochaska en
Diclemente (1982)

METHODIEK 2 : CASUSBESPREKING

Duur: 30 minuten

1. Doelstellingen

De theoretische inzichten kunnen toepassen in herkenbare casussen met betrekking tot het inschatten van een drugprobleem in de huisartsenpraktijk

2. Werkwijze

Met betrekking tot concrete gevallen uit de huisartsenpraktijk aan de huisartsen vragen een inschatting te maken van de ernst van het drugprobleem, van de nood aan een eventuele interventie en van de mate waarin de patiënt ontvankelijk zal zijn voor interventies, dit op basis van de uiteenzetting over de fasen in gebruik, het multifactorieel karakter van een drugprobleem (de verschillende probleemterreinen) en de stadia van gedragsverandering.

De deelnemersgroep wordt in subgroepjes opgesplitst.

Aan de hand van volgende richtvragen kan de opdracht verduidelijkt worden:

- In welke fase van druggebruik kan je deze patiënt situeren?
- In welke fase van motivatie tot gedragsverandering kan je de patiënt (en eventueel de omgeving) situeren?
- Welke criteria hanteert u om deze beoordeling te maken?
- Zijn er ontbrekende gegevens om een beoordeling te kunnen maken? Welke?

Nadien volgt een plenaire bespreking.

3. Tips voor bespreking

- Men kan de aandacht vestigen op relevante vragen vanuit de huisartsenpraktijk:
 - Wie, wat, waarom, waarom nu?
 - Hoe ernstig? Wat is pluis/niet pluis?
 - Wat moet/kan je als huisarts nu doen? (geen praktische antwoorden, wel visieontwikkeling, bvb harm-reduction)
- Het is niet de bedoeling criteria aan te reiken om objectief de ernst van een probleem vast te stellen. Dit kan immers niet. Een probleem is pas een probleem als het een probleem is voor de organisatie, de naaste omgeving (gezin, werk, school,...), de persoon in kwestie zelf.

4. Materiaal

Casussen

5. Deelnemersmap

- Werkblad Casussen

Enkele voorbeelden van casusbespreking

1. Monique

1. Wie is hier de patiënt: moeder, zoon of koppel?
2. Niet duidelijk hoe lang Harm gebruikt of hoe frekwent: dit maakt het inschatten van de fase van druggebruik moeilijk
3. Mogelijke functies van gebruik: experimenteren, coping spanningen thuissituatie, andere?
4. Fase van gedragsverandering:
 - Harm: voorbeschouwing
 - Monique: beslissingsfase (druggebruik, relatieproblemen)? – zij wil iets aan de situatie doen, is initiatiefneemster met betrekking tot de consultatie
 - Vader: beschouwingsfase? – brengt relatieproblemen aan

2. Rudy

1. MMM: al heel wat ervaring voor zijn leeftijd, en niet alleen met drugs, volwassen indruk; zit in 'drug-rijke' omgeving (beschikbaarheid); beïnvloedbaar? "Het komt gewoon op jje af"; geen info over thuissituatie, sociaal leven
2. Functie van gebruik: afhankelijk van het product
 - cannabis (dagelijks-regelmatig-afhankelijk?): enkel om te ontspannen? Wat als hij niet gebruikt?
 - Alcohol, cocaïne, speed (weekend): experimenteren?
3. Stadia van verandering: beschouwingsfase - beperkte mate van bezorgdheid (cf de 2 consultaties op 1 week)

3. Steven

1. Gebruik: beperkt tot captagon en koffie; zeer situatiegebonden namelijk examenperiode, wel 'elke' examenperiode
2. Functie? Wat als hij geen captagon heeft?
3. Stadia van verandering: beslissing – zich bewust van de gevolgen op vlak van slaap- en eetgewoontes; welk is het risico dat dit gebruik zich ook vertaalt naar andere situaties?

4. Georges en Marie

1. Gebruik: beiden afhankelijkheid, verloedering
2. Stadia van verandering: beiden voorbeschouwing (niet bewust van probleem) of beslissing (beslissen om door te gebruiken?); voor Marie is het gebruik in vraag stellen taboe, zij chanteert de arts door boos te worden; doel = harm-reduction

5. Myriam

1. Gebruik: afhankelijk van alcohol, zou nu onder controle zijn maar is dat zo? In welke mate minimaliseert zij haar gebruik?; serieuze implicaties ten gevolge van gebruik (werkloos, fysisch, dakloos, sociale isolatie)!
2. Functie van gebruik: begonnen naar aanleiding van troosteloos verleden?
3. Stadia van verandering: voorbeschouwing – ondanks lichamelijke klachten blijft ze doordrinken, minimaliseert

Werkblad Casussen

Casus 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Opdracht:

-
-
-
-
-
-

Discussie in subgroepjes:

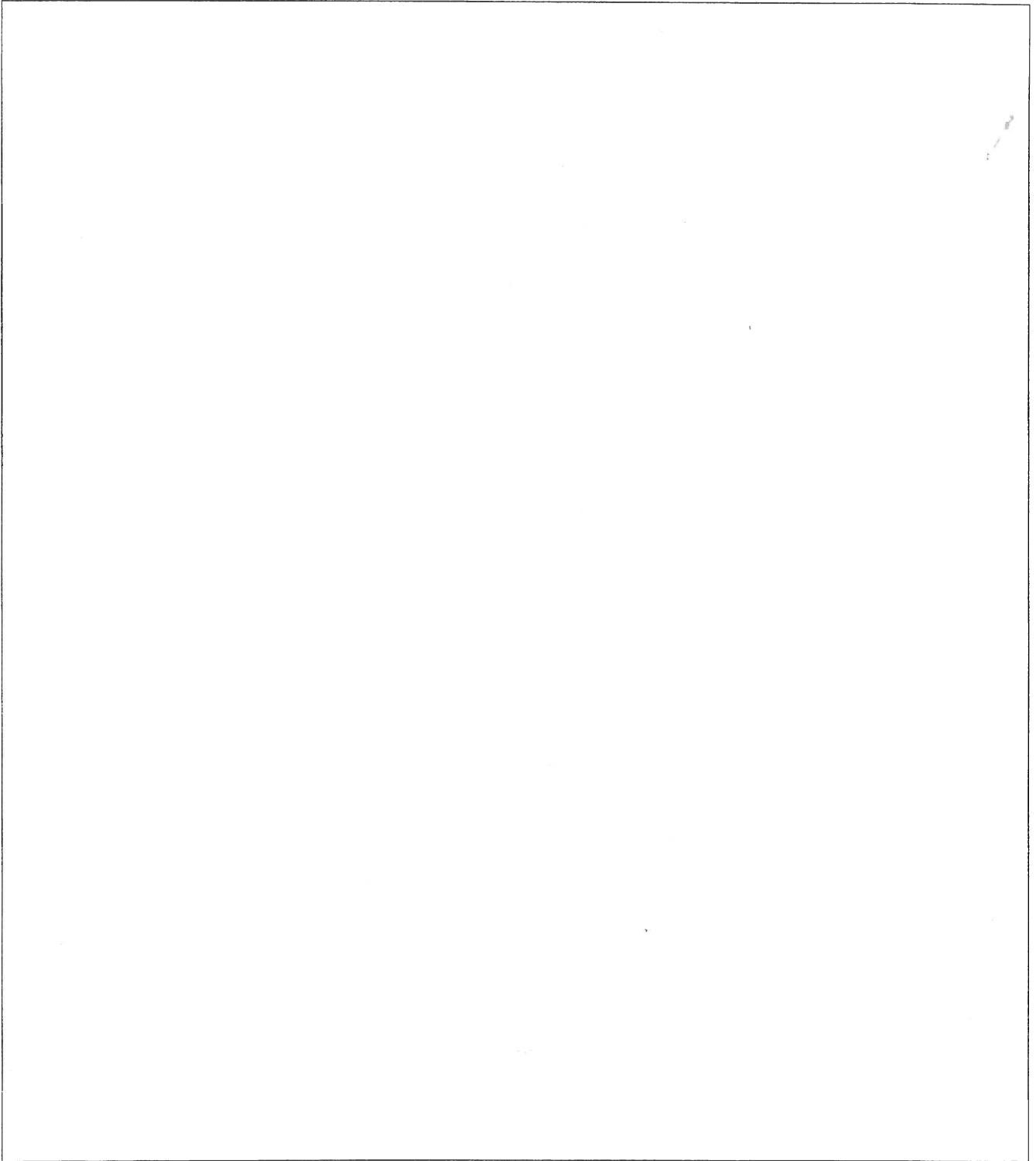
-
-
-
-
-
-

Plenaire bespreking:

-
-
-
-
-
-

DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 1 – Inzicht in middelenmisbruik:
'Casussen'

Belangrijke aandachtspunten:



1. Monique

Vijfendertig, boekhouder, sinds vijf jaar bekend met psoriasis.

Monique komt op raadpleging. Haar vijftienjarige zoon Harm is sinds twee dagen niet thuisgekomen. Op zijn kamer heeft zij een joint gevonden. Hij is op de school gesignaleerd als afwezig. Zij maakt zich de grootste zorgen. Bovendien heeft zij een afwezigheidsattest nodig voor de school van de zoon.

De huisarts kan geen ziekteattest schrijven omdat de zoon niet aanwezig is. Monique zelf is helemaal over haar toeren en kan zelf zo'n attest gebruiken.

Later laat de vader van zich horen, die zich geweldig druk maakt. Het blijkt dat er spanningen zijn in het koppel en Harm speelt daar zo zijn eigen rol in. Harm sluit zich op in koppig stilzwijgen als hij het beloofde afwezigheidsattest komt ophalen. Hij verklaart geen verdere hulp nodig te hebben.

2. Rudy

Hij is zestien en raadpleegt een maandagmorgen met barstende hoofdpijn. Na wat nutteloos gescherp brengt de vraag "Wat heb je gisterenavond gedaan?" het volgende antwoord aan het licht: hij heeft een wilde nacht meegemaakt met vrienden, er is nogal wat gedronken en iemand had cocaïne mee. Ook laat hij zich ontvallen geregeld cannabis te roken.

Tijdens een tweede raadpleging later op de week komt hij op de zaak terug. Hij is 's morgens opnieuw niet tijdig uit bed gekomen en heeft een ochtend gemist. Hij klaagt van vergeetachtigheid en angsten, en vraagt of dit iets met drugs te maken kan hebben. Dit schept de gelegenheid om een precies beeld te krijgen van het druggebruik : voornamelijk 's avonds in de cannabis en in het weekend wel eens alcohol, cocaïne of speed, al naargelang wat voorbijkomt, zonder zelf op zoek te gaan naar spul. «Het komt gewoon op je af.»

Op school gaat het niet slecht, op de twee recente afwezigheden na. Hij kan goed meekomen met de klas en heeft geen enkel jaar overgedaan. Hij geeft ook wat levenswijsheid betreft een redelijk volwassen indruk. Het gesprek komt op wat je waardevol vindt in het leven.

3. Steven

Steven is 23 en student in de rechten. Net voor de examenperiode komt hij een voorschrift voor Captagon vragen om beter te kunnen studeren. Zo heeft hij het al elke examenperiode gedaan. Na de examens stopt hij de Captagon en slaapt enkele dagen na elkaar goed uit. Hij weet zelf te vertellen dat het gebruik van stimulerende middelen soms doet vergeten te eten en dat hij zich sowieso tijdens de examens goed dient te voeden. Behalve koffie is er geen verder gebruik van roesmiddelen.

4. Georges en Marie

Georges drinkt en Marie slikt. Op huisbezoek ligt het huis er slordig bij en er is de nadrukkelijke aanwezigheid van een grote hond. Marie heeft de dokter geregeld nodig, bijvoorbeeld voor een reeks tranquillizers en slaapmiddelen die ze beweert nodig te hebben om het leven aan te kunnen. Vaak kan ze de deur niet uit en laat ze de arts komen. Op een goede dag weigert de arts deze weg nog verder te gaan, wat leidt tot een hoog oplopend gesprek, waarbij Marie op boze toon haar miserie vertelt uit verleden en heden.

5. Myriam

Myriam is 38. Zij heeft een paramedische opleiding genoten, waar ze relatief trots op is, maar ze is de afgelopen tien à vijftien jaar niet aan het werk geweest en leeft chronisch van de werkloosheidsuitkering.

Dankzij methadon komt het spoedig tot een stoppen van het heroïnegebruik. Zij consulteert regelmatig sinds nagenoeg vijf jaar en in die tijd is gebleken dat haar werkelijke probleem niet de heroïne is, laat staan de methadon, maar wel de alcohol.

Haar medisch dossier laat een lijdensweg vermoeden die evenwel niet tot stoppen van het drinken heeft geleid. Hepatitis C, gemengde cirrose (viraal en ethanol), pancreatitis, maagulcus, oesophagitis, ascites, bloedende slokdarmvarices die dringend gescleroseerd worden, en ten slotte een hersenbloeding met hemiparesie en afasie.

In al die tijd is zij verschillende keren in grote algemene ziekenhuizen opgenomen, soms op de psychiatrische afdeling, maar meestal komt het na enkele dagen, wanneer zij weer bij positieven is gekomen, tot een geëist ontslag. Alleen in het geval van de hersenbloeding kwam het tot een maandenlange opname op verschillende diensten, waarna zij werd ontslagen zonder ontslagbrief of enige vorm van rapportage. Intussen is haar huiseigenaar een procedure tot uitdrijving begonnen. Ondanks hulp van maatschappelijk werkers van gemeente en ziekenfonds wordt de uitdrijving een feit en is zij dakloos.

Ze leeft een tijdje in een opvangtehuis en gaat zich ten slotte aan de kust vestigen. Om de twee weken neemt zij de trein naar Brussel om de huisarts en de grootmoeder te bezoeken. Zij is rustiger geworden en heeft het alcoholprobleem onder controle, al heeft zij nog haar zwakke momenten.

Ook hier is met de jaren een zicht ontstaan op een troosteloos verleden. Beide ouders hebben zich doodgedronken en Myriam heeft allerlei vormen van opvang gekregen in haar jeugd, wat een normale familiesituatie niet mocht te vervangen. Haar broer is in de gevangenis terechtgekomen en zij kan zich op niemand verlaten behalve op haar vriend Fons, met wie ze jarenlang een af-aan-relatie heeft, en die het op gezette tijdstippen niet meer ziet zitten en nog maar eens zijn biezen pakt.

6. Marc

Marc is tweeëndertig en vader van een zoontje Steve met Paula, die er dertig is.

Ze komen al jaren naar de praktijk. Eerst samen, later apart. Ze zijn nog niet getrouwd en ze zijn al gescheiden. Het zoontje woont bij de moeder maar de vader wil er graag meer bij betrokken worden. Een weekend bezoekrecht op twee weken vindt hij te weinig, en tijdens de paasvakantie wil hij het kind een week houden, wat door de moeder wordt verhinderd door het kind in te schrijven in een opvangprogramma.

Er ontstaat een conflict waarop de arts van beide kanten een zicht krijgt en een bemiddelende rol speelt. Beiden nemen matige doses methadon. Elke poging tot afkicken heeft tot hervaal geleid. Sinds vijf jaar ongeveer komen ze zeer regelmatig naar de raadpleging en ze krijgen een voorschrift voor twee weken mee. Hij weet zich via PWA-opdrachten goed in leven te houden, en evolueert naar het zoeken van een vaste job, waarin hij zich fysiek kan uitleven. Zij volgt een cursus informatica. Het kindje gaat naar de crèche en wordt met liefde omringd.

De laatste tijd vragen ze zelf naar vermindering van de dosissen, die gedaald zijn van veertig à zestig gedurende de langste tijd naar min of meer vijftien milligram methadon per dag. Het ziet ernaar uit dat ze beiden hun leven op orde krijgen.

7. Marcia

Marcia (36) is uit de gevangenis ontslagen en leeft samen met een vriend in een onvoorstelbaar verkrotte woning in de kansarmoedebuurt, zoals de huisarts tijdens een huisbezoek kan vaststellen.

Marcia ligt wenend op de grond, huilt van de pijn en moet overgeven. Minstens een deel van de symptomen zijn ontweningsverschijnselen, en methadon brengt snel verlichting, zodat 's anderendaags beter kan worden gepraat.

Zij neemt Rivotril en heeft op haar leeftijd menopauze problemen. Er wordt naar de gevangenisdokter geschreven om hier meer over te weten. Zij komt regelmatig op de raadpleging. Een keer heeft ze een attest van slagen en verwondingen nodig, vanwege haar vriend, een andere keer komt ze duidelijk onder invloed van kalmeermiddelen en/of alcohol naar de arts. Er wordt haar in niet mis te verstane bewoordingen duidelijk gemaakt dat dit onaanvaardbaar is.

Meet de tijd ontpopt Marcia zich tot een opgewekte meid. Zij kleedt zich met zorg, is opgemaakt, wil vermageren en slaagt daar ook in. Alleen haar menopauze probleem komt niet tot een oplossing ondanks de hulp van een geraadpleegde gynaecoloog. Het vooruitzicht geen kinderen te hebben valt haar zwaar. Er komen verhalen uit het verleden naar boven: verhalen van misbruik, van plaatsing, van teleurstellingen en een harde grauwe jeugd die diepe sporen heeft nagelaten.

De methadon wordt zeer geleidelijk verminderd met langen tussenpauzes waar er niets verandert en er wordt veeleer gewerkt aan het gebruik van kalmeer- en slaapmiddelen die ze in relatief grote hoeveelheden blijft gebruiken.

8. Philippe

Philippe is 28 en komt met een dubbele vraag : behandeling voor zijn verslaving en een attest dat zijn afwezigheid op het werk met twee dagen vertraging moet rechtvaardigen.

Hij rookt nogal wat cannabis en is sinds enkele maanden ook heroïneverslaafd. Hij gaat in het zwart gekleed, praat met neergeslagen ogen zonder de arts aan te kijken en doet nogal wat depressieve uitlatingen. Hij kan 's avonds niet inslapen en 's ochtends niet uit bed komen. Ook heeft hij rare gewaarwordingen die hij niet onder woorden kan brengen. Zo beweert hij over telepathische gaven te beschikken.

Van het werk komt de mededeling dat er wat te veel afwezigheden zijn, die niet altijd door een attest zijn gedekt. Ook wordt Philippe op het werk er (valselijk ?) van beschuldigd een fles drank te hebben onvreemd. Hij verschijnt op de raadpleging samen met zijn moeder en er wordt afgesproken, in het licht van de ernst van de depressie, de eigenaardigheden van het verhaal en het gebrekkige sociale functioneren naar opname te zoeken in de streek waar de familie woont, in het Zuiden des lands.

Enkele dagen later meldt de psychiatrische instelling dat Philippe opgenomen en alweer ontslagen is. De diagnose luidt schizofrene floride psychose en de huisarts krijgt van de psychiater de opdracht een behandeling met Risperdal op te starten. Dit lukt niet goed en Philippe wordt voor langere tijd opgenomen in een andere psychiatrische instelling die hem verder begeleidt.

9. Mustafa

Mustafa is dertig en heeft van zijn volwassen leven de helft in de gevangenis doorgebracht.

Hij stamt uit één van de meest kansarme gezinnen van onze kansarmoedebuurt. Hij kan lezen noch schrijven en heeft geen enkele opleiding afgemaakt. Hij is jaren geleden in de praktijk in ongunstige zin opgevallen doordat hij op een dreigende wijze Rohypnolvoorschriften eiste. Hij staat bekend als een bagarreur. Alle pogingen om hem een aanvaardbaar gedrag aan te praten sloeg hij in de wind. In die jaren heeft hij nogal wat wandaden en misdrijven op zijn kerfstok gekregen.

Hij is dakloos geworden en een zoveelste keer in de gevangenis beland. Nu hij weer ontslagen is, komt hij na al die jaren vertellen dat hij van zijn heroïneverslaving af wil door methadon te gebruiken. Hij wil werk zoeken en een normaal leven leiden. Sinds vier weken komt hij regelmatig raadplegen, iets wat hij in het verleden nooit kon opbrengen. Hij gebruikt niet meer, wordt rustiger en er valt met hem te praten. Middels het uitreiken van behandelingsattesten is er contact met de probatiebeambte. Mustafa keert zich naar het geloof, en hij probeert een verzoening met zijn ouders te bewerkstelligen, wat moeizaam lukt.

In de gesprekken komt het voor de eerste keer tot een zicht op de weinig rooskleurige perspectieven waarmee deze jongeren sinds jaar en dag wordt geconfronteerd, het racisme, de confrontaties met orde en gezag, de ontmenselijking.

10. Abdellah en Marleen

Hij is 23 en zij is 21. Ze zijn verslaafd aan heroïne en zij is zwanger.

Ze komen eigenlijk vragen – of liever, hij komt vragen – naar een verwijzing voor abortus. Helaas bedraagt de zwangerschapsduur vier maanden, zodat een vruchtafdrijving wettelijk niet meer kan. Hoewel er mogelijkheden in het buitenland bestaan, gaat het gesprek dra ook over de heroïneverslaving en wat daarmee moet gebeuren. Beiden aanvaarden dat ze onmiddellijk met heroïnegebruik zullen stoppen, dat ze in de plaats daarvan methadon zullen nemen, en dat ze een week zullen nadenken over het abortusvraagstuk, waarover ze intussen heel wat informatie hebben gekregen : wettelijke mogelijkheden, kostprijs, nadelen en voordelen. Ook krijgen ze de raad mee het liefst onderling eens te worden.

Zes maanden later

Marleen en Abdellah komen om de week naar de raadpleging. Het is niet tot zwangerschapsafbreking gekomen en ze hebben intussen een kind. Ze gebruiken methadon en daarnaast (vooral hij) af en toe benzodiazepines, soms op een onaangepaste manier, wat hem stevig wordt afgeraden. Ze hebben zich in orde gesteld met werkloosheid en ziekenfonds.

Zes maanden later

Marleen en Abdellah komen min of meer regelmatig op de raadpleging. Op een vrijdagavond komen ze in een toestand van opgewondenheid en scherpgeslepen zenuwen. Abdellah is onder invloed van Rohypnol en eist een voorschrift voor dit middel. Dit wordt hem geweigerd, waarop hij in woede ontsteekt. Op het einde van een woelig verlopen raadpleging stemt hij ermee in dat hij met Rohypnol moet stoppen, zoals ook gewenst door Marleen. Bovendien stemt hij ermee in zijn Rohypnolvoorraadje (bestaande uit zes pillen) aan de arts te overhandigen.

Zes maanden later

Het kind gaat intussen naar de crèche. Er zijn heel wat dingen veranderd : beide ouders werken af en toe in interimjobs en via de arbeidsbemiddeling. Ze verhuizen naar een betere woning. Af en toe komt het nog tot paniek als er weer een deurwaarder verschijnt in verband met onbetaalde boetes, als een strafrechtzaak eindelijk aan behandeling toe is en er is een attest van behandeling vereist, of door toedoen van familiale conflicten. Zo is er wel een herval voorgekomen, waarna de dosis methadon wordt verhoogd. Naar aanleiding van de geboorte is zij een hele tijd met gebruiken en met methadon gestopt, maar na een herval wordt de methadonbehandeling voor de veiligheid weer ingevoerd.

METHODIEK 3 : AFRONDING / CONCLUSIES

Duur: 10 minuten

1. Doelstelling

- Voor zichzelf vertalen wat als onmiddellijk bruikbaar kan meegenomen worden naar de eigen huisartsenpraktijk
- Persoonlijke werkpunten resumeren

2. Werkwijze

- Vragen welke 'boodschappen' of aandachtspunten zijn blijven hangen
- Ruimte laten voor persoonlijke conclusies

Dit kan gaan over de rol die huisartsen kunnen opnemen inzake de aanpak van illegale drugproblematiek:

- het opbouwen van een relatie
- het inschatten van de ernst
- harm-reduction
- ...

Eventueel peilen naar de nood aan of de interesse voor de andere modules

3. Materiaal

'Boodschappen'

DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 1 – Inzicht in middelenmisbruik:
'Afronding en conclusies'

Boodschappen

Na de sessie kunnen volgende aandachtspunten blijven hangen:

Boodschap:

Als huisarts/hulpverstreker sta je niet neutraal.
Je eigen waarden en normen rond middelenmisbruik spelen mee!

Boodschap:

Er is geen breekpunt (bvb experimenteren: hoe lang is dit 'pluis'?): De diverse
levensterreinen in ogenschouw nemen

Boodschap:

Continuum: preventie --- curatie; plaats van harm-reduction op dit continuum

Boodschap:

Het bespreekbaar maken van middelengebruik/misbruik met de patiënt vraagt geen
gespecialiseerde aanpak. Iedere huisarts kan aan detectie doen.

Boodschap:

Werken met patiënten met een probleem van middelengebruik/misbruik vraagt tijd

*Draaiboek van
de modules*

*Module 2
Productinformatie*

Module 2 Productinformatie

DOELSTELLINGEN VAN DE MODULE

Deze module wil de verschillende illegale drugs bespreken en tonen.

Leerdoelen voor de huisartsen zijn:

- Kennisvermeerdering op vlak van de middelen en hun werking

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

METHODIEK : THEORETISCHE UITEENZETTING

Duur: 120 minuten

1. Doelstellingen

- Kennis nemen van de soorten drugs, de wijzen van gebruik, hun werking, de effecten, symptomen en risico's van gebruik, de sociale setting van gebruik
- Weten hoe de verschillende drugs er uit zien

2. Werkwijze

De producten worden *één voor één besproken en getoond*:

1. Uiteenzetting door een huisarts voor wat betreft de soorten drugs, de wijzen van gebruik, hun werking, de effecten, symptomen en risico's van gebruik
2. Het tonen van de drugs + uitleg over de sociale setting door een rijkswachter

Ruimte incalculeren voor het stellen van vragen (na ieder product en/of op het einde)

3. Aandachtspunten voor de trainer

- Het is belangrijk de rol van de rijkswachter op voorhand goed af te bakenen en dit tijdens de sessie ook goed te bewaken
- Variant op de demonstratie: diareeks (NIAD), foto's
- Indien geen deskundige arts/spreker beschikbaar:
 - beperken tot de grote lijnen en verwijzen naar tekst map, lijst internet-adressen (= aanzetten tot zelfstudie) of naar een deskundige arts waar zij met hun vragen terecht kunnen (bvb arts MSOC)
 - belangrijk is hen nieuwsgierig te maken zodat ze zelf op zoek gaan naar informatie
 - doorspekken met praktijkvoorbeelden: kennisverbreding aan de hand van concrete patiëntensituaties
- Artsen inzicht meegeven dat niet alles parate kennis moet zijn: vertrekken vanuit het gegeven iets niet te weten: opzoeken + leren zeggen 'ik weet het niet'

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

4. Materiaal

Tekst uiteenzetting + slides

5. Deelnemersmap

Tekst uiteenzetting + slides

VSPP-brochure over productinformatie

Folder + sticker van de Druglijn

VAD-folders: productenfolders, folder over zwangerschap

DE MIDDELEN EN HUN WERKING

*Dr. Rita Verrando, MSOC Genk
Februari 2000*

De mens is een erg nieuwsgierig wezen dat door de eeuwen heen allerlei stoffen heeft ontdekt om sterker of alerter of kalmer te zijn, stoffen om 'afwezig' te zijn van de omgeving of om zich gewoon goed te voelen. 'Drugs' zijn van alle tijden en zolang er mensen bestaan, zullen drugs een wezenlijk deel uitmaken van hun leefwereld...

Druggebruik evenals -misbruik en -afhankelijkheid nemen steeds maar toe in onze maatschappij. Zelden beperkt een druggebruiker zich tot één drug, meestal gaat het om meervoudig druggebruik of polytoxicomanie en zeer vaak behoren alcohol, tabak en kalmeringsmiddelen tot de partners.

In de hitparade van afhankelijkheidsproblemen staat alcohol (alleen gebruikt) als probleemdrug op een onaantastbare eerste plaats.

Buiten het louter chemisch-farmacologisch effect van de drug(s) moet er in geval van intraveneus spuitende druggebruikers ook rekening gehouden worden met de complicaties eigen aan deze manier van gebruiken: doorgeven van HIV-, Hepatitis B- of Hepatitis C-besmetting.

Verder speelt ook de levenswijze van de druggebruiker een niet te onderschatten rol: verwaarlozing, een slechte voedingstoestand, geen of beperkte prenatale opvolging, verhoogde incidentie van seksueel overdraagbare aandoeningen...

1. WAT ZIJN DRUGS?

'Drugs' zijn middelen, legaal of illegaal te verkrijgen, die invloed uitoefenen op het bewustzijn, op het gevoel en op de zintuigen en die als genotmiddel kunnen gebruikt worden.

Sommige drugs zoals koffie, alcohol, tabak, ... zijn maatschappelijk aanvaard, een aantal andere worden min of meer gecontroleerd gebruikt (b.v. medicatie) en een aantal drugs zijn maatschappelijk niet aanvaard, de zogenaamde illegale drugs (cocaïne, heroïne, marihuana, ...)

1.1. De middelen

Drugs zijn in een drietal groepen in te delen:

- opwekkende of stimulerende middelen (cocaïne, amfetamines, nicotine, cafeïne, ...)
- bewustzijnsveranderende, -verruimende middelen of hallucinogenen (marihuana, hasj, LSD, mescaline, psilocybine, ...)

Samenwerkingsverband VAD-CGG

Vormingsaanbod huisartsen inzake de aanpak van illegale drugproblematiek

Trainersmap

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

-
- verdovende of dempende middelen (opiaten, alcohol, barbituraten, benzodiazepines, ...)

Daarnaast zijn er de vluchtige snuifmiddelen, zij werken dempend en hallucinogeen (bv. lijmen, ontvlekkers, benzine, ...) en de designer drugs, zij werken opwekkend en hallucinogeen (bv. ecstasy).

1.2. Termen

Tolerantie (gewenning)

Bij verschillende drugs vermindert bij geregeld gebruik hun effect. Daarom wordt vaak de dosis opgedreven om het effect te behouden. Hiervoor zijn verschillende redenen.

Ten eerste zijn de meeste middelen waarover we hier spreken lichaamsvreemd en worden door de lever met de hulp van enzymen afgebroken. Bij veelvuldig gebruik van het middel past de lever zich aan door de aanmaak van meer enzymen. Hierdoor kan de oorspronkelijke dosis sneller worden afgebroken en wordt het effect dus kleiner. Wanneer de lever niet meer goed functioneert kan de gewenning verminderen.

Een tweede reden is dat het zenuwstelsel zelf minder gevoelig wordt voor het product waaraan het frequent wordt blootgesteld (zo heeft ook het frequent gebruik van tafalzout een verlies van de gevoeligheid van de smaakpapillen tot gevolg).

Gewenning is een eigenschap die afhankelijk is van het product en niet van de gebruiker: bij regelmatig gebruik van bv. heroïne zal er gewenning optreden onafhankelijk van de wil van de gebruiker.

Gewenning is ook een tijdelijk verschijnsel: als het product enige tijd niet meer gebruikt wordt, verdwijnt de gewenning.

Ten slotte is gewenning ook afhankelijk van de omgeving: een tolerantie opgebouwd in één bepaalde omgeving, kan volledig verdwenen zijn in een andere omgeving. Dit verklaart waarom, bijvoorbeeld, een heroïnegebruiker gemakkelijker een overdosis krijgt als hij zijn gewone dosis gebruikt in een vreemde omgeving.

Bij sommige producten bestaat een fenomeen dat als 'negatieve tolerantie' kan omschreven worden: bij geregeld gebruik is steeds minder product nodig om een bepaald effect te verkrijgen.

Intoxicatie (vergiftiging)

Toestand waarbij een verstoring van de normale biochemische processen optreedt, ten gevolge van de - in ongewone hoeveelheden - aanwezigheid van een bepaald product in het lichaam. Dit kan aanleiding geven tot gedrags- en ervaringsstoornissen en tot onherstelbare letsels aan de hersenen of aan andere organen.

Gecombineerd gebruik

De combinatie van twee drugs kan twee types van interacties teweeg brengen. Ten eerste kan het effect van de combinatie groter zijn dan het effect van de drugs apart toegediend. Men spreekt van een *additief* effect als het effect van de combinatie overeen komt met de som van de effecten apart toegediend: $2+2=4$. *Synergisme* betekent dat het gecombineerd effect de som van de effecten apart toegediend overtreft: $2+2=6$ of $2+2=10$. *Potentiëring* betekent dat een drug, die alleen gebruikt geen effect heeft, in combinatie met een drug met effect 2, als resultaat een effect 6 of 10 geeft: $0+2=6$ of $0+2=10$. Deze fenomenen zijn belangrijke oorzaken van dood door druggebruik vb. alcohol + tranquillizers, alcohol + heroïne.

Ten tweede kan het effect van de combinatie kleiner zijn dan het effect van de drugs apart toegediend: $6+4=3$. Dit fenomeen heet *antagonisme*. Het kan gebruikt worden in de behandeling van een overdosis vb. heroïne + naloxone.

Lichamelijke (fysieke) afhankelijkheid

Sommige drugs veroorzaken bij regelmatig gebruik lichamelijke afhankelijkheid. Dit betreft een toestand waarbij het lichaam van de gebruiker van een bepaald product zodanig is ingesteld op de aanwezigheid van dat product in het lichaam voor zijn lichamelijk welbevinden, dat het bij afwezigheid ervan ziek wordt. De symptomen die dan optreden, noemt men abstinentie-, afkick- of onthoudingsverschijnselen. Lichamelijke afhankelijkheid is een eigenschap die gebonden is aan de drug, en niet aan de gebruiker. Gebruik van de drug in kwestie heft de ontwenningverschijnselen op.

Er zijn twee belangrijke types van lichamelijke afhankelijkheid.

Het eerste type is de lichamelijke afhankelijkheid van de morfineachtige stoffen (symptomen zie bij 'Opiaten'). Alhoewel de ontwenningverschijnselen van het morfintype ernstig zijn, zijn ze meestal niet gevaarlijk.

Het tweede type van lichamelijke afhankelijkheid is het zogenaamde alcohol-barbituraattype. Dit type vinden we bij alcohol en bij de meeste slaap- en kalmeringsmiddelen. Dit ontwenningstype wordt gekenmerkt door angstaanvallen, rusteloosheid, slapeloosheid, nachtmerries en beven. Er kunnen stuipaanvallen voorkomen. In een klein aantal gevallen leidt de ontwenning zelfs tot hallucinaties ('delirium tremens'). Dit type kan levensbedreigend zijn en vereist steeds medische begeleiding.

Geestelijke (psychische) afhankelijkheid

Sommige gebruikers krijgen het na enige tijd moeilijk om controle te behouden over hun gebruik: ze raken zo gesteld op hun drug, dat ze zich niet meer goed voelen

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

zonder drug, zelfs al heeft dit nadelige gevolgen. Zodra de gebruiker de controle over het druggebruik verliest, spreken we over psychische afhankelijkheid.

Deze psychische afhankelijkheid hangt af van de drug zelf, van de persoonlijkheid van de gebruiker, de gebruikersgeschiedenis (hoe lang men gebruikt) en van omgevingsfactoren.

Craving

Deze term slaat op het stadium waarbij de psychische afhankelijkheid aanleiding geeft tot een bijna permanente preoccupatie (in denken en in gedrag) met het product. Het stopzetten van het druggebruik gaat dan gepaard met heel wat problemen. Er blijft een onstilbaar verlangen naar de drug in kwestie. De betrokkene is onrustig en prikkelbaar.

Verslaving

Verslaving is een toestand waarin een persoon ten gevolge van psychische en/of lichamelijke afhankelijkheid, de vrijheid verloren heeft een bepaald gedrag of productgebruik voor langere tijd te staken.

1.3. Het effect van drugs

Het effect van een 'drug' op geest en lichaam is afhankelijk van verschillende factoren:

- Productafhankelijke factoren: aanwezige versnijdingsproducten, zuiverheid, toxiciteit, vetoplosbaarheid, latentietijd, gebruikte dosis van het actief product, ...
- Gebruikersgeschiedenis: hoelang wordt het product gebruikt? Is er tolerantie?
- Eventuele combinatie met andere drugs: synergisme, antagonisme, ...
- Factoren afhankelijk van de gebruiker: geslacht, gewicht (% vet), ethnologische afkomst alsook de psychologische ingesteldheid (de verwachtingen van de persoon bv. placebo-effect)
- De wijze van gebruik, van toediening:

De vier belangrijkste toedieningswegen zijn:

- oraal
- via injectie
- via inhalatie
- absorptie doorheen de huid of de slijmvliezen

De orale inname

Dit is de oudste en gemakkelijkste manier om drugs in te nemen. Sommige natuurlijke, toxische stoffen smaken echter zo vies dat we ze dadelijk uitspuwen. Andere veroorzaken misselijkheid waardoor we ze overgeven. Daarenboven

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

heeft het maag-darmkanaal enkele natuurlijke barrières die de opname van stoffen niet eenvoudig maken (zuurtegraad van de maaginhoud, de slijmvliezen van de dunne darm, detoxificatie door de lever). Dit zijn allemaal storende hindernissen als het gaat om producten die we graag vlot opgenomen zien in de bloedbaan (bv. medicamenten). Maar in geval van twijfelachtige producten en drugs, die niet spontaan worden afgestoten, kunnen we profiteren van deze relatief lange absorptietijd. Het grootste gedeelte van de absorptie is afgewerkt na vijf à dertig minuten, maar het absorptieproces is meestal pas volledig na zes tot acht uren.

Dit geeft ons dan toch enige tijd om in te grijpen (vb. maag leegpompen) na een accidentele overdosis of na een zelfmoordpoging.

Alle drugs kunnen oraal genomen worden.

De injectie

Deze vorm van toedienen is een oplossing voor alle problemen die de orale toediening stelt.

De snelste manier van injecteren is de **intraveneuze (IV) toediening**. In een medische setting (b.v. bij urgenties) is dit een zeer interessante en vaak levensreddende toegangsweg.

Het grootste nadeel echter, is dat het effect van de IV ingespoten producten onomkeerbaar is, tenzij er een antidotum bestaat en onmiddellijk beschikbaar is, b.v. een IV injectie van heroïne bereikt de hersenen in minder dan 15 seconden, dit geeft niet alleen een zeer snel maar ook een zeer intens effect. Een letale overdosis gebeurt meestal op deze manier.

Veelvuldige injecties in hetzelfde bloedvat kunnen de ader irriteren en een lokale trombose veroorzaken (kan eventueel secundair infecteren → spuitabces).

Bij **intramusculaire injectie** is de absorptie trager, maar spieren zijn wel gemakkelijker te injecteren.

Een derde manier van injecteren is de **subcutane injectie**. Deze techniek geeft de traagste absorptie. De huid is zeer snel geïrriteerd en er kunnen slechts zeer kleine hoeveelheden ingespoten worden.

Elke manier van injecteren houdt in dat er spuiten, naalden en andere attributen (watten, lepeltje....) gemeenschappelijk kunnen gebruikt worden. Er is dus een inherent risico voor bacteriële of virale besmetting (hepatitis B, hepatitis C, HIV) bij het gebruiken van niet-steriel materiaal. Koorts bij een injecterende gebruiker is steeds een urgentie: endocarditis ten gevolge van een septische insputing moet dan uitgesloten worden.

Heroïne, cocaïne en speed worden vaak ingespoten.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

Inhalatie

Deze methode is naast de perorale weg de eenvoudigste, namelijk, producten in gasvormige toestand (damp) inademen. De longalveolen kunnen beschouwd worden als een zeer groot luchtoppervlak met vlak erachter een dicht netwerk van bloedvaten. Ons lichaam is zo erg afhankelijk van de zuurstof in de lucht die we inademen dat het een zeer efficiënt systeem heeft ontwikkeld om deze zuurstof overal waar nodig ter plaatse te brengen. Het gevolg van dit systeem is, dat het psychoactief effect van een ingeademde drug, zelfs sneller optreedt dan via intraveneuze injectie. De afstand van de longen naar de hersenen wordt afgelegd in 5 tot 8 seconden.

De grootste nadelen van deze gebruiksmethode zijn irritaties van de luchtwegen en de langetermijnverwikkelingen die kunnen optreden ter hoogte van de longen (COPD, longkanker). Teer, koolstofmonoxide en andere verbrandingsproducten worden immers ook ingeademd.

Op LSD na kunnen haast alle producten op één of andere manier ingeademd worden.

Absorptie doorheen de huid of de slijmvliezen

Hiermee wordt vooral het opsnuiven van producten via de neus bedoeld.

Eenmaal in de neus kleeft het product op de bloedvrijke slijmvliezen en lost zo op in de bloedbaan: **intranasale toediening**.

Andere methodes zijn: **de sublinguale toediening, de suppo of de transdermale patch**.

Typevoorbeelden voor intranasaal gebruik: cocaïne en speed.

2. OVERZICHT VAN DE MIDDELEN

2.1. Hallucinogenen of bewustzijnsveranderende middelen

2.1.1. Cannabis

Herkomst

Marihuana is 's werelds meest gebruikt hallucinogeen.

Marihuana en hasj zijn afkomstig van de hennepplant (*Cannabis Sativa*). Duizenden jaren lang bewees deze plant zijn economisch belang in het vervaardigen van touw, schoenen, zeilen en manden. In oude culturen gaat het gebruik van marihuana, als medicijn en als bewustzijnsveranderend middel bij rituelen, terug tot ver voor onze jaartelling. In onze streken werd marihuana ingevoerd door de Spanjaarden in de zestiende eeuw.

De actieve stof, THC (delta-9-tetrahydrocannabinol), werd geïsoleerd in 1964.

Marihuana (weed, wiet) bestaat uit de gedroogde en verkrumelde bloemtoppen en blaadjes van de vrouwelijke hennepplant. Het ziet eruit als fijne tot grove thee en varieert in kleur van grijs-groen tot groen-bruin. Bij weed varieert de concentratie van THC van 1 tot 4 procent.

Hasj ontstaat door delen van de hennepplant die met hars bedekt zijn te koken in een oplosmiddel, of de hars van de plant te schrapen. De hars wordt dan gevormd tot brokken die in kleur uiteenlopen van lichtbruin tot zwart. Bij hasj varieert de concentratie van THC van 8 tot 14 procent.

Hasjolie is een alcoholisch extract van marihuana of hasj. Hier varieert de THC-concentratie van 15 tot 60 procent.

Het harsgedeelte van de hennepplant, de bron van de werkzame stof, varieert naargelang van het klimaat waar de plant groeit. Hoge harsgehalten komen onder andere voor in Libanon, Nepal, Turkije en Mexico. Ook neder-wiet, afkomstig van bij onze noorderburen, zou van 'goede kwaliteit' zijn.

Gebruik

Marihuana en hasj worden in ons land meestal gerookt (blowen, smoren) in de vorm van een gerolde sigaret (joint, stick) of in een klein pijpje of waterpijp. Marihuana wordt soms ook verwerkt in voedsel (thee, spacecake).

Effecten

De effecten van het gebruik van henneproducten zijn heel verschillend. De hoeveelheid en de kwaliteit van het middel speelt een rol, maar ook de manier van gebruik en de verwachtingen en de persoonlijkheid van de gebruiker. De

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

henneproducten worden vaak in combinatie met andere middelen genomen (alcohol, speed, andere tripmiddelen, cocaïne) en dan is het effect onvoorspelbaar. THC werkt in op de cannabinoid receptoren, (eigenlijk zijn dit de anandamidereceptoren) die voorkomen op neuronen in verschillende plaatsen van de hersenen. Die plaatsen zijn verantwoordelijk voor het geheugen en het leerproces (de hippocampus), voor de concentratie (de hersenschors), voor de perceptie (sensorisch deel van de hersenschors) en voor de beweging (het cerebellum).

Als THC de receptoren activeert dan interfereert de stof met de normale werking van die hersenstructuren.

Bij gebruik van een lage tot een medium dosis veroorzaakt THC relaxatie, verminderde coördinatie, verlaging van de bloeddruk, slaperigheid, verminderde concentratie en een gestoorde waarneming van ruimte en vooral van tijd. De gebruiker voelt zich ontspannen met een prettig gevoel van vrolijkheid en spraakzaamheid. Er is de neiging om te giechelen en te lachen om onbenullige zaken.

Bij gebruik van een hoge dosis ontstaan hallucinaties, gaat de bloeddruk stijgen en het hartritme toenemen, de gebruiker is gedesoriënteerd en het geheugen is gestoord. Iemand die gewoon is matig te gebruiken, kan soms erg schrikken van deze effecten.

Bij roken van marihuana beginnen de effecten van THC een tiental minuten na het gebruik en kunnen 3 tot 4 uren duren. De effecten komen trager op gang, maar houden ook langer aan bij de perorale inname. Over het algemeen is er na het gebruik een gevoel van loomheid en slaperigheid. Een hongerig gevoel met soms behoefte aan zoetheid kan dan voorkomen.

Afhankelijkheid en tolerantie

Marihuana en hasj geven geen lichamelijke afhankelijkheid (?! Er zijn studies, die dit in twijfel trekken). Wel is er, zoals met alle stoffen die de geest beïnvloeden, kans op geestelijke afhankelijkheid.

Iemand die bijvoorbeeld marihuana gebruikt om meer ontspannen of spraakzaam te zijn, kan er afhankelijk van worden.

Over het algemeen treedt er bij het gebruik van marihuana en hasj geen tolerantie op.

Risico's

Lang niet alles is bekend over de werking van marihuana en hasj en zeker niet over de effecten op lange termijn. Wel weten we dat het de volgende risico's oplevert:

- marihuana en hasj zijn niet-aanvaarde middelen in onze samenleving. Het gebruik ervan isoleert de gebruiker in een bepaalde subcultuur en kan bijgevolg ernstige problemen opleveren op school, op het werk, met de politie, ...

Samenwerkingsverband VAD-CGG

Vormingsaanbod huisartsen inzake de aanpak van illegale drugproblematiek

Trainersmap

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

- het risico bestaat dat mensen in kringen waar henneproducten gebruikt worden, gemakkelijker in aanraking komen met andere illegale drugs zoals heroïne, speed en cocaïne.
- roken van marihuana en hasj kan het ademhalingssysteem aantasten. De hoeveelheid teer en koolstofmonoxide ingeademd door een marihuanaroker is 3 tot 5 maal hoger dan bij een sigarettenroker. Een joint bevat ook meer van het carcinogeen benzopyreen dan een sigaret. De rooktechniek bij marihuana, namelijk diep inademen en de rook een tijdje binnenhouden, biedt een grotere kans op blootstelling aan deze stof.
- regelmatig en langdurig gebruik van henneproducten kan het concentratievermogen, het geheugen en het leervermogen aantasten.
- effecten bij gebruik door de moeder tijdens de zwangerschap: THC heeft geen bewezen teratogeen effect en gaat niet gepaard met obstetrische verwickelingen. In de literatuur zijn wel enkele gevallen beschreven van 'foetal alcohol-like' syndroom (zie onder 'Alcohol').
Bij overdreven marihuanagebruik ziet men bij de baby een moeilijkere aanpassing aan lichte stimuli, wat zich uit in tremor, overdreven zuigreflex en een verstoord slaappatroon.
Effect bij gebruik tijdens borstvoeding: tijdens de eerste maand van de borstvoeding kan het gebruik invloed hebben op de motorische ontwikkeling van de baby (controle van de spierbewegingen).

2.1.2. LSD

Herkomst

LSD (lysergine saure(zuur) diethylamide) wordt in een chemisch laboratorium bereid uit lyserginezuur. Dit product is afkomstig van moederkoorn, een schimmel op graan. De hallucinogene werking van LSD werd op een eerder toevallige wijze ontdekt door de Zwitserse scheikundige Albert Hoffman in 1943.

LSD is een reukloos, wit, kristallijn poeder dat oplosbaar is in water. LSD is het krachtigste hallucinogeen dat gekend is: 100 maal sterker dan psilocybine en 4000 maal sterker dan mescaline. Voor een trip zijn slechts zeer kleine hoeveelheden nodig (100 tot 250 microgram; 1 microgram = 1 miljoenste gram).

LSD wordt in pilvorm, in capsules of in vloeibare vorm verhandeld. De meest gangbare gebruikersvorm is de LSD-papertrip: een stukje papier waarop wat vloeibare LSD is gedruppeld.

LSD werd in de jaren '50 experimenteel gebruikt in de psychiatrie en later recreatief in de flower-power periode van de jaren '60.

Gebruik

LSD wordt via de mond ingenomen.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

LSD kan ook worden gespoten.

Verschijselen en effecten

De effecten zijn zoals bij marihuana afhankelijk van de dosis die men neemt, de verwachtingen en de ervaring die men met het middel heeft.

LSD lijkt wat chemische structuur betreft sterk op de neurotransmitter serotonine. Men vermoedt dat de effecten van LSD veroorzaakt worden door stimulering van de serotoninereceptoren op de neuronen. Het is echter nog niet heel duidelijk wat precies de effecten van LSD veroorzaakt.

LSD-effecten zijn grillig en onberekenbaar. Een LSD-trip begint een uurtje na de inname, duurt gemiddeld 8-12 uur, met een piek tussen 3 en 5 uur na inname.

De zintuiglijke waarneming van tijd, afstand, zwaartekracht verandert. Er zijn vooral visuele hallucinaties (kleuren), euforie, een grote verbondenheid met de omgeving. Angst en misselijkheid kunnen optreden. De effecten kunnen afwisselend opwindend en angstaanjagend zijn.

Lichamelijke effecten: versneld hartritme, verhoogde bloeddruk, verminderde coördinatie, zweten, de pupillen verwijden, spierzwakte en beven, misselijkheid.

Dagen of weken, soms een jaar na gebruik van LSD kan het effect soms spontaan terug optreden, zonder dat opnieuw gebruikt wordt (flashback). Deze episodes zijn meestal relatief kort. De flashbacks kunnen ook bij gebruik van marihuana en hallucinogene pepmiddelen terugkomen.

Afhankelijkheid en andere risico's

Fysieke afhankelijkheid komt niet voor. Er bestaat wel gevaar voor psychische afhankelijkheid. Overdosis is zeer zeldzaam. Tolerantie treedt snel op, verhoging van de dosis geeft niet altijd het gewenste effect. Na enkele dagen abstinentie is de tolerantie weer volledig verdwenen.

Er kunnen een aantal psychologische problemen ontstaan als gevolg van gebruik van LSD. De subjectieve effecten kunnen omslaan in extreem onaangename gevoelens, angst, depressie, paniek en achtervolgingswaan. In sommige gevallen kan dit 'flippen' uren tot dagen duren (bad trip).

Onverschilligheid en apathie kunnen voorkomen.

De levendige flashbacks kunnen verontrustend zijn en paniek veroorzaken. Soms kunnen ze latente psychoses opwekken.

Het effect van LSD op de zwangerschap is onduidelijk. Uit observaties blijkt dat regelmatig gebruik van LSD tijdens de zwangerschap aanleiding kan geven tot spontane miskraam en congenitale misvormingen.

2.2. Opwekkende of stimulerende middelen

2.2.1. Amfetamines

Herkomst

Amfetamines of wekamines behoren tot de chemische pepmiddelen. In 1927 werd (dextro-) amfetamine in Los Angeles voor het eerst ontwikkeld door Gordon Alles als een synthetisch efedrine. Meth(yl)amfetamine wordt uitsluitend in illegale laboratoria gemaakt. Methamfetamine is beter vetoplosbaar dan amfetamine, hierdoor gaat het veel gemakkelijker door de bloed-hersenbarrière. Het effect is dus vergelijkbaar met het effect van amfetamine, maar krachtiger en het houdt langer aan.

Amfetamines verwierven in het begin een reputatie als antidepressivum, als broncho-dilatator en als eetlustremmer. Van de niet-medische toepassingen van amfetamines moet het gebruik als doping in de sport als eerste genoemd worden, verder het gebruik door studenten en truckers.

Tijdens de Tweede Wereldoorlog werden deze middelen aangewend door soldaten en vliegtuigpiloten om vermoeidheid te verdrijven en lichamelijke en geestelijke arbeid langer vol te houden. De Japanse kamikazepiloten waren onder invloed van amfetamine tijdens hun zelfmoordopdracht.

De epidemie van amfetaminemisbruik ontstond pas later, eerst in de Scandinavische landen en later waaide dit over naar de VS, Japan en het Europese continent. Op dit ogenblik worden amfetamines vooral door jongeren gebruikt. Het gaat hier haast uitsluitend over illegaal verkregen producten.

Straatnamen voor amfetamines zijn pep en speed.

In de medische wereld is het indicatiegebied voor amfetamines op dit ogenblik nog slechts uiterst beperkt: narcolepsie en ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Omwille van het risico op afhankelijkheid en de bedenking of men kan spreken van 'good medical practice', zijn amfetamines niet aangewezen als eetlustremmers. Methamfetamine kent geen medische indicaties.

Werking en gebruik

Amfetamines worden vooral via de mond ingenomen: capsules, tabletten, een vuilwit poeder ingepakt in dun papier (bommetje). Amfetamines kunnen ook gesnoven en ingespoten worden. Er is ook een inhaleerbare vorm op de markt: 'ice'. Ice is voor methamfetamine wat crack voor cocaïne is.

Effecten

Amfetamines stimuleren zowel het centraal zenuwstelsel als het perifere orthosympathisch zenuwstelsel.

Zij lijken qua structuur sterk op de neurotransmitters noradrenaline en dopamine. Het onmiddellijke effect van amfetamine wordt veroorzaakt door de verstoring van het evenwicht tussen de 3 belangrijkste neurotransmitters van het centraal zenuwstelsel, namelijk, noradrenaline, dopamine en serotonine. Het stimulerende effect is het gevolg van de verhoogde synaptische activiteit in het dopaminerge en noradrenerge neuro-transmittersysteem.

In kleine hoeveelheden heeft amfetamine een gunstig effect op intellectuele en lichamelijke vermogens: de concentratie en de creativiteit nemen toe, de stemming wordt opgewekt en de vermoeidheid verdwijnt.

Na roken of inspuiten ontstaat er onmiddellijk een rush of flash die enkele minuten duurt en als 'zeer aangenaam' ervaren wordt. Na snuiven ontstaat er na 3 tot 5 minuten een niet zo sterk 'high' gevoel. Na orale inname ontstaat er na 15 tot 20 minuten een high, die wel 12 uren kan aanhouden (bij methamfetamine!).

Als het, voor de gebruiker gewenste effect, namelijk de rush of de high, voorbij is blijft het lichaam nog een hele tijd in een staat van opwindings. Kortetermijneffecten van amfetamines zijn:

- versneld hartritme
- verhoogde bloeddruk
- verminderde eetlust
- pupildilatatie
- een gevoel van vreugde en kracht
- verminderde vermoeidheidsgevoelens

Het is duidelijk dat gebruikers, die op zoek gaan naar een nieuwe rush terwijl hun lichaam nog onder orthosympathische invloed is, ernstige risico's lopen.

Als het product volledig uitgewerkt is, voelt de gebruiker zich zowel fysiek als emotioneel volledig uitgeput: de 'crash'. Er ontstaat dan een sterke drang om terug te gaan gebruiken om dit gevoel te verjagen.

Bij herhaald gebruik verandert de beleving. De aangename effecten verminderen, niet alleen als reactie op de drug maar ook als reactie op andere stimuli.

Langetermijneffecten van amfetamines zijn:

- slapeloosheid
- gewelddadig en agressief gedrag
- gewichtsverlies
- bevingen
- paranoïde psychose: achtervolgingswaan met hallucinaties

Afhankelijkheid en andere risico's

- Bij kort, intensief gebruik bij o.a. examens en sportprestaties zit het grote gevaar in het negeren en tot zwijgen brengen van fysiologische alarmsignalen, zoals vermoeidheid, honger, ... Door een tekort aan slaap en rust gaan gebruikers hun reserves aanspreken. Dit kan leiden tot een volledige lichamelijke uitputting.
- Eénmaal geproefd van het gunstige effect van amfetamines blijven sommige jongeren dit product gebruiken om gewoon goed te kunnen functioneren. Zij gebruiken dagelijks en geraken geestelijk afhankelijk van het product. Als zij hun gebruik staken, voelen zij zich soms weken tot maanden down.
- Als genotmiddel gebruikt veroorzaken amfetamines een gevoel van algemeen welbevinden ('ik voel me goed, ik voel me vrij, ik kan meer, ik ben bijzonder, ...') maar tevens vermindert het concentratievermogen, de mogelijkheid tot zelfkritiek en de realiteitszin. Er kan groothedswaan ontstaan en zelfoverschatting. Als de rush of de high voorbij is, blijft er gedurende een lange tijd een gevoel van opwinding bestaan. Al deze fenomenen kunnen aanleiding geven tot agressief gedrag en tot risicogedrag. Risicovol rijden en onveilig vrijen kunnen op hun beurt weer schadelijke gevolgen hebben.
- Het gecombineerd gebruik van alcohol en amfetamine komt veel voor. De gebruiker van deze combinatie heeft de indruk niet dronken te worden. Dit kan ook leiden tot risicovol gedrag.
- Amfetamines veroorzaken tolerantie. Gebruikers moeten dus steeds een hogere dosis innemen om het gewenste effect te bekomen. Dit houdt risico's in: hersenbloeding ten gevolge van ernstige hypertensie, hartritmestoornissen, hyperthermie, convulsies.
- Het plotseling stoppen na een langdurig en intensief gebruik gaat meestal met moeilijkheden gepaard. Er treden geen typische lichamelijke onthoudingsverschijnselen op zoals bijvoorbeeld bij opiaten en alcohol, maar vaak komen rusteloosheid, onrustige slaap en gevoelens van moeheid en depressie voor.
- Er is geen reden om te geloven dat een lage dosis amfetamine (vb. in een medische indicatie), langdurig gebruikt, aanleiding geeft tot hersenbeschadiging. Een hoge dosis amfetamine, langdurig gebruikt, kan op verschillende manieren de hersenen aantasten. Onderzoek bij dieren suggereert dat neuronen in het serotonerge en dopaminerge systeem (definitief?) beschadigd kunnen worden.
- Effecten op de foetus bij gebruik door de moeder tijdens de zwangerschap: Door verminderde placentaire bloedflow ontstaat er hypoxie die aanleiding geeft tot destructieve effecten op de foetus. Globaal gezien zijn er intra-uteriene groeivertraging (lager geboortegewicht, kleinere hoofdomtrek, verminderde lichaamslengte), pre- en dismaturiteit. Amfetamine kan door vasoconstrictie bij de foetus aanleiding geven tot hypoperfusie en verhoogde bloeddruk, met als gevolg:

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

- intracraniële bloedingen en cerebrale infarcten
- intestinale atresie
- renale en cardiale afwijkingen
- Neonataal kan er een neurologisch syndroom optreden gekenmerkt door tekens van voorbijgaande prikkelbaarheid van het centrale zenuwstelsel:
 - rusteloosheid, abnormaal slaappatroon
 - tremor, overdreven reflexen
 - tachypnoe en autonome instabiliteit

2.2.2. Cafeïne

Herkomst

Cafeïne (coffeïne) is een van de meest gebruikte opwekkende middelen. Het kan uit verschillende planten worden verkregen:

- de zaden van de *Coffea Arabica* (koffie)
- de bladeren van *Thea Sinensis* (thee)
- de zaden van *Theobromo Cacao* (cacao, chocolade)
- de noten van *Cola Acuminata* (cola-dranken)

Koffie en thee werden zo'n 300 jaar geleden in het Westen geïntroduceerd en werden hier bijzonder populair. In zuivere vorm is cafeïne een wit kristalpoeder.

Het chemisch actief product is trimethylxanthine. In een kop koffie zit ongeveer 100 mg cafeïne. De werking van cafeïne is merkbaar 15 minuten na inname, de halfwaardetijd bedraagt 6 uren.

Gebruik

Meestal wordt cafeïne gedronken. Het wordt ook via het voedsel opgenomen.

In de farmaceutische industrie wordt cafeïne vooral verwerkt in algemene pijnstillers, meestal in combinatie met paracetamol, acetylsalicylzuur of codeïne. We vinden het ook terug in enkele producten tegen migraine en in enkele centrale stimulantia.

Verschijnselen en effecten

1 of 2 koppen koffie veroorzaken een gevoel van welbevinden, een grotere alertheid en verdringen gevoelens van vermoeidheid en slaap. De zintuigen worden gestimuleerd. Gedurende korte tijd verscherpt koffie de concentratie. Cafeïne stimuleert de diurese. Grote hoeveelheden veroorzaken beven, zenuwachtigheid, hoofdpijn en duizeligheid.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

Afhankelijkheid en risico's

Gewenning en gewoontevorming bij het gebruik van cafeïne zijn groot. Cafeïne leidt tot lichamelijke afhankelijkheid en geeft een geringe neiging tot geestelijke afhankelijkheid. Iemand die lichamenlijk afhankelijk is van cafeïne moet ongeveer 4 koppen koffie per dag drinken om zijn afhankelijkheid te onderhouden.

Grote hoeveelheden veroorzaken prikkelbaarheid, rusteloosheid, slapeloosheid, versnelde en onregelmatige hartslag, verhoogde bloeddruk. De zintuigen kunnen overgevoelig worden: men is gevoeliger voor pijn en aanraking. Bij massieve inname (80 à 100 koppen koffie, snel achter elkaar gedronken) is cafeïne letaal.

Het grootste probleem bij langdurig gebruik is het effect op de slaap. Door de lange halfwaardetijd zal er nog een relatief hoge concentratie cafeïne in het bloed aanwezig zijn als men gaat slapen. Men valt in slaap maar men kan niet genieten van de heilzame effecten van de diepe slaap. Dit tekort stapelt zich op. De persoon in kwestie voelt zich 's anderendaags nog moe en hangerig en grijpt snel naar een kop koffie om zich beter te voelen. Langdurig gebruik kan ook maagirritatie veroorzaken.

Bij staken van het gebruik ontstaat een stekende hoofdpijn omdat de bloedvaten in de hersenen dilateren. Dit gaat over met een beetje koffie, ...

2.2.3. Cocaïne

Herkomst

Cocaïne, ook wel 'coke' of 'snow' genoemd, is afkomstig uit de bladeren van de cocastruik (*Erythroxylon Coca*). De cocastruik wordt verbouwd in Peru, Bolivia, Chili, Colombia en Brazilië.

De bladeren van de cocastruik worden gekauwd. Dat kauwen verdrijft honger en pijn en geeft meer energie. Al in vroegere culturen in Midden- en Zuid-Amerika kwam het regelmatig gebruik van cocabladeren voor.

De stof cocaïne werd voor het eerst in 1859 langs chemische weg vrijgemaakt en later in de geneeskunde gebruikt onder meer voor plaatselijke verdoving. Cocaïne werd aanvankelijk ook verwerkt in thee, wijn, neuspoeders, spuitwater en cola. Sigmund Freud gebruikte cocaïne bij de behandeling van verschillende aandoeningen o.a. bij alcohol- en heroïne-afhankelijkheid. Jammer genoeg werden vele van zijn patiënten afhankelijk van cocaïne.

Toen de schadelijkheid van het product bekend werd, nam het medisch en industrieel gebruik snel af.

In kringen van artiesten, intellectuelen en zakenmensen werd cocaïne in het Westen een modedrug.

Momenteel is cocaïne in de VS aan een snelle opmars bezig en ook in West-Europa neemt het gebruik de laatste jaren toe.

Cocaïne is een wit tot wit-geel poeder met een overwegend bittere smaak.

Samenwerkingsverband VAD-CGG

Vormingsaanbod huisartsen inzake de aanpak van illegale drugproblematiek

Trainersmap

Gebruik

Cocaïne wordt meestal gesnoven: een 'lijntje nemen'.

Sommige gebruikers spuiten cocaïne, eventueel gecombineerd met heroïne ('speedbal').

Rookbare cocaïne wordt verkregen door cocaïnehydrochloride te koken met maagzout of met bakpoeder. Zo ontstaat cocaïnebase ('crack', 'gekookte coke'). Deze vorm van cocaïne kan in een waterpijp of met een speciaal crackpijpje gerookt worden. Dit 'roken' noemt men 'basen'.

Verschijselen en effecten

Cocaïne werkt stimulerend op de hersenen. De re-uptake van de neurotransmitters dopamine, noradrenaline en serotonine wordt geblokkeerd. Cocaïne stimuleert ook het perifere orthosympathisch zenuwstelsel. Het meest typische effect van cocaïne is een uitbarsting van energie. Er is ook een algemeen gevoel van welbehagen (cocaïne-rush). Deze effecten zijn vergelijkbaar met deze beschreven bij amfetamines, maar heviger en veel korter van duur. Bij snuiven begint het effect na 3 minuten, bereikt een piek na 15 à 20 minuten en is uitgewerkt na 60 à 90 minuten. Na intraveneus gebruik is er een onmiddellijk, intens effect met een piek na 3 à 5 minuten en uitgewerkt na 30 à 40 minuten. Bij roken duurt dit effect slechts 5 à 10 minuten.

De lichamelijke effecten van cocaïne omvatten: perifere vasoconstrictie, pupildilatatie, verhoogde lichaamstemperatuur, versneld hartritme en verhoogde bloeddruk. Op het ogenblik dat de cocaïnespiegel in het bloed verlaagt, verandert de gemoedsgesteldheid van de gebruiker dramatisch. Hij/zij wordt prikkelbaar, troosteloos en neerslachtig (cocaïne-crash). Om deze gevoelens te temperen worden vaak alcohol, cannabis of kalmeringsmiddelen bijgebruikt.

Afhankelijkheid en risico's

- Strikt genomen is er geen lichamelijke afhankelijkheid. Het stoppen met gebruik gaat niet gepaard met lichamelijke ziekteverschijnselen. Toch worden soms verschijnselen gesignaleerd die verband houden met het stoppen van gebruik zoals inhalen van een tekort aan slaap, vraatzucht, ...
- Bij het gebruik van cocaïne voelt de gebruiker zich sterk, actief, spraakzaam en vol zelfvertrouwen. Inspanningen kunnen langer worden volgehouden zonder dat men honger, dorst of vermoeidheid voelt. Maar het lichaam geeft geen waarschuwingssignaal. De gebruiker merkt niet dat zijn lichaam wordt overbelast. Dit kan tot fysieke uitputting leiden.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

- Het wegvallen van remmingen veroorzaakt bovendien agressief en onaangenaam gedrag. Dit kan leiden tot risicovol gedrag in het verkeer en tot onveilig rijden.
- Cocaine kan lichamelijk schadelijke gevolgen hebben: hartritmestoornissen (ventrikeltachycardie, ventrikelfibrillatie), convulsies, snelle bloeddrukstijging kan aanleiding geven tot hersenbloeding, de lichaamstemperatuur kan gevaarlijk hoog worden, de glycemie kan oplopen (diabetici!).
- De kans op geestelijke afhankelijkheid is zeer groot. De gebruiker heeft het gevoel zonder cocaïne niet meer goed te kunnen functioneren. Soms zijn de negatieve gevoelens na de uitwerking van cocaïne zo ernstig dat ze aanleiding geven tot zelfmoord. Cocaïneafhankelijkheid kan extreme vormen aannemen.
- Over het algemeen is er bij het gebruik van cocaïne geen tolerantie.
- Herhaald en voortdurend gebruik van cocaïne maakt de gebruikers prikkelbaar, neerslachtig en paranoïde. Bij snuivers is er op het ogenblik van de inname vasoconstrictie van de nasale bloedvaten en relaxatie van de bronchiale musculatuur. Als de drug uitgewerkt is gebeurt het tegenovergestelde. Dit heeft tot gevolg dat chronische gebruikers voortdurend kuchen en last hebben van een loopneus of van bloedende neusslijmvliezen. In extreme gevallen kan het neustussenschot door herhaalde laesies geperforeerd geraken.
- Langdurig gebruik kan leiden tot een cocainepsychose. Dit is een psychose die gepaard gaat met hevige angst, achtervolgingswaan en hallucinaties (de indruk van cocainebolletjes onder de huid met krabletsels tot gevolg)
- De effecten van cocaïne op de foetus en de neonatus zijn vergelijkbaar met de effecten van amfetamine. Maar cocaïne heeft ook nog een toxisch en teratogeen effect op de cellen met gevolgen als:
 - te korte ledematen
 - afwijkingen van de schedel o.a. microcefalie
 - anomalieën t.h.v. het genito-urinair stelsel

2.2.4. Nicotine

Herkomst

De tabaksplant *Nicotinia Tobacum*, *Nicotinia Rustica* en *Nicotinia Persica* is afkomstig uit Noord-Amerika en werd door Columbus in Europa geïntroduceerd op het einde van de vijftiende eeuw. Aanvankelijk werden de tabaksbladeren gebruikt als geneesmiddel, later als genotsmiddel.

In de Westerse landen daalt het aantal rokers sinds de jaren '70 onder invloed van de rapporten over roken en gezondheid en anti-rookcampagnes. Niet-roken is de laatste jaren de norm geworden.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

Gebruik

Nicotine wordt meestal geïnhaleerd in de vorm van tabaksrook, maar kan ook worden gekauwd (in tabak en in kauwgom) en gesnoven.

De meeste rokers zijn met een eerste sigaret begonnen om sociale redenen en ook uit nieuwsgierigheid.

Verschijselen en effecten

In tabak zitten meer dan 1000 verschillende stoffen die vrijkomen bij verbranding. De 3 belangrijkste zijn: koolstofmonoxide (CO), teer en nicotine. Na inhalatie verdringt de koolmonoxide - een kleur- en smaakloos giftig gas - de zuurstof in het bloed, met als gevolg een chronisch zuurstoftekort, wat resulteert in gedaalde weerstand en een verminderd prestatievermogen.

Teer is de bruine brij die de filter van de sigaret, de vingers en tanden en de slijmvliezen van de luchtwegen kleurt. In teer zijn vooral kankerverwekkende stoffen terug te vinden (o.a. cadmium, nikkel). 1 sigaret bevat 5 tot 30 mg teer.

Nicotine is het bestanddeel waaraan de roker verslaafd geraakt en waarvan hij het effect zoekt. 1 sigaret bevat 0,5 tot 3 mg nicotine (een injectie met 70 mg nicotine is dodelijk). Tabak is de enige natuurlijke bron van nicotine. Pure nicotine ziet eruit als een olieachtige vloeistof.

Na inhalatie bereikt de nicotine in 7 seconden tijd de hersenen en komt via de longblaasjes in het bloed terecht om zo in het hele lichaam te worden verspreid. Nicotine wordt vrij vlug uit het lichaam verwijderd via de urine. Nicotine werkt in op het zenuwstelsel dat de spijsvertering, de bloeddruk en hartwerking regelt en verstoort zo grondig de lichaamsfuncties. De voornaamste gevolgen van deze werking zijn: verhoogde hartslag en bloeddruk, verlaging van de huidtemperatuur, versnelde ademhaling, verminderde eetlust, verhoogde maagzuurproductie en versnelde darmwerking.

Bij de beginnende roker veroorzaakt de eerste sigaret misselijkheid, duizeligheid, hoofdpijn en braken. Bij verder gebruik raakt het lichaam gewend aan een zekere dosis nicotine en verdwijnen de bijwerkingen. Gewoonterokers ervaren het roken positief omwille van de psychosociale betekenis (symbool: je hoort erbij), de zintuiglijke ervaring en het farmacologisch effect (roken brengt zowel een rustgevend als een stimulerend effect).

Afhankelijkheid en tolerantie

Na iedere inhalatie krijgt de roker snel een positieve prikkel. De herhaling ervan leidt tot gewenning. Doordat roken positief wordt ervaren is het goed begrijpbaar dat rokers lichamelijk en geestelijk afhankelijk worden.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

Het effect van nicotine daalt naarmate men langer rookt. Vandaar dat rokers steeds meer gaan roken om hetzelfde effect te bereiken. De meeste rokers kunnen het roken moeilijk langer dan 2 à 3 uren laten.

Rokers die overschakelen op teer- en nicotinearme sigaretten gaan bijgevolg de lichte sigaretten compenseren door meer te roken en dieper te inhaleren om hetzelfde effect te bereiken. Hetzelfde geldt voor het sigarettenpijpje.

Rokers zullen bij het stoppen met roken last hebben van onthoudingsverschijnselen: verlaagde bloeddruk, verhoogde eetlust, concentratiestoornissen, prikkelbaarheid, hoofdpijn, nausea, ... Deze symptomen zijn van korte duur. Het verlangen, de drang naar tabak kan langdurig aanhouden.

Nicotinekauwgom kan voor rokers bij wie de nicotinegewenning en de vrees voor afkickverschijnselen het stoppen moeilijk maken, een tijdelijk hulpmiddel zijn. Wel moet de therapie tijdelijk zijn en onder begeleiding gebeuren. Afhankelijkheid van nicotinekauwgom treedt slechts zelden op.

Risico's

Op lange termijn kan roken de typische rokersziekte veroorzaken: verminderde fysieke conditie, verlies van smaak- en reukzin, COPD, hart- en vaatziekten, maagzweer, longkanker, lipkanker, kanker van de mond, nieren en urineblaas.

Enkele bevolkingsgroepen lopen extra risico's door het roken, zowel door zelf te roken als door blootstelling aan de tabaksrook van anderen. Het gaat hier om zwangere vrouwen (verhoogd risico op miskraam, vroegtijdige geboorte, laag geboortegewicht), kinderen, mensen met problemen ter hoogte van de luchtwegen, personen met hart- en vaatziekten.

2.3. Verdovende of kalmerende middelen

2.3.1. Alcohol

Herkomst

Alcohol is de oudste en meest verspreide drug. Hij werd reeds 8500 jaar geleden geproduceerd en gebruikt.

In de loop van de geschiedenis heeft het alcoholgebruik hoogten en laagten gekend. In sommige culturen wordt het gebruik ervan aanvaard, in andere is het verboden.

In het Westen is het gebruik van alcohol de laatste decennia sterk gestegen. De alcoholindustrie is dan ook een belangrijke economische activiteit in de meeste Westerse landen.

De alcohol die geschikt is voor consumptie is ethylalcohol (ethanol). In pure vorm is het een reuk- en smaakloze vloeistof die een brandend gevoel geeft bij inname.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

Alcohol ontstaat door gisting van natuurlijke suikers die in granen en fruit zitten. De gistcellen zetten druivensuiker om in alcohol.

Gebruik

Er zijn 3 soorten alcoholhoudende dranken: bier, wijn en gedestilleerde (sterke) dranken. De concentratie alcohol in een drank wordt uitgedrukt in graden.

Opname

Alcohol is, in vloeibare vorm, een zeer kleine molecule, matig oplosbaar in vet en zeer goed oplosbaar in water.

Het wordt gemakkelijk geabsorbeerd via het maag-darmkanaal, zonder dat enige vertering nodig is.

Ongeveer 20% wordt rechtstreeks opgenomen in de bloedbaan vanuit de maag, de overige 80% wordt geabsorbeerd in het bovenste gedeelte van de dunne darm.

De absorptie van alcohol wordt beïnvloed door:

- de toestand van de maag: alcohol wordt gemakkelijker opgenomen bij een lege maag (snellere doorgang naar de dunne darm)
- de alcoholsterkte van de drank: in het aangepaste glas geschonken bevat elk glas alcoholhoudende drank evenveel pure alcohol (+/- 14 ml. pure alcohol per glas)
- de snelheid waarmee gedronken wordt: de lever kan de detoxificatie niet bijhouden als er snel gedronken worden
- meer lichaamsvocht zorgt voor betere verdeling van de alcohol over het lichaam. Omdat de verhoudingen tussen vocht en vet individueel verschillen, verschilt ook de opnamecapaciteit per kilogram lichaamsgewicht. Dit wordt uitgedrukt in de verdelingscoëfficiënt: gemiddeld 0,7 voor mannen en 0,6 voor vrouwen. Bij mannen verdeelt de alcohol zich beter over het lichaam, zij 'verdragen' alcohol beter.

Alcohol vermengt zich ook met lucht in de longen. Twee liter uitgeademde lucht bevat precies evenveel alcohol als 1 ml bloed. Om deze reden kan men het alcoholgehalte in het bloed (alcoholemie) bepalen met behulp van een blaastest.

Verschijnselen en effecten

Alcohol verdooft het centrale zenuwstelsel. Alle delen van de hersenen worden erdoor beïnvloed, ook de hersenschors, waar onze handelingen en emoties bestuurd worden. Dit besturen gebeurt vaak door remmende invloeden. Alcohol verlamt dus ook deze remmende invloeden. Het gevoel dat ontstaat bij de inname van een kleine hoeveelheid alcohol is een gevoel van stimulering, maar eigenlijk gaat het om ontremming. Men wordt dan stoutmoediger en actiever, maar ook

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

zorgeloos, rustig, kalm, slaperig, ontspannen, ... Bepaalde onderzoeken lijken er nu echter toch op te wijzen dat kleine hoeveelheden alcohol ook rechtstreeks stimulerend kunnen werken.

Indien we meer drinken vermindert ook het reactievermogen. We horen en zien minder scherp, terwijl anderzijds het zelfvertrouwen toeneemt.

Nog meer alcohol tast het deel van de hersenen aan dat de spierbewegingen reguleert. We verliezen de controle over onze bewegingen en het coördinatievermogen vermindert. Lopen wordt wankelen, praten wordt lallen. Indien we nog blijven doordrinken, worden ook de diepst gelegen delen van de hersenen verdoofd. Hier ligt het stuurcentrum van de automatische spierbewegingen (bv. hart en longen). Verdoving van deze spierbewegingen kan leiden tot hart- en ademhalingsstilstand met coma en zelfs de dood tot gevolg.

Wie alcohol gedronken heeft, kan de dag erna last hebben van vermoeidheid, hoofdpijn, misselijkheid en hevige dorst, een 'kater'. De dorst ontstaat door de verhoogde diurese onder invloed van alcohol.

Alcohol kan ook het besef van fysieke vermoeidheid tegengaan, zodat men langer doorfeest dan men eigenlijk kan.

Vandaar de vermoeidheid en de hoofdpijn achteraf. De misselijkheid is vooral te wijten aan diverse chemicaliën in de dranken (vooral bier en rode wijn). Bovendien is het mogelijk dat 's ochtends een deel van de alcohol in het bloed nog niet geëlimineerd is.

Na het drinken van alcohol slaapt men onrustig. Het borreltje voor het slapengaan kan dus enkel psychologisch een gunstige invloed op de nachtrust hebben.

Afhankelijkheid en tolerantie

Alcoholgebruik wordt gekenmerkt door tolerantie. Dit betekent dat men steeds grotere hoeveelheden nodig heeft om het gewenste effect te bereiken. Tevens leidt het tot fysieke en psychische afhankelijkheid. Het drastisch verminderen van gebruik doen ontwenningssverschijnselen ontstaan zoals beven, zenuwachtigheid, braken en slapeloosheid. Dit kan levensgevaarlijke vormen aannemen (delirium tremens, epileptische insulten (= crisis)). Ontwenning van alcohol gebeurt best onder medische controle.

Risico's

Alcohol, solo gebruikt, is nog steeds de drug die wereldwijd voor de meeste problemen zorgt. In polydruggebruik is alcohol één van de favoriete partners.

Samenwerkingsverband VAD-CGG

Vormingsaanbod huisartsen inzake de aanpak van illegale drugproblematiek

Trainersmap

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

Risico's van overmatig alcoholgebruik liggen op lichamelijk, geestelijk en sociaal vlak.

Alcohol is de enige drug die zoveel systemen kan aantasten na chronisch gebruik: de lever (alcoholische hepatitis, leversteatose, levercirrose), het zenuwstelsel (polyneuropathie en Wernicke encephalopathie door vitamine B1-tekort, alcoholische dementie, Korsakoff psychose), hart- en vaatstelsel (vervetting van de hartspier en de kransslagaders, verhoogde bloeddruk, CVA, ...), het maag-darmkanaal (maagontsteking, maagulcus, verhoogde incidentie van slokdarm-, maag-, pancreas- en colonkanker), larynx en pharynx (50% van alle kankers in die streek worden in verband gebracht met overmatig alcohol-gebruik).

Op sociaal vlak kunnen moeilijkheden in het gezin, financiële en juridische moeilijkheden, verlies van werk, vrienden, sociaal isolement, ... ontstaan.

Specifieke risicosituaties ontstaan bij het gebruik van alcohol in het verkeer. Het gebruik van alcohol in de werksituatie kan eveneens aanleiding geven tot ongevallen, verkeerde beslissingen, ...

Alcohol heeft eveneens een nadelige invloed op de sportprestaties.

Er is eveneens een grote voorzichtigheid vereist indien men alcohol combineert met andere middelen.

Alcoholgebruik tijdens de zwangerschap zorgt voor heel wat problemen.

De concentratie van alcohol in het bloed van de foetus loopt even hoog op als in het bloed van de drinkende moeder. Maar de foetus beschikt niet over even efficiënte hoeveelheden acetylaldehyde-dehydrogenase om alcohol te verwerken. Hierdoor blijft alcohol veel langer in de foetus aanwezig dan in de moeder en dit in een kritieke ontwikkelingsperiode. Alcohol veroorzaakt vasoconstrictie waardoor de bloedsomloop en dus ook de zuurstofvoorziening naar de foetus toe in het gedrang komt.

Hierdoor kan intra-uteriene groeivertraging (eerder lengte- dan gewichtsachterstand) ontstaan en een hogere frequentie van spontane miskraam (reeds bij een relatief lage dagelijkse consumptie).

Verschillende studies hebben ondertussen bewezen dat alcohol teratogeen is: alcohol veroorzaakt specifieke foetale afwijkingen. Dit karakteristiek patroon van foetale misvormingen wordt het **foetale alcoholsyndroom** genoemd. Het is een combinatie van foetale en neonatale afwijkingen. Het wordt gekenmerkt door pre- en postnatale groeivertraging, congenitale misvormingen van skelet, hart en genitalia, dysmorfie van het gelaat (micrognatie, epicanthus, gespleten palatum) en gestoorde mentale ontwikkeling.

Afgezien van enkele uitzonderingen, werden de afwijkingen slechts beschreven bij geregelde inname van ten minste 28,5 ml alcohol per dag (= iets meer dan 2 consumpties per dag).

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

2.3.2. Barbituraten

Herkomst

Barbituraten worden sinds 1903 medisch gebruikt. Meer dan 2000 types werden ervan geproduceerd en ze werden gedurende lange tijd veelvuldig gebruikt. De ontwikkeling van veiliger geneesmiddelen zoals de benzodiazepines (zie 'Tranquillizers') heeft gezorgd voor een afname in gebruik.

In hun zuivere vorm zijn barbituraten meestal witte, reukloze poeders met een bittere smaak. Zij worden meestal op de markt gebracht als pillen of capsules die wit, geel, oranje, roze of rood kunnen zijn. Sommige capsules zijn tweekleurig.

Gebruik

Barbituraten worden als tabletten en capsules via de mond ingenomen. Zij kunnen ook worden geïnjecteerd.

Verschijnselen en effecten

Het gaat hier om een groot aantal producten die vooral variëren in werkingsduur.

- bij zeer lage dosis via orale inname: relaxatie en een gevoel van euforie t.g.v. inhibitie van de cerebrale cortex, waardoor de controlerende, inhiberende invloeden van deze cortex op het gedrag worden verminderd.
- bij hogere en/of therapeutische dosis: sedatie en een gevoel van dronkenschap vooral door werking op lagere hersenstructuren (formatio reticularis). Daarom worden patiënten verwittigd voor interferentie met autorijden en het besturen van machines.
- bij nog hogere dosis: slaapinductie, eventueel ademhalingsproblemen t.g.v. inwerking op het ademhalingscentrum in de medulla oblongata.

Afhankelijkheid en andere risico's

Tolerantie en verslaving treden snel op en bijgevolg moet de dosis vrij snel worden opgedreven, wat de werkzame dosis dicht bij deze kan brengen die coma en zelfs de dood kan veroorzaken.

De mogelijke dood ten gevolge van overdosis (en ook zelfdoding) en de verslavende eigenschappen, vormen een ernstig bezwaar tegen deze groep van psychofarmaca. Psychische afhankelijkheid is zeer groot en ook lichamelijke afhankelijkheid treedt op. Ontwenning van barbituraten gebeurt best, zoals bij alcohol, onder medische controle.

Combinatie van barbituraten met andere drugs zoals alcohol, tranquillizers, cannabis, heroïne, ... is zeer gevaarlijk.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

Neonatale intoxicatie, afhankelijkheid en symptomen die lijken op vitamine K deficiëntie zijn beschreven bij baby's van barbituratengebruikende moeders. Congenitale afwijkingen werden ook beschreven, maar over de oorzakelijke rol wordt nog steeds gediscussieerd.

2.3.3. Opiaten

Herkomst

Opium

Opium bestaat uit het gedroogde sap van de onrijpe papaverbol (Papaver Somniferum). Het gebruik van opium als genees- en genotsmiddel is al duizenden jaren oud. Als medicijn treffen we het middel voor het eerst aan in Egypte. De papaverbol is reeds zichtbaar in Egyptische kunst van 6000 jaar geleden. Vanuit Egypte verspreidde het gebruik zich naar India en later naar China, vanwaar het over de wereld werd verspreid. In 1680 werd opium in de medische wereld ingevoerd door dokter Thomas Sydenham. In de volgende eeuw werd opium voor allerlei aandoeningen als medicijn gebruikt.

Pas in deze eeuw werd het medisch gebruik vanwege de zeer verslavende werking en de schadelijke gevolgen beperkt.

Opiaten hebben een sterke verdovende werking op het centrale zenuwstelsel. De ervaring van pijn, maar ook van angst en andere onlustgevoelens vallen na het gebruik ervan weg. Opiaten geven de gebruiker een gevoel van welbevinden.

Als resultaat van een reeks belangrijke ontdekkingen tussen 1975 en het begin van de jaren '80 zijn er drie groepen natuurlijke morfine-achtige moleculen ontdekt in de hersenen: enkephalines, beta-endorfines en dynorphines. Ze zijn beter bekend onder de naam endorfines en spelen een centrale rol in de pijnstilling.

De receptoren van de endorfines zijn zeer gevoelig voor morfine en aanverwanten. Deze receptoren zijn aanwezig in het ruggenmerg en in de hersenen waar de pijnsignalen worden verwerkt en in het limbisch systeem waar de emotionele gedragingen worden gecoördineerd.

Alkaloïden

In de negentiende eeuw is het scheikundigen gelukt uit ruwe opium een aantal zuivere stoffen af te scheiden, die men alkaloïden noemt. In totaal zijn er dat 25. De belangrijkste stof is morfine, daarnaast o.a. codeïne, narceïne, thebaïne, papaverine en narcotine. Morfine (tegen pijn), codeïne (tegen pijn en hoest) en papaverine (als spasmolyticum) worden in de medische wereld gebruikt. Omwille van het risico op afhankelijkheid wordt morfine voorzichtig gebruikt.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

Heroïne

In 1874 ontwikkelde een farmaceutische firma heroïne (diacetylmorfine hydrochloride), een halfsynthetisch opiaat, als afgeleide van morfine. In 1898 werd heroïne op de markt gebracht als vervangmiddel voor morfine. Artsen gebruikten dit eerst bij de behandeling van hoest en later bij de behandeling van opium- en morfineaafhankelijkheid. Het duurde 12 jaar voor de medische wetenschap er achter kwam dat heroïne ook afhankelijkheid veroorzaakt en dit zelfs nog sneller dan andere opiaten. Het medisch gebruik van heroïne nam daarna snel af. Wel had intussen heroïne de plaats van opium en morfine op de drugmarkt ingenomen. Heroïne is door de 2 acetylgroepen veel beter oplosbaar in vet en gaat daarom 100 maal sneller dan morfine doorheen de bloed-hersenbarrière. Pure heroïne is meestal een wit, kristallijn poeder met een bittere smaak. Het is in water oplosbaar. Soms kan heroïne door een bepaalde productiemethode of door versnijdingsproducten bruin of grijs van kleur zijn. Heroïne wordt soms ook verkocht als een zwart kleverig goedje ('black tar heroin').

Gebruik

Heroïne kan in een sigaret gerold en dan gerookt worden. Op die manier gaat er veel actief product verloren. Gebruikers gaan daarom snel over naar een andere methode.

Heroïne kan in opgeloste vorm ingespoten worden. Dit is wereldwijd de meest verspreide methode van gebruik.

Heroïne kan gesnoven worden.

Het poeder kan ook opgewarmd worden, waardoor zich een witbruine damp vormt die geïnhaleerd wordt. Deze vorm van gebruik wordt 'chinezen' genoemd.

Heroïne wordt vaak gecombineerd met andere producten.

In de USA is er sedert enkele jaren goedkope heroïne op de markt van zeer goede kwaliteit. Deze heroïne trekt jonge gebruikers aan die voornamelijk de heroïne snuiven. Hier zit natuurlijk steeds het risico in dat zij ooit zullen gaan spuiten.

Verschijselen en effecten

Een eerste gebruik van heroïne wordt net als het eerste glaasje alcohol of de eerste sigaretten in de meeste gevallen als onaangenaam ervaren. Misselijkheid en overgeven kunnen voorkomen (door prikkeling van het braakcentrum in het verlengde merg). Soms ontstaan er onaangename sensaties in het hoofd en hevige jeuk, vooral in het gelaat. Bij voortgezette heroïne-toediening verdwijnen deze onaangename effecten: er ontstaat tolerantie voor.

Wordt heroïne intraveneus ingespoten dan is er onmiddellijk een zeer genotvolle 'flash', die 2 tot 3 minuten duurt. Dan ontstaat er een toestand waarin alle

Samenwerkingsverband VAD-CGG

Vormingsaanbod huisartsen inzake de aanpak van illegale drugproblematiek

Trainersmap

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

onlustgevoelens als pijn, verdriet, honger, angst en koude worden weggenomen of afnemen. Zoals de negatieve gevoelens wegvallen, vallen ook de positieve gevoelens als verliefdheid, blijdschap, seksuele gevoelens, ... weg. De gebruiker komt in de zogenaamde opiatenroes terecht. Dit duurt ongeveer 3 tot 4 uren. Een intraveneus spuitende gebruiker gaat ongeveer 4 maal per dag gebruiken.

Op het lichamelijke vlak heeft heroïne een groot aantal effecten. De oogpupillen vernauwen zich tot de grootte van een speldenkop. Heroïne vermindert de gevoeligheid van het ademhalingscentrum in de medulla oblongata voor de concentratie van koolstofdioxide in het bloed. Bijgevolg vertraagt de ademhaling. Ook de polsslag wordt langzamer, terwijl de lichaamstemperatuur daalt. De eetlust neemt af. De werking van het maag-darmkanaal vertraagt met vaak constipatie tot gevolg. Er kunnen spasmen van de gladde spieren ontstaan: zo kan een galcrisis nagebootst worden. Een tragere werking van het hart, met ernstige ademhalingsstoornissen, kan de dood tot gevolg hebben.

Afhankelijkheid en tolerantie

Heroïne leidt gemakkelijk en snel tot afhankelijkheid. Bij herhaalde toediening ontstaat er tolerantie, maar dit ontwikkelt zich niet voor alle effecten even sterk.

Voor het door de gebruikers gewenste effect (flash en opiatenroes) is er een opmerkelijke tolerantieontwikkeling. Voor het effect van pupilvernauwing ontstaat geen tolerantie, voor de werking op darmen, ademhalingscentrum en glad spierweefsel (maaguitgang, sluitspier van blaas en galwegen) evenmin.

Er ontstaat zeer erge craving en lichamelijke afhankelijkheid. Onthoudingsverschijnselen beginnen 4 tot 6 uur na het laatste gebruik. Ze bestaan onder andere uit rusteloosheid, angst, slapeloosheid, beven, krampen, misselijkheid, overgeven, diarree, kippenviel en zenuwpijnen. Soms zijn het verschijnselen als bij een zware griep, soms sterker. De symptomen verergeren en bereiken een piek na 36 tot 72 uren. De eigenlijke afkick is voorbij na 5 tot 10 dagen. De gebruiker zal alles proberen om deze toestand te voorkomen ('junkgedrag').

Risico's

Chronisch gebruik van heroïne leidt tot ongevoeligheid, dempen van de emoties, zelfs tot een zekere mate van gewetenloosheid. Ze glijden af naar steeds intenser, dwangmatiger gebruik, waaraan uiteindelijk alles wordt opgeofferd.

Verslaafd zijn aan heroïne kost geld. Om het gebruik te onderhouden maakt de verslaafde al zijn spaargeld op, leent geld bij vrienden en familie en verkoopt al zijn bezittingen. In vele gevallen leidt heroïnegebruik tot kleine criminaliteit (diefstallen, zakkenrollen, ...), soms tot prostitutie of tot dealen. Heroïnegebruikers geraken in een totaal isolement: geen werk, geen contact met vrienden of familie. Door

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

veroordelingen, opeenstapeling van schulden en boetes, komen velen in de gevangenis terecht.

Het spuiten van heroïne brengt specifieke risico's mee (cf. supra).

Een toekomstige moeder die heroïne gebruikt, loopt een verhoogd risico op miskraam en vroeggeboorte. Zwangere vrouwen stoppen best niet met gebruiken want een afkick van heroïne kan ook een miskraam of een vroeggeboorte veroorzaken. Een behandeling met methadon kan aangewezen zijn.

Bij de neonatus van een opiaten-gebruikende moeder moet er zeker aandacht zijn voor ademhalingsdepressie, maar het belangrijkste nadelige effect is zeker het **abstinentiesyndroom bij de neonatus**. De symptomen hiervan zijn: slapeloosheid, prikkelbaarheid, tremor, versnelde ademhaling met alkalose, temperatuur-schommelingen, overvloedig zweten, pijnlijke overgevoeligheid voor geluid, neusloop en autonome disfunctie met niezen, geeuwen, hikken, tranenvloed en diarree. Het begin en de duur van de symptomen verschillen naargelang het opiaat: bij heroïne beginnen ze doorgaans 48 tot 72 uren na de bevalling, bij methadon soms pas na 1 week.

Gezien de ernst van deze symptomatologie en de deskundigheid die vereist is om dit op te volgen, wordt een toekomstige moeder die opiaten gebruikt best gemotiveerd om te gaan bevallen in een ziekenhuis waaraan een neonatale intensieve dienst verbonden is.

Convulsies en veranderingen in slaappatroon werden beschreven tot 30 dagen na de geboorte. Een verhoogd risico voor wiegendood werd beschreven.

Congenitale afwijkingen werden nog niet gerapporteerd.

2.3.4. Benzodiazepines

Herkomst

De benzodiazepines zijn op de markt sedert de jaren '60. Het gaat om een zeer grote familie van producten met wisselende werkingsduur.

Deze producten kunnen spierontspannend, kalmerend, angstwerend, slaapverwekkend en anti-epileptisch werken. Ze zijn veiliger dan de barbituraten omdat ze niet inwerken op het ademhalingscentrum en dus geen ademhalingsdepressie kunnen veroorzaken bij een accidentele overdosis. Voorbeelden hiervan zijn: Valium, Temesta, Lexotan, Xanax, Tranxene, Loramet, Noctamid, Rohypnol, Staurodorm, ...

Benzodiazepines worden het meest voorgeschreven in de symptomatische behandeling van angst-en slaapstoornissen en zij worden ook vaak gebruikt als kalmeringsmiddel.

Benzodiazepines zijn de meest voorgeschreven psychofarmaca, maar ook de meest misbruikte.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

Gebruik

Benzodiazepines worden onder de vorm van tabletten en capsules via de mond ingenomen. Ze zijn ook beschikbaar in inspuitbare vorm. Sinds 1 januari 1988 zijn ze enkel op doktersvoorschrift verkrijgbaar.

Verschijnselen en effecten

De sleutel in het effect van benzodiazepines is GABA (gamma-aminoboterzuur). Dit is de belangrijkste inhibitorische neurotransmitter in het centraal zenuwstelsel.

Als er benzodiazepines in de omgeving van de GABA receptors zijn, wordt de werking van GABA versterkt.

Langdurig gebruik van grote doses kan hoofdpijn, hongergevoelens en gewichtstoename, depressie, verwarring en verdoving veroorzaken.

Ook om de ontweningsverschijnselen na alcoholabusus te milderen zijn de benzodiazepines effectief: zij verminderen het beven, zweten, de onrust, de angst en de slaapstoornissen en kunnen evolutie naar een delirium tegenhouden. Het feit dat overstappen naar verslaving aan tranquillizers mogelijk is, maakt dat het gebruik in deze gevallen niet zonder risico is.

Afhankelijkheid en andere risico's

De benzodiazepines hebben als winstpunt dat zij zeer zelden aanleiding geven tot weefsel- of orgaanschade. Ook zijn ze, zelfs bij hoge doses, zelden dodelijk.

Ook bij benzodiazepines treden tolerantieverschijnselen op. Er is weinig tolerantie voor het anxiolytisch effect bij de voorgeschreven dosis, wel is er tolerantie voor het kalmerend effect m.a.w. indien het product ingenomen wordt voor slaapstoornissen dan zal men na verloop van tijd meer nodig hebben.

Er treedt lichamelijke afhankelijkheid op. Na stopzetting van langdurig gebruik treden onthoudingsverschijnselen op. Het eerste symptoom is angst, soms heviger dan de reden waarvoor het medicijn oorspronkelijk voorgeschreven werd. Later kunnen slapeloosheid, rusteloosheid en agitatie optreden.

Benzodiazepines kunnen psychische afhankelijkheid veroorzaken. Meestal bestaat de benzodiazepine-afhankelijkheid in de context van een meervoudig druggebruik.

Alcoholici gebruiken benzodiazepines soms als vervangmiddel voor alcohol.

Heroïnegebruikers nemen benzo's om de euforie (flash) te versterken en om de angst te verminderen die ontstaat als de opiatenconcentratie in het bloed vermindert. Cocaïnegebruikers nemen het om de crash minder sterk te voelen.

Bij overdosering van benzodiazepines ontstaat een onverschillige roes, spierverslapping, spraak- en bewegingsproblemen.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

Gezien de dempende werking van benzodiazepines op het bewustzijn kan het gebruik ervan in het verkeer risico's inhouden. Veel groter worden de risico's als men benzodiazepines gebruikt in combinatie met andere dempende medicatie of met alcohol.

Gebruik van benzodiazepines tijdens de zwangerschap kan aanleiding geven tot ontweningsverschijnselen bij de neonatus en tot het 'floppy child'-syndroom.

2.4. Hallucinogene amfetamines

2.4.1. Ecstasy

Herkomst

Ecstasy (ook XTC) is chemisch bekend als methyleendioxymethamfetamine of MDMA. Het wordt apart geclassificeerd als een hallucinogeen amfetamine, een drug die de effecten van LSD en amfetamine combineert.

MDMA werd voor het eerst in 1914 bereid door een Duitse farmaceutische firma. Het werd in de jaren '70 door therapeuten gebruikt bij de behandeling van relatieproblemen. Sinds 1985 werd MDMA in de Verenigde Staten verboden nadat het gebruik om niet-medische redenen grote proporties aannam. Ecstasy waaide uit de VS over naar Europa. Het wordt geassocieerd met clubs en 'Acid House' dansmuziek.

Het uitzicht van ecstasy verschilt naargelang de zuiverheid en varieert van witte tabletten tot roze, gele of doorzichtige capsules.

Gebruik

Ecstasy wordt via de mond ingenomen.

Verschijnselen en effecten

Het effect van MDMA is na 20 tot 60 minuten voelbaar en kan verschillende uren duren. Zoals bij LSD kunnen de psychologische effecten positief of negatief zijn, afhankelijk van de stemming en de verwachtingen van de gebruiker.

Gebruikers ervaren een milde euforie, gevolgd door gevoelens van sereniteit en kalmte, terwijl de gevoelens van woede en vijandigheid verdwijnen. De drug stimuleert de empathie tussen gebruikers en versterkt de sensuele ervaringen bij seksualiteit.

De pupillen verwijden en lichte vormen van misselijkheid en zweten alsook een droge mond en keel, verhoogde bloeddruk en hartslag en verlies van eetlust kunnen voorkomen. Angst, paniek, verwarring en hallucinaties kunnen voorkomen. Deze effecten houden op wanneer het gebruik wordt stopgezet. Toch kunnen depressies en vermoeidheid verschillende dagen na gebruik blijven duren en kan

Samenwerkingsverband VAD-CGG

Vormingsaanbod huisartsen inzake de aanpak van illegale drugproblematiek

Trainersmap

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

regelmatig gebruik resulteren in een verzwakte fysieke en mentale conditie. Flashbacks kunnen optreden.

Afhankelijkheid en andere risico's

Fysieke afhankelijkheid komt niet voor. Gebruikers ontwikkelen een tolerantie en dienen steeds grotere hoeveelheden of grotere concentraties te nemen om hetzelfde effect te bereiken.

Ecstasy is schadelijk voor mensen die lijden aan een hartziekte, hoge bloeddruk, epilepsie en voor hen die in een zwakke lichamelijke of geestelijke conditie verkeren (zie amfetamines).

MDMA is slechts één afleiding van de MDMA-familie, die veel krachtiger samenstellingen bevat. Gezien ecstasy in clandestiene laboratoria wordt gemaakt, is er geen controle op de zuiverheid van het product en kunnen als gevolg daarvan zelfs kleine dosissen onverwacht dodelijk zijn.

2.5. Vluchtige snuifmiddelen

Herkomst

Er zijn een aantal aanwijzingen dat het snuiven van gassen en dampen doorheen de geschiedenis werd gebruikt, meestal als onderdeel van een religieuze ceremonie.

Het probleem van vluchtige snuifmiddelen zoals we het nu kennen ontstond in de Verenigde Staten in de jaren '50 en bestond vooral uit het snuiven van benzine en dissolvant. Het gebruik verspreidde zich nadien over Europa.

Snuifmiddelen omvatten gassen, lijmen en vloeibare stoffen.

Gebruik

Lijmen en andere snuifmiddelen worden meestal vanuit een lege plastic zak gesnoven. Het middel wordt in een hoek van de zak verzameld en de opening van de zak wordt voor de mond en soms voor de neus geplaatst terwijl de hand de zak dichtknijpt zodanig dat de gassen de mond bereiken.

Andere snuifmiddelen, zoals schoonmaakproducten, correctievloeistoffen, worden op een doek of op de mouw gespoten of aangebracht en opgesnoven. Spuitbussen worden soms in een plastic zak of rechtstreeks in de mond gespoten.

Het gebruik van vluchtige snuifmiddelen gebeurt vaak in groep en op vrij jonge leeftijd. Het is trendgebonden.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

Verschijselen en effecten

De effecten zijn meestal op korte termijn (enkele minuten tot enkele seconden) voelbaar. De gebruiker krijgt een licht en dronken gevoel (vergelijkbaar met het effect van alcohol).

Wanneer men doorgaat met snuiven neemt de duizeligheid toe en hallucinaties kunnen voorkomen. Zelfcontrole en oordeelvaardigheid verdwijnen en het pijngevoel neemt af. Dit kan resulteren in bewusteloosheid.

Andere effecten kunnen zijn: verhoogde en onregelmatige hartslag, hoofdpijn, misselijkheid, braken en diarree kunnen voorkomen, irritatie van ogen en neus, neusbloedingen, pijn in de borstkas, vermoeidheid, gebrek aan eetlust, aanhoudende dorst, ...

Bij kortstondig gebruik verdwijnen de effecten binnen het uur. Bij langdurig gebruik kan het effect gedurende verschillende uren voelbaar zijn.

Afhankelijkheid en risico's

Er is sprake van gewenning en vooral van psychische afhankelijkheid.

Afhankelijk van de middelen en de manier waarop wordt gesnoven kunnen verschillende ongelukken gebeuren.

Bij het gebruik van spuitbussen kunnen ernstige stoornissen van de hartslag, hartstilstand veroorzaken, met de dood als gevolg.

De gassen van spuitbussen kunnen eveneens spasmen veroorzaken aan het strottenhoofd, waardoor de luchttoevoer naar de longen wordt afgesneden.

Verstikkingsdood komt eveneens voor bij het gebruik van grote plastic zakken waarin men het volledige hoofd stopt.

Ongelukken komen voor wanneer bewusteloosheid optreedt en de gebruiker stikt in zijn eigen braaksel.

Ook gebeuren ongelukken door valpartijen enz. als gevolg van duizeligheid onder invloed.

Veelvuldig gebruik kan leiden tot beschadiging van de hersenen, longen, lever, nieren, beenmerg, oogvlies en zenuwen.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES : INHOUD EN METHODIEKEN

Module 2 – Productinformatie

BIBLIOGRAFIE

CHARLES F. LEVINTHAL - DRUGS, BEHAVIOR, AND MODERN SOCIETY - Allyn and Bacon, 1995

H. WOLFS, S. TODTS, P. VAN DER KREEFT, K. VAN CAUWENBERGHE - DRUGS EN GEBRUIK - Icarus, Belgiëlei 2018 Antwerpen, 1998

THE ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY - MARTINDALE 31, 1996

J.H. VAN EPEN - DRUGSVERSLAVING EN ALCOHOLISME - Kennis en achtergronden - Bohn Srafleu Van Loghum, 1997

GARY LB, KETH L. - PERINATAL AND NEONATAL ISSUES OF SUBSTANCE ABUSE - The Pediatric Clinics of North America 1995;42 : 261-273

VOLPE JJ. - EFFECT OF COCAINE USE ON THE FOETUS - New England Journal of Medicine 1992;327 : 399-407

I. WAELKENS, P.AERSSSENS, P.GILLIS, M.RAES, PH.ALLIET - DRUGGEBRUIK TIJDENS DE ZWANGERSCHAP EN HET EFFECT ERVAN OP DE PASGEBORENE - Tijdschrift voor Geneeskunde 1998; Volume 54-Nr 18

NETHERLANDS INSTITUTE OF MENTAL HEALTH AND ADDICTION
XTC DE ANTWOORDEN
COCAÏNE DE ANTWOORDEN
TRIPMIDDELEN DE ANTWOORDEN

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE - NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (U.S.A)

INFOFAX	MARIJUANA	13551
	LSD	13550
	METHAMPHETAMINE	13552
	CRACK AND COCAINE	13546
	ECSTASY	13547
	HEROIN	13548

Dit was de versie van 16 februari 2000

Nog te verwachten:

- ◆ Hoofdstuk over paddo's (psilocine en psylocybine) en mescaline
- ◆ Hoofdstuk over smartdrugs en ecodrugs
- ◆ Per hoofdstuk aanvullingen over urgenties en praktische aanpak

Samenwerkingsverband VAD-CGG

Vormingsaanbod huisartsen inzake de aanpak van illegale drugproblematiek

Trainersmap

*Draaiboek van
de modules*

*Module 3
Hoe omgaan met
druggebruikers in de
huisartsenpraktijk?*

Module 3
**Hoe omgaan met druggebruikers in de
huisartsenpraktijk?**

DOELSTELLINGEN VAN DE MODULE

Deze module wil focussen op de arts-patiënt-relatie als wederzijds
beïnvloedingsproces.

Leerdoelen voor de huisartsen zijn:

- Visie-ontwikkeling
- Kennisvermeerdering
- Herkennen van beïnvloedingsproces in de praktijk
- Reflecteren over hanteringsstrategieën

Druggebruikers in de huisartsenpraktijk Wat kan de huisarts doen?

Het belang van vroegdetectie

De meeste huisartsen kennen in hun praktijk wel enkele voorbeelden van doorwinterde heroïnegebruikers of kunnen zich daar althans een voorstelling van maken: patiënten met een ernstig en langdurig drugprobleem, die een grote belasting vormen.

Als de druggebruiker zichzelf voor zijn drugprobleem bij de huisarts meldt, is het druggebruik uit de wittebroodsweken. In de meeste van deze gevallen zal diagnostiek niet veel problemen opleveren.

Groter in aantal zijn evenwel de experimenterende en beginnende gebruikers die (nog) geïntegreerd functioneren, en die hun drugprobleem veelal niet als dusdanig bij de huisarts presenteren.

Bepaalde klachten en verschijnselen kunnen echter een aanduiding zijn van gebruik van drugs. Het is als huisarts belangrijk deze *signalen* te kennen en te herkennen.

Het gaat meestal om vage klachten op sociaal, psychisch of somatisch gebied (bvb slapeloosheid, obstipatie,...). Een groot deel van deze patiënten heeft de neiging om via dergelijke klachten medicatie te bekomen zonder te vermelden dat er een verslavingsprobleem speelt. Indien vooral jonge mensen zich met zulke klachten presenteren, verdient het aanbeveling gericht te informeren naar het gebruik van psychotrope stoffen.

Tijdige herkenning is voor deze groep immers van groot belang: bij minder ernstige problematiek is de kans op een succesvolle interventie veel groter.

Hierbij staat het *gesprek* waarin het vermoeden van problematisch druggebruik geuit en eventueel bevestigd kan worden centraal. Luisteren en bevragen zijn belangrijke interventies.

Diagnostiek

Blijkt er eenmaal druggebruik in het spel te zijn, dan verdient het aanbeveling nauwkeurig te inventariseren wat er precies gebruikt wordt en hoeveel. Wil men precies weten wat een patiënt gebruikt, dan is het mogelijk om dit via een urineonderzoek na te gaan.

De verdere diagnostiek van een eenmaal geconstateerd drugmisbruik bestaat uit een zorgvuldige inventarisatie van alles wat er speelt en gespeeld heeft bij het ontstaan en de instandhouding van het druggebruik. Op deze strikt individuele combinatie van factoren berust dan de keuze van een verdere aanpak.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Veranderingsproces

Wil men een veranderingsproces op gang brengen, dient er in eerste instantie motivationeel gewerkt te worden. Men kan zich hierbij baseren op het veranderingsmodel van Prochaska en DiClemente.

Men dient evenwel steeds voor ogen te houden dat elk contact moet gericht zijn op het verhogen van de zelfwerkzaamheid van de patiënt.

Arts-patiënt-relatie

De grootste moeilijkheden ontstaan vaak door de gedragsstoornissen die druggebruikers kunnen vertonen. Druggebruikers worden vaak als lastig, asociaal, manipulerend, dreigend en niet te vertrouwen ervaren, en er is dan ook veelvuldig sprake van een verstoorde arts - patiënt -relatie. Toch zijn er wegen om een vertrouwensrelatie op te bouwen en zinvol met deze doelgroep om te gaan.

Daarnaast dient men zich bewust te zijn van het feit dat men doorgaans niet alleen de huisarts is van de patiënt zelf, maar ook van de ouders van de patiënt en eventueel andere familieleden. In de omgang met deze derden dient men met de nodige omzichtigheid te werk te gaan.

METHODIEK 1 : VIDEOFRAGMENTEN

Duur : 15 à 20 minuten per fragment

1. Doelstelling

Reflecteren over de interventies van de huisarts in het kader van het beïnvloedingsproces dat zich afspeelt tussen de arts en de patiënt.

2. Werkwijze

De videofragmenten worden één voor één bekeken en besproken. Voor de vertoning van het fragment wordt de pankarte getoond en de bijkomende achtergrondinformatie meegedeeld. Deze is uitgebreider dan wat er op de pankarte in kernwoorden is samengevat. Onmiddellijk na het bekijken van het videofragment wordt een discussiemoment voorzien.

3. Tips voor bespreking

Het is de bedoeling de discussie te sturen in de richting van het beïnvloedingsproces, het *interactionele* gebeuren tussen de arts en de patiënt (de houding van de arts, de toon van het gesprek, de kwaliteit van de arts-patiënt-relatie).

Aan de hand van dit videomateriaal kunnen echter ook heel wat vragen en bemerkingen loskomen rond puur medische of diagnostische aspecten of rond de concreet praktische aanpak. Vele antwoorden zullen kunnen gevonden worden in de artikels in bijlagen. Het is goed de inhoud van deze bijlagen te kennen zodat u er ook gepast kan naar verwijzen.

De discussie wordt voor de vijf fragmenten op dezelfde manier geleid:

- Eerst wordt de algemene indruk bevraagd over het gebeuren en de afloop van de consultatie (wat vindt ge van deze consultatie, wat valt u op, hoe voelen beide partijen zich?).
- Dan wordt concreet gestuurd naar de kern van de zaak: ieder fragment is uitgewerkt rond een bepaald aandachtspunt.
- Er wordt afgerond met een samenvatting van de inbreng van de deelnemers, die in kernwoorden op flap-over kan worden neergeschreven.

4. Materiaal

Video 'Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk?', VAD 1999
Deze video omvat vijf scènes die een fragment weergeven uit een doktersconsultatie met vijf verschillende patiënten.

5. Deelnemersmap

Werkblad videofragmenten

DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk
Videofragmenten

Scène 1

PANKARTE

- Ilse, 21 jaar, fuifnummer
- kwam voor pilcontrole

ACHTERGRONDINFORMATIE

- Ilse woont nog bij haar ouders.
- De huisarts kent de familie van Ilse zeer goed. Hij weet dat Ilse een echt fuifnummer is en dol op dansen.
- Twee weken geleden kwam haar moeder bij de dokter op raadpleging en in de rand daarvan sprak ze haar ongerustheid uit over Ilse : deze gaat nogal zwaar op stap in het weekend en loopt er in de week soms wat eigenaardig bij. Volgens de moeder is Ilse sterk veranderd de laatste paar maanden, een gesprek hierover gaat Ilse uit de weg.
- Het fragment zoomt in op het einde van de consultatie.

TIPS VOOR BESPREKING

De patiënt

Binnen het proces naar afhankelijkheid bevindt Ilse zich op de wip tussen gebruik en misbruik. Zij weet weinig af van marihuana (enkel info van haar vrienden). Zij wil er gerust over praten, is zich totaal van geen kwaad bewust. De loyaliteit naar haar vrienden is zeer belangrijk.

De huisarts

Aandachtspunt voor de huisarts :

DE RELATIE-EXPERTISE IS EVEN BELANGRIJK ALS DE INHOUDS-EXPERTISE

1. De dokter denkt dat hij/zij goed geplaast is om binnen de arts-patiënt vertrouwensrelatie iets duidelijk te maken aan een patiënt. Deze scène laat zien dat deze veronderstelling niet altijd waar is. De taal die de arts gebruikt alsook de toon waarop hij spreekt en zijn algemene attitude zijn even belangrijk als degelijke productkennis. Dit is een valkuil waar we zeer beducht voor moeten zijn.
2. De dokter laat zich misschien iets te sterk inspireren door de bezorgdheid van de moeder en gaat hierdoor iets te ver. Hij wil iets teveel forceren op 1 raadpleging. Door zijn normerende toon stoot hij Ilse af. Een unieke kans om een goed gesprek te hebben en/of om veel info te geven, gaat verloren.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk
Videofragmenten

Scène 2

PANKARTE

- Guy, 36 jaar, ex-gebruiker, artrose-patiënt
- Kwam op raadpleging voor een vervelende hoest

ACHTERGRONDINFORMATIE

- Op zijn 19^e is hij, onder druk van de familie, gehuwd met zijn zwangere liefde. In die tijd was hij afhankelijk van heroïne, tranquillizers (Lexotan, Rohypnol, Tranxene...) en alcohol. Tot zijn 28^{ste} heeft hij het heel moeilijk gehad met die afhankelijkheid: wisselend gebruiken en clean. Vooral de afbouw van de tranquillizers heeft zeer veel moeite gekost.
- Aan die periode heeft hij een kleine schuldenlast overgehouden. Sedert enkele maanden heeft hij opnieuw een job, maar kent ook hier enige aanpassingsmoeilijkheden.
- Ondertussen heeft het koppel 3 kinderen. Zijn vrouw Sofie is een erg labiele figuur die hem eerder dingen verwijt dan hem steunt. Onlangs heeft de oudste zoon, onder invloed van alcohol en amfetamines, met zijn bromfiets een ongeluk veroorzaakt. Dit veroorzaakte in het gezin opnieuw grote spanningen.
- Naast deze sociale en familiale problemen sukkelt Guy reeds enkele jaren met artrose. Tegen de pijn neemt hij vooral paracetamol.
- Hij kwam echter op raadpleging omwille van een vervelende hoest. De dokter onderzocht hem, zei dat het allemaal wel meeviel en schreef een hoestmiddel voor.
- De video pikt in op het moment dat Guy op het punt staat om naar buiten te gaan.

TIPS VOOR BESPREKING

De patiënt

Guy kan slechts met veel moeite de verantwoordelijkheid van een gezin en een functie op het werk aan. Zoekt een uitweg in medicijnen en/of zelfbeklag.
Een kans op hervallen in afhankelijkheid van drugs is steeds aanwezig.
Heeft behoefte zijn verhaal te doen.

De huisarts

Aandachtspunt voor de huisarts :

**GRENZEN STELLEN IS BELANGRIJK.
ZEKER MET BETREKKING TOT HET VOORSCHRIJVEN VAN MEDICATIE IS HET DE
ARTS EN NIET DE PATIENT DIE BEPAALT WAT EN HOEVEEL.
GRENZEN STELLEN IS ECHTER NIET HETZELFDE ALS NEGEREN.**

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Videofragmenten

1. De arts slaagt er goed in zijn grenzen te stellen bij het voorschrijven van medicijnen.

Het is belangrijk om bij een persoon die ooit een afhankelijkheidsprobleem heeft (gehad) steeds zeer goed te overwegen wat men voorschrijft. Men moet immers beducht zijn voor herhal dat steeds kan optreden ook na een lange periode van clean zijn.

2. Hij trekt het grenzen stellen echter door door niet op de persoonlijke problematiek van patiënt in te gaan. Hij negeert niet alleen de onderliggende hulpvraag van Guy (problemen met zichzelf) maar ook diens noodsignalen over de gezinssituatie*.

Moet een arts altijd meegaan in de vraag van de patiënt (medicatie, behoefte om te praten)? Hoever? Is grenzen stellen hetzelfde als negeren? In welke mate, wanneer en hoe? (*Mogelijks kan hier ook even een mogelijke depressie aangehaald worden die in een post-detox periode kan optreden. De klachten van Guy kunnen immers passen bij een dreigende psychische decompensatie.)

3. Deze scène geeft ook de gelegenheid om te reflecteren over het eigen voorschrijfgedrag: Hoe sta ik in 't algemeen tegenover medicijnen die te misbruiken zijn (kalmeringsmiddelen, slaapmedicatie, pijnstillers, laxemiddelen...): trek ik parallellen tussen legaal en illegaal druggebruik, -misbruik of -afhankelijkheid? (nog heel wat artsen hebben het gevoel dat als het medicament in de farmacopee staat, zij zeker niets fout doen: het is toch maar...).

DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk
Videofragmenten

Scène 3

PANKARTE

- Erik en Maaïke
- Een vermoeden van druggebruik

ACHTERGRONDINFORMATIE

- Erik is 28 jaar. Zijn materiele toestand en zijn uiterlijk zijn erg belangrijk voor hem. Hij werkt full-time op een fabriek tijdens de week en in het weekend gaat hij bijverdienen als garçon in een café. De avonden dat hij vrij is, gaat hij op stap tot in de vroege uurtjes.
- Erik woont samen met Maaïke. Zij heeft een doorsnee 9 to 5-job op kantoor. Maaïke wil duidelijk meer maken van hun relatie.
- De dokter kent beiden al enkele jaren en is op de hoogte van Eriks recente levensstijl.
- Maaïke vergezelt Erik op consultatie.

TIPS VOOR BESPREKING

De patiënt

Erik is door zijn te drukke levensstijl een beetje de pedalen kwijtgeraakt maar kan dit niet echt toegeven, ook niet wanneer zijn vriendin hem met zijn neus op de feiten drukt. Zijn drang naar 'onafhankelijkheid' en 'vrijheid' maakt hem blind voor de signalen op lichamelijk, psychisch en relationeel vlak. Hij begint stilaan in een isolement weg te glijden.

Maaïke maakt zich zorgen. Zij voelt het contact met Erik verdwijnen. Zij wil de relatie redden, maar niet ten koste van alles. Het destructieve van Eriks levenswijze voelt zij goed aan maar weet zich er geen raad mee. Ze reageert emotioneel en impulsief.

De huisarts

Aandachtspunt voor de huisarts :

Wanneer er onenigheid blijkt tussen de patiënt en de partner of familie met betrekking tot de erkenning van een drugprobleem, kan de arts beter gewoon OBSERVEREN, MEERZIJDIG PARTIJDIG REAGEREN en DECENTRALISEREN.

1. Het komt vaak voor dat er 'iemand' mee op raadpleging komt (al dan niet een steunrelatie).
Deze persoon komt meestal mee om een vermoeden bevestigd te zien, om er zeker van te zijn dat het probleem besproken wordt of om meer te weten te komen.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Videofragmenten

De keuze om eventueel de mensen apart te zien, wordt niet altijd aan de dokter gelaten, zeker niet de eerste keer. Dit zijn vaak moeilijke, frustrerende raadplegingen. Verschillend verhaal, andere verwachtingen...

2. De dokter houdt afstand maar blijft wel geëngageerd. Hij laat zich niet in gijzeling nemen door één van de patiënten. Hij aanschouwt, observeert rustig, panikeert niet. Hij probeert het contact met beiden open te houden, trekt geen partij en creëert zo een open sfeer.
3. Ontkenning is een bekend fenomeen bij druggebruik, -misbruik, en -afhankelijkheid. De arts laat zich niet verleiden tot een directe vraag naar eventueel druggebruik maar maakt een omweg via andere levensdomeinen waarrond bij de patiënt bezorgdheid bestaat.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk
Videofragmenten

Scène 4

PANKARTE

- Andreas, onbekende patiënt
- Ontwenningverschijnselen, zoekt medicatie

ACHTERGRONDINFORMATIE

- Het is 18u30, een voor de arts onbekende dertig-jarige man komt op raadpleging.
- Andreas is afhankelijk van heroïne.
- Andreas is eerder een rustig type maar heeft op het moment last van ontwenningverschijnselen en komt hiervoor medicatie vragen. Hij heeft duidelijk de intentie om de dokter te verleiden/onder druk te zetten, om te verkrijgen wat hij wil.

TIPS VOOR BESPREKING

De patiënt

Andreas heeft een geschiedenis als gebruiker van hard-dugs. Heeft geen echte agressie in zich maar wel een grote vastberadenheid als gevolg van een behoefte. Hij is dit soort doktersbezoekjes gewend. Hij komt goed voorbereid en zelfzeker binnengestapt. Hij komt de dokter testen en gebruikt hierbij het hele gamma van 'beïnvloeding': vleien, dreigen, schuldgevoelens opwekken, beloven enz. maar komt niet altijd even geloofwaardig over.

De huisarts

Aandachtspunt voor de huisarts :

ALS ARTS KAN JE SOMS NIET MEER DOEN DAN TIJD WINNEN EN DE DEUR OPEN LATEN. REAGEER WEL TO THE POINT EN LAAT ZIEN DAT JE DE SPELLETJES DOOR HEBT.

1. Het junkgedrag wordt hier geïllustreerd : vleien ('goede dokter', 'gij gaat mij helpen'), beroep doen op het medisch verantwoordelijkheidsgevoel ('dringend hulp nodig'), medelijden wekken ('mijn arme moeder'), schuldgevoel oproepen ('mij laten afzien, door u terug moeten dope zoeken'), alles beloven, schuld bij anderen ('nergens konden ze me helpen, niemand begreep mij'), het onmogelijke vragen (het moest maar eens lukken !) om iets te krijgen.
Het theoretisch deel over junkgedrag kan hierbij aansluiten.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Videofragmenten

2. Heeft het toneeltje van Andreas door, maar gaat er lichtjes in mee om ondertussen zelf te kunnen exploreren en tijd te winnen: een weinig toegeven en ondertussen proberen contact te krijgen: voor wat hoort wat.
3. Tijdens de raadpleging kan de huisarts andere keuzes maken. Beoordeel:
 - ingaan op de vraag naar medicatie=snelle oplossing en geen problemen
 - volledig afwimpelen :ik behandel geen druggebruikers, ga maar naar iemand anders
 - onmiddellijk doorverwijzen naar een gespecialiseerde dienst (het uur...).

Scène 5

PANKARTE

- Pascale, 23 jaar
- Vermoeid, vermagerd en... veranderd.

ACHTERGRONDINFORMATIE

- Pascale werkt als verkoopster in een kledingszaak sedert een half jaar.
- Pascale was een wat mollig, klassiek en kleurloos meisje. De dokter heeft haar al een tijdje niet meer gezien.
- Pascale woont nog thuis bij haar ouders en is enig kind.
- Het fragment breekt af nadat druggebruik werd gedetecteerd.

TIPS VOOR BESPREKING

De patiënt

Pascale is nog zeer naïef en onschuldig wat betreft bewust druggebruik. Zij is recent in een wat meer 'werelds' milieu terechtgekomen en heeft er veel voor over om zich daar aanvaard te voelen. Zij is in de war omdat haar enthousiasme over dit 'nieuwe leven' zich niet langer meer vertaalt in levenslust.

De huisarts

Aandachtspunt voor de huisarts :

VROEGDETECTIE VRAAGT ALERTHEID VAN DE ARTS OM SIGNALEN VAN DRUGGEBRUIK TE HERKENNEN EN OP TE MERKEN.

1. Om signalen te kunnen detecteren, moet je ze kennen. Signalen die kunnen wijzen op druggebruik zijn: ...
2. De arts is rustig. Hij is geïnteresseerd, stelt zich open op en luistert. Het sterk vermagerd zijn en de 'nieuwe look' waren hem onmiddellijk opgevallen. Hij houdt de mogelijkheid van druggebruik vast, maar bevraagt eerst andere domeinen waar de klacht zou kunnen mee te maken hebben. Bij het bevragen wordt niets geforceerd of afgekeurd. Het woordgebruik wijst nergens naar verslaving of illegaliteit.
3. Aan de deelnemers kan nog meegegeven worden dat eens men op middelengebruik/misbruik stoot, het vervolgens belangrijk is de ernst ervan in te schatten en correcte en objectieve informatie mee te geven.

Werkblad Videofragmenten

Scène 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Dossiergegevens:

-
-
-
-
-
-

De consultatie:

Te observeren:

Observaties:

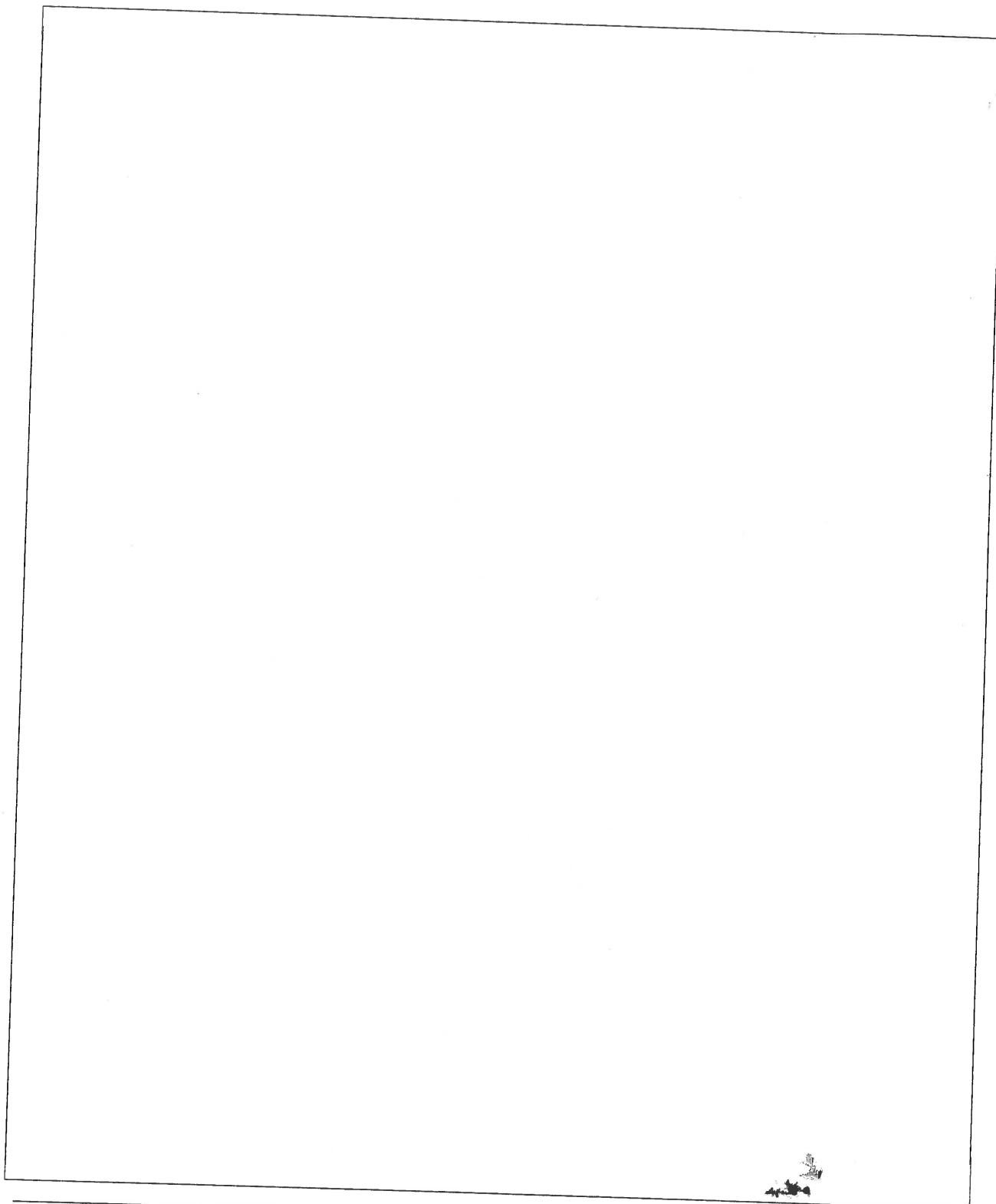
-
-
-
-
-
-
-
-

Discussie:

-
-
-
-
-

DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk
Videofragmenten

Belangrijke aandachtspunten:



METHODIEK 2 : CASUSSEN

Duur : 20 minuten

1. Doelstelling

- Bewustwording van de 'spelletjes' die druggebruikers met hun medemensen (hulpverleners) spelen.
- Herkennen van signalen van druggebruik in het algemeen, van opiatengebruik en amfetaminegebruik in het bijzonder.
- Ter sprake brengen van drugproblematiek in de arts-patiënt-relatie.

2. Werkwijze

De deelnemers worden in groepjes van vier gezet. Alle deelnemers ontvangen de tekst met de 2 casussen. Men krijgt 5 minuten tijd om individueel de tekst grondig door te lezen. Aan de hand van een aantal vragen wordt discussie in de groepjes op gang gebracht. (15 minuten)

- Wat is de eigenlijke vraag van de patiënt ?
- Hoe probeert de patiënt de arts ertoe te bewegen op zijn vraag in te gaan ?
- Wat is het eigenlijk probleem van de patiënt ?
- Hoe brengt u dit ter sprake ?
- Gaat u in op de vraag van de patiënt ? Waarom niet ? Waarom wel ?

Ter afsluiting brengt een afgevaardigde van elk groepje verslag uit van de discussie (10 minuten).

3. Tips voor bespreking

- Signalen van druggebruik. (zie bijlage A)
- 'Manipuleren' kaderen in het junkiesyndroom.
- Welke reacties roepen deze aspecten van het junkiesyndroom bij de hulpverlener op ?

4. Materiaal

Casussen, slide junkiesyndroom, slide productinformatie (facultatief), bord

5. Deelnemersmap

- Werkblad casussen
- Stereotiepe gedragingen bij mensen met een afhankelijkheidsprobleem: tekst + slides

Casus 1. Opiaten (heroïne)

Op een avond tijdens de consultaties valt mij op dat er in de wachtzaal een nieuwe patiënt zit. Hij ziet er wat verwaarloosd uit, mager en bleek. Hij zit er vrij onverschillig bij, wat ineengedoken, wat sufferig.

Wanneer de patiënt wat te lang moet wachten vooraleer hij aan de beurt is, probeert hij met de smoes 'ik moet de dokter maar even zien...' en 'ik moet binnen een half uur op een andere afspraak zijn...' voor andere patiënten aan de beurt te komen.

Eindelijk aan de beurt geeft de patiënt een vrij ongeduldige indruk, hij blijft niettemin vriendelijk, beleefd en tegemoetkomend. Hij doet een wat ongestructureerd verhaal over pijnlijke krampen ter hoogte van de bovenbuik die hij nu al een aantal dagen voelt en die maar niet willen over gaan. Bij verdere anamnese, lijkt hij wat geëxciteerd te raken, laat hij voelen dat het hem allemaal te lang duurt, dat hij alleen maar iets tegen die krampen wil.

Zijn verhaal gaat verder: "Daarnaast heb ik de laatste tijd ook véél slaapproblemen. Ik heb al zeker twee weken geen oog dicht gedaan. Een vriend heeft mij gisteren (van zijn huisarts) 1 Lexotan van 12 mg gegeven. Dat heeft heel goed geholpen, schrijft U mij toch een doosje voor."

Het valt op dat de patiënt veel aan zijn gezicht, voornamelijk zijn neus, krabt. Als de patiënt voelt dat ik niet zomaar bereid ben Lexotan voor te schrijven, barst hij plots in tranen uit en dist een heel verhaal op over problemen thuis. Er is nooit aandacht voor hem. Met zijn vader heeft hij een barslechte relatie. Die schreeuwt en slaat hem alleen maar, en zijn moeder,... 'ach dat is een goei sok, die heeft niets te vertellen...'. Hij gaat verder: "Mijn zus is in een gruwelijk verkeersongeval om het leven gekomen en sindsdien is het er thuis niet beter op geworden... Al die spanningen, ik kan er niet meer tegen... ik kan er zelfs niet meer van slapen. Met een slaapmiddel kan tenminste weer eens een aantal nachten slapen."

De patiënt vertelt dat het hem goed doet eindelijk eens een arts gevonden te hebben die naar zijn verhaal luistert, zo 'n goede dokters zijn er niet veel.

Je stelt de patiënt voor hem even klinisch te onderzoeken. Het mager en bleek uitzicht van de patiënt was je al eerder opgevallen. Je vindt een bloeddruk van 10/7 en een regelmatige pols van 72/minuut. Het abdomen is gevoelig, vooral in het rechtse hypochondrium, er is geen organomegalie. Vooral het kouwelijk aanvoelen van de patiënt en de nauwe pupillen vallen je erg op.

Als de patiënt voelt dat je weigerachtig blijft ten aanzien van het voorschrijven van Lexotan, stelt hij zich geleidelijk aan minder vriendschappelijk op en zegt: "als U mij niet helpt is het uw schuld dat ik de mist inga..."

Casus 2. Speed (cocaine)

Op een avond tijdens de wachtdienst, omstreeks 23h 30 komt een jonge man van 27 jaar op consult met zijn vriendin.

De man maakt een rusteloze en gejaagde indruk. Zijn vriendin vertelt dat ze 's avonds bij vrienden op bezoek waren gegaan en dat hij zich plots onwel begon te voelen. Hij had last gekregen van hoofdpijn, duizeligheid, hartkloppingen en een aanhoudende druk op zijn borstkas. Ze waren naar huis gegaan in de hoop dat als hij naar bed zou gaan het wel zou verbeteren. De patiënt bleef erg ongerust over zijn gewaarwordingen en vroeg zich af of er wat mis was met zijn hart. Zijn vriendin vertelt dat dit nu al enkele uren aan de gang is en dat zijn toestand niet verbeterd is.

Bij onderzoek valt op dat de patiënt duidelijk hyperventileert en wat klam aanvoelt. Hij is hypernerveus en zijn handen beven licht. Zijn pols is versneld tot 120/min en nu en dan onregelmatig, zijn bloeddruk bedraagt 18/12. Ter hoogte van zijn gezicht en armen vallen verschillende kleine wondjes en littekens op. Het gewicht van de patiënt is normaal voor zijn lengte.

Op het voorstel van de arts om zich toch maar beter te laten opnemen op de dienst spoedgevallen voor bijkomende onderzoeken, wil de patiënt niet ingaan.

“ Geef mij maar iets en als het morgenvroeg nog niet beter is, kan ik alsnog beslissen om me te laten opnemen...”

Werkblad Casussen

Casus 1 – 2

Vragen:

-
-
-
-
-
-

Discussie in subgroepjes:

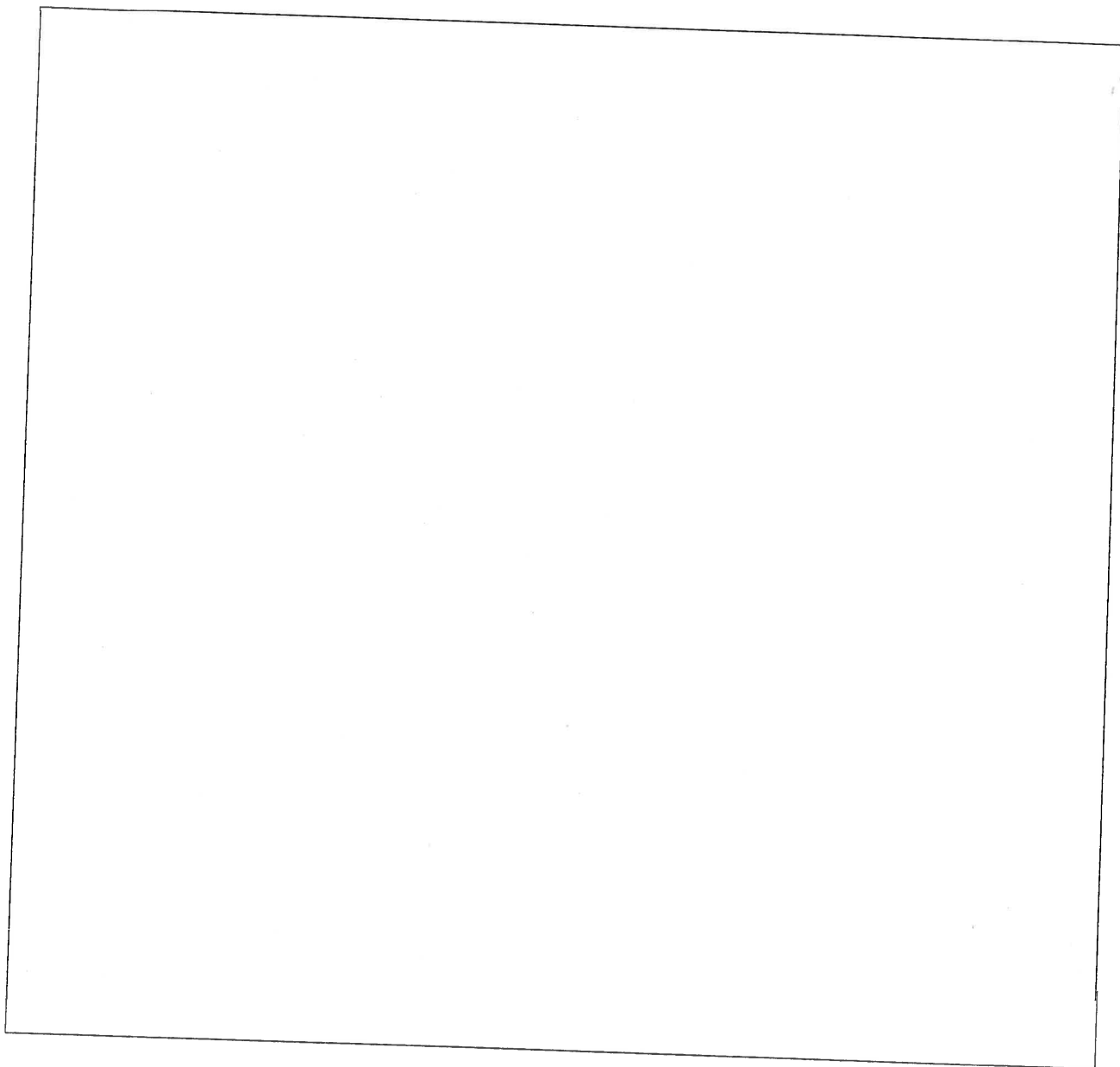
-
-
-
-
-
-

Plenaire bespreking:

-
-
-
-
-
-

DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk
Motiverende gespreksvoering

Belangrijke aandachtspunten:



Stereotiepe gedragingen bij mensen met een afhankelijkheidsprobleem

1. STEREOTIEPE GEDRAGINGEN - HET JUNKIESYNDROOM

Vier hoofdverschijnselen kenmerken het zogenaamde 'junkiesyndroom': liegen, stelen, manipuleren van medemensen en tenslotte zich onttrekken aan elke verantwoordelijkheid, voor zover die niet direct te maken heeft met het verkrijgen van heroïne of geld voor heroïne.

- Opmerking 1: Van Epen beschreef deze gedragingen specifiek bij heroïne-gebruikers. In de praktijk herkennen we deze gedragingen ook bij gebruikers van andere producten.
- Opmerking 2: Deze stereotiepe gedragingen zijn niet typisch voor gebruikers. Het is een overlevingsstrategie bij mensen die zich in een situatie van schaarste bevinden.
- Opmerking 3: Ook de interactie met de omgeving speelt mee.

Liegen

Het liegen begint vaak als de gebruiker nog niet lang gebruikt, als een leugentje om bestwil. Ontkennen van gebruik bij familieleden, ouders, vrienden,... Later komen er allerlei leugens bij omtrent verkochte waardevolle zaken, bezittingen van de cliënt zelf, later ook bezittingen van familieleden. Hoe langer, hoe frequenter er gelogen wordt. De verslaafde gaat het liegen steeds gemakkelijker af, op den duur wordt het een tweede natuur. Hij gaat zelfs liegen als het geen enkel nut voor hem heeft. De objectieve waarheid lijkt soms zo weinig te betekenen dat zij zelf niet eens door lijken te hebben dat zij liegen of de waarheid verdraaien.

Normaal benaderen wij als huisarts onze patiënten met een zekere mate van vertrouwen en spontaniteit. Bij druggebruikers dienen we echter ons steeds de bedenking te maken: 'het kan waar zijn, maar het kan ook niet waar zijn'.

Stelen - Crimineel gedrag

De verslaafde heeft geld nodig en is dus crimineel door zijn gebruik. Dit is maar ten dele waar. De helft, minstens, van de criminele verslaafden had al feiten gepleegd voor het begin van de verslaving.

Zoals ook prostitutie nogal eens de verslaving vooraf gaat en er niet altijd op volgt. Is men eenmaal aan een dure drug verslaafd, dan wordt crimineel gedrag nog belangrijker, maar de drempel om er toe te komen was vaak al niet hoog.

Laat de cliënt niet alleen achter in de praktijk. Houd voorschriftenboekjes en medicaties op veilige afstand van de cliënt. Geef geen prestatiebriefjes mee als de cliënt u niet betaald heeft.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Motiverende gespreksvoering

Zich onttrekken aan verantwoordelijkheden

Bij een toenemend junkiegedrag verdwijnen geleidelijk aan alle verantwoordelijkheden, behalve de verantwoordelijkheid heroïne of geld voor heroïne te krijgen. Van een verantwoordelijkheid tav de maatschappij is al spoedig geen spraak meer.

Manipuleren

Het manipuleren lijkt een wezentrek van de druggebruiker geworden te zijn en treedt nog lang op nadat de noodzaak ervan verdwenen is, bvb in de situatie van de reeds lang afgekickte verslaafden.

Het manipuleren krijgt vaak een speels karakter, een spelletje waarbij druggebruikers onderling, of de druggebruikers en hun hulpverleners wedijveren in het uitdenken van manipulaties en het doorzien daarvan. Veelal is de druggebruiker zich niet bewust van wat hij aan het doen is.

Als hulpverlener moet je enerzijds vermijden gemanipuleerd te worden en voor naïef te worden aangezien, anderzijds moet je bij gebleken betrouwbaarheid en bij afwezigheid van manipulerneiging bij een bepaalde cliënt, op den duur een vertrouwensband kunnen opbouwen.

Een aantal spelletjes 'Games Addicts Play'

- *De agressieve toer*
Hierbij wordt gewerkt op de angstgevoelens van de therapeut. In bedekte vorm of openlijk worden bedreigingen geuit. In gelukkig zeldzame gevallen komt het tot daadwerkelijke agressie.
Druggebruikers gebruiken deze toer slechts zelden omdat zij al gauw in de gaten hebben dat zij op deze manier hun doel toch niet bereiken.

Zie verder : Bijlage:omgaan met agressie

- *De zielige toer*
Hier wordt gewerkt op het medelijden van de therapeut. Veel huilen, trieste verhalen vertellen, in sommige gevallen op milde wijze zelfmoordgedachten ventileren.
- *De 'u bent de grote deskundige toer'*
Hier wordt gewerkt op de ijdelheid van de therapeut. De druggebruiker benadert hem met de gepaste eerbied, doet uitkomen dat hij of zij de enige is die werkelijk hulp biedt. Hij tracht een gesprek op gang te brengen waarbij de arts zijn deskundigheid goed kan laten uitkomen. Als de hulpverlener er in trapt, kan hij aan het eind van het gesprek niet veel anders doen dan de door de druggebruiker begeerde therapie toepassen.
- *De aanhouder wint toer*
Hier maakt de druggebruiker gebruik van het feit dat hij alle tijd heeft, terwijl de hulpverlener een volle wachtkamer heeft, graag naar huis wil omdat het al laat is, nog andere werkzaamheden heeft. De druggebruiker kent geen 'nee' en begint zijn verhaal telkens weer opnieuw te vertellen, blijft dezelfde vraag stellen.

2. MOGELIJKE REACTIES BIJ DE HULPVERLENER

Verslaafden die een of meerdere aspecten van het junkiesyndroom vertonen, roepen over het algemeen een van de volgende 2 reacties op :

1. Een verslaafde is een lastpost die we weer zo snel mogelijk moeten zien kwijt te raken.
2. Een verslaafde is zo vreselijk tragisch, dat alle mogelijke moeite gedaan moet worden om hem kost wat kost te helpen.

Beide benaderingen zijn non-productief.

De eerste helpt een verslaafde niet verder en de tweede benadering kost een gigantische hoeveelheid tijd en energie zonder veel meer dan eindeloze frustratie op te leveren.

Naarmate men meer begrijpt van en ervaring heeft opgedaan met het mechanisme van het junkiesyndroom kan een geschikte middenweg gevonden worden.

HET JUNKIESYNDROOM

- ONBETROUWBAAR

- CHANTEREN

- MANIPULEREN

- DOORDRAMMEN

- GEEN VERANTWOORDELIJKHEID

- EGOISTISCH

- BRUTAAL

SPELLETJES

- **ZIELIGE TOER**

- **DE GROTE DESKUNDIGE**

- **U BENT VERANTWOORDELIJK**

- **AGRESSIEF**

- **DE AANHOUDER WINT**

**Stereotiep gedrag bij mensen met een
afhankelijkheidsprobleem**

- **Liegen**
 - wordt op de duur tweede natuur

- **Stelen - crimineel gedrag**
 - gaat soms verslaving vooraf ...
 - ... en volgt er niet altijd op

- **Manipuleren**
 - speels karakter
 - niet steeds bewust

- **Zich onttrekken aan verantwoordelijkheid**

“Games addicts play”

- **De agressieve toer**
 - angstgevoelens

- **De zielige toer**
 - medelijden

- **De “U bent de grote deskundige” toer**
 - ijdelheid

- **De “Aanhouder wint” toer**
 - tijdsbestek

Stereotiep gedrag bij mensen met een afhankelijkheidsprobleem

Stereotiepe gedragingen



Vaak Volgende reacties:

- **Verslaafde = lastpost**
(zo snel mogelijk kwijtraken)
- **Verslaafde = tragisch**
(kost wat kost helpen)



NON-PRODUCTIEF

Reacties van de hulpverlener

- Eigen waarden en normen
- Gedrag onderkennen
- Gedrag benoemen
- Gedrag afkeuren
- Consequent
- Grenzen stellen
- Wijzen op de regels
- Bevragen
- Begrip tonen
- Niet alleen

C. METHODIEK 3 : MOTIVERENDE GESPREKSVOERING (MILLER)

Duur: 20 minuten

1. Doelstelling

- Inzichten opdoen inzake motivatie en motiverende gespreksvoering.
- Inzien dat er een grotere variatie bestaat in motivatie dan 'gemotiveerd' en 'niet gemotiveerd'.
- Inzien waarom de techniek van motiverende gespreksvoering van belang is.
- Kennis nemen van de mogelijke interventies die huisartsen hierbij kunnen uitvoeren.
- Kennis nemen van de misverstanden die er heersen rond motiverende gespreksvoering.

2. Werkwijze

Uiteenzetting:

1. De veranderingscirkel: zeer korte duiding van het model met klemtoon op de koppeling van het veranderingsmodel aan de interventies van de hulpverlener. Het is niet de bedoeling het veranderingsmodel op zich uit te leggen (dit gebeurt in de module 'Inzicht in middelenmisbruik').
Voor wie deze module reeds volgde is dit herhaling; wanneer de groep deze module nog niet gevolgd heeft, kan hiernaar verwezen worden.
2. Welke mogelijke interventies hebben huisartsen ter beschikking?
3. Wat te doen bij weerstand?
4. Kort samengevat.

3. Materiaal

Slides over motivatie en motiverende gespreksvoering.

4. Deelnemersmap

Motiverende gespreksvoering: tekst + slides.

Motiverende gespreksvoering

1. DE VERANDERINGSCIRKEL

Een model dat de verscheidenheid in motivatie ordent is het 'stages of change model' (Prochaska & DiClemente (1982)).

Het model van de stadia van verandering ziet de bereidheid tot gedragsverandering als een proces dat de cliënt meerdere keren kan doorlopen. De motivatie van cliënten om hun gedrag te wijzigen is aldus een dynamisch gebeuren (Verwijzen naar module 'Inzicht in middelenmisbruik').

Bij het opmaken van de balans voert de cliënt een soort innerlijke dialoog. Alleen de consequenties die de cliënt zelf ervaart als negatief en positief zullen echter van invloed zijn op de interne balans van voor- en nadelen. We dienen de cliënt dan ook zelf argumenten pro en contra van gebruik te laten formuleren.

Tijdens de gesprekken probeert de hulpverlener op een of andere manier invloed uit te oefenen op die interne balans van voor- en nadelen. Afhankelijk van de fase waarbinnen de patiënt zich in de veranderingscirkel bevindt, kan de hulpverlener:

- De voorbeschouwende cliënt motiveren om te gaan nadenken over eventuele verandering.
- De overpeinzende cliënt motiveren om tot een beslissing te komen.
- En vervolgens tot actie over te gaan.
- De cliënt in de actiefase motiveren om de veranderingen vast te houden.

2. WELKE MOGELIJKE INTERVENTIES HEBBEN HUISARTSEN TER BESCHIKKING ?

a. Stadium van 'Balans opmaken'

Door open vragen te stellen en de cliënt vrijuit te laten praten, kunnen we als hulpverlener belangrijke informatie verzamelen die later kan ingezet worden op de balans van voor- en nadelen.

- bvb. - Vertel eens over uw gebruik ?
- Wat vindt u er prettig aan ?
- Wat vindt u er minder prettig aan ?

Uiteraard dient de hulpverlener wel lijn te brengen in het gesprek en zo nodig om opheldering te vragen.

Luister empathisch en oefen geen druk uit. Daardoor stel je de cliënt in staat om zelf na te denken over zijn gebruik en de zaken eens rustig op een rijtje te zetten.

Reflecties en samenvattingen helpen de cliënt om op een gestructureerde wijze na te denken.

b. Stadium van 'Balans in beweging'

- * Op basis van de specifieke gegevens die de cliënt zelf heeft verstrekt, zoekt de hulpverlener mogelijkheden om de balans te beïnvloeden. De cliënt zal pas in verandering geïnteresseerd zijn wanneer hij zelf discrepantie ervaart tussen zijn huidige situatie en de situatie waarin hij zou willen verkeren. De hulpverlener kan door relevante opmerkingen en gedachten samen te vatten en te reflecteren deze discrepantie oproepen. Essentieel is dat de cliënt deze discrepantie in verband brengt met zijn gebruik. Je kan eventueel een gerichte vraag stellen als "En welke rol speelt uw druggebruik hierbij ?"
- * Soms kan ook een paradoxaal interventie zinvol zijn. De hulpverlener speelt op het juiste moment de advocaat van de duivel. De cliënt zal dan soms meer geneigd zijn zijn eigen twijfels over of nadelen van gebruik naar voren te brengen.
- * Als de cliënt discrepantie ervaart tussen zijn huidige en de gewenste situatie, als de cliënt de voordelen maar ook de nadelen ervaart van zijn huidig gebruik, m.a.w. als de cliënt een zekere ambivalentie ervaart t.a.v. zijn gebruik, dan is het belangrijk deze ambivalentie te benoemen :
"Dus, aan de ene kant denkt u... aan de andere kant...U weet eigenlijk nog niet wat u wilt, u denkt 'moet ik nu iets veranderen of niet?' Hoe zou u dit dilemma kunnen oplossen ? Laten we het eens over de voordelen hebben. Ziet u een mogelijkheid om die voordelen op een andere manier te ervaren ? Laten we het eens over de nadelen hebben. Welke mogelijkheden ziet u om hiervan af te geraken ? "

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Motiverende gespreksvoering

- * Objectieve informatie m.b.t. drugs in het algemeen, maar ook de effecten ervan voor de cliënt zelf, kunnen wanneer ze op het juiste moment worden aangebracht een belangrijke rol spelen bij het opmaken van de interne balans.
- * Naast voor- en nadelen van gebruik is het ook belangrijk te gaan kijken naar de positieve consequenties van alternatief gedrag op korte termijn: "Wat zouden de voordelen kunnen zijn van stoppen met gebruik? Hoe zou uw leven erop vooruitgaan? Wat zijn de dingen waar u nu door uw gebruik niet meer aan toe komt?" Het komt erop neer de cliënt zelf bekrachtigers van verandering te laten zoeken die op dat moment nog geen gewicht in de schaal leggen. Er is gerichte aandacht nodig om die bekrachtigers boven water te krijgen en een rol te laten spelen bij de opstelling van de balans.

Wanneer de cliënt een duidelijke discrepantie ervaart tussen voor- en nadelen met een duidelijk overwicht van de nadelen, dan zal de balans in beweging komen en doorslaan van 'overpeinzing' naar 'beslissing' of 'actie'.

Aanwijzingen dat de cliënt bereid is om te veranderen:

- de cliënt ontkent zijn problemen niet langer meer
- de cliënt stelt minder vragen over gebruik en mogelijke problemen van gebruik
- de cliënt kijkt meer gespannen
- de cliënt maakt opmerkingen waaruit motivatie blijkt
- de cliënt stelt meer vragen over gedragsverandering
- de cliënt denkt meer na over een leven zonder gebruik
- de cliënt experimenteert met mogelijke veranderingen
- de cliënt straalt in houding en bewoordingen een zekere bereidheid uit.

c. Het stadium 'De balans is doorgeslagen'

Wanneer cliënten gemotiveerd zijn om actie te ondernemen zullen zij een grote behoefte hebben aan sturende en directieve interventies gericht op het feitelijk veranderen van gedrag.

Wanneer de cliënt aangeeft 'iets' te willen veranderen, trekt de hulpverlener conclusies en verbindt daar vervolgens samen met de cliënt consequenties aan:

- Wat wil de cliënt gaan veranderen?
- Wat wil de cliënt bereiken? (Formuleer een plan!)
- Hoe denkt de cliënt deze veranderingen te gaan uitvoeren?
- Welke problemen verwacht de cliënt hierbij tegen te komen?
- Is de cliënt in het verleden al eens gestopt met gebruik? Hoe verliep dat toen? Hoe kan hij problemen die toen optraden deze keer proberen te vermijden?

M.a.w. de hulpverlener helpt de cliënt met het concretiseren van een plan om iets te veranderen, met het bespreken van de obstakels die de cliënt kan tegenkomen en hoe de cliënt deze obstakels kan omzeilen.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Motiverende gespreksvoering

Soms formuleert de cliënt een niet realistisch plan. De hulpverlener kan dan een onderbouwd advies geven aan de cliënt, doch hij dient daarbij steeds te bewaken dat de cliënt zelf de ruimte krijgt om te bepalen wat er gaat gebeuren.

Stimuleer en ondersteun de zelfredzaamheid van de cliënt. Bij het vaststellen van een plan is het belangrijk om te bespreken of de cliënt zichzelf ook in staat acht om de geplande veranderingen in de praktijk te brengen.

In hoeverre verwacht hij daar negatieve consequenties van en wat zou hij zelf kunnen doen om deze negatieve consequenties te ondervangen.

Wat zijn de mogelijkheden, vaardigheden, sterke kanten van de cliënt om eventuele problemen op te lossen? Hoe heeft hij dat in het verleden aangepakt?

Verbaal belonen van gedragsveranderingen kan de focus van de hulpverlening verleggen naar de zelfredzaamheid van de cliënt.

In de loop van het gesprek wordt meestal snel duidelijk of de cliënt in staat zal zijn om de geplande veranderingen zelf uit te voeren, of dat er behoefte is aan hulp.

3. WAT TE DOEN BIJ WEERSTAND ?

De rol van de weerstand

De kern van de motiverende gespreksvoering is de aansluiting bewaken met de afweging van de voor- en nadelen die de cliënt op ieder moment maakt en interventies laten aansluiten op deze afweging.

Een belangrijke rol daarbij speelt 'weerstand': vaak wordt met weerstand een soort onwil of onvermogen van de cliënt bedoeld om te veranderen.

Weerstand wordt dan gezien als een obstakel voor succes, vergelijkbaar met 'ongemotiveerd' zijn. De gedachte is: zolang de cliënt weerstand vertoont, ongemotiveerd is, valt er voor de hulpverlener weinig eer te behalen.

Evenwel, weerstand is vaak veel meer het resultaat van de interventies van de hulpverlener dan een innerlijk cliëntkenmerk.

Weerstand is vaak een aanwijzing dat er iets schort aan de aansluiting tussen hulpverlener en cliënt.

De vraag is dus niet 'biedt de cliënt weerstand?', maar 'wat kan ik als hulpverlener doen om weerstand te voorkomen en wanneer er toch weerstand optreedt, hoe kan ik er dan het beste mee omgaan?'

Hoe kan men weerstand voorkomen ?

*** ZORG VOOR AANSLUITING MET HET MOTIVATIESTADIUM**

Besteed aandacht aan de motivatie van de cliënt, of zijn balans van voor- en nadelen.

Pas de interventie aan aan het stadium waarin de cliënt zich bevindt. Hoedt u ervoor te snel vooruit te willen.

De hulpverlener kan ook 'te langzaam' gaan voor de cliënt. Deze is bvb klaar voor actie, terwijl de hulpverlener uitgebreid informatie blijft verzamelen over de gebruikersgeschiedenis, de relatie met de ouders tijdens de jeugd,... Het gevaar bestaat dat de cliënt in dit geval niet meer reageert op al de pogingen informatie los te krijgen en door de hulpverlener verweten wordt zich onvoldoende in te zetten. Ironisch genoeg kan zo bij een gemotiveerde cliënt alsnog weerstand worden opgeroepen.

*** VERMIJD DISCUSSIE EN ARGUMENTATIE**

Hierbij probeert de hulpverlener direct zelf gewichtjes te plaatsen op de kant van de weegschaal van nadelen van gebruik en voordelen van stoppen met gebruik.

Per definitie heeft ieder gebruik belangrijke positieve consequenties voor de cliënt. De cliënt zal evenredig veel aandacht beginnen besteden aan de andere kant van de balans, misschien zelfs geïrriteerd geraken.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk
Motiverende gespreksvoering

*** FORMULEER CLIENTVRIENDELIJK**

Een onzorgvuldige woordkeus kan ertoe leiden dat de cliënt zich niet begrepen voelt en kan terughoudendheid of een verdedigende houding en weerstand tot gevolg hebben. Bepaalde vragen of opmerkingen kunnen onbedoeld een veroordeling inhouden van het gedrag van de cliënt. Ook dit kan snel weerstand oproepen of versterken.

Wat doe ik als hulpverlener wanneer er weerstand optreedt ?

Het is steeds mogelijk dat de hulpverlener, hoe zorgvuldig hij ook te werk gaat, de aansluiting met de cliënt verliest en dat er weerstand optreedt. Wanneer weerstand optreedt is het aan de hulpverlener om deze te herkennen, te achterhalen wat de oorzaak ervan is en vervolgens de eigen koers aan te passen om de aansluiting proberen te herstellen.

*** HERKEN WEERSTAND**

Mogelijke aanwijzingen voor optredende weerstand zijn :

- de cliënt geeft algemene nietszeggende antwoorden,
- de cliënt zegt zeer weinig,
- de cliënt zegt "ja, maar.." en laat duidelijk blijken het niet eens te zijn met de hulpverlener,
- de cliënt gaat in discussie en begint te argumenteren,
- de cliënt kijkt weg, en reageert niet meer op wat de hulpverlener zegt,
- de cliënt zit achterover of onderuit, de hulpverlener voorovergebogen,
- de cliënt wordt ongeduldig en geïrriteerd.

Openlijke weerstand " Ik ben het niets eens met wat je zegt!" is makkelijker te herkennen, waardoor de koers vaak eerder kan worden bijgesteld.

*** HERSTEL DE AANSLUITING**

Wanneer de hulpverlener zich bewust is van optredende of bestaande weerstand, is het zijn taak om te proberen de aansluiting met de cliënt terug te herstellen. Dit kan vaak al verwezenlijkt worden door de cliënt concreet te vragen naar de richting die hij wil uitgaan, of door de oorzaak van het stilzwijgen te bevragen.

*** ROL MEE MET DE WEERSTAND**

De hulpverlener past zich niet aan aan de koers van de cliënt door middel van bvb een empathische opmerking, maar gebruikt de weerstand van de cliënt in zijn eigen voordeel. bvb " Maar mijn buurman Johan drinkt nog veel meer dan ik,..".
" Dat is een pluspunt voor u. Het is voor u dus gemakkelijker om te stoppen met drinken dan voor Johan."

*** RESPECTEER HARDNEKKIGE WEERSTAND**

Wanneer de cliënt blijft ontkennen dat er problemen zijn, kan de hulpverlener dat best serieus nemen.

De hulpverlener kan op zo een moment, na het nog eens samenvatten van de risico's van het huidige gebruik, best samen met de cliënt besluiten de hulpverlening te beëindigen. Belangrijk daarbij is dat de hulpverlener geen oordeel uitspreekt over de beslissing van de cliënt, maar wel de cliënt duidelijk maakt dat de deur open blijft en dat hij elk moment kan terugkomen. Eventueel kan een brochure meegegeven worden.

4. MISVERSTANDEN MET BETREKKING TOT MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

a. Er wordt wel eens gezegd dat bij motiverende gespreksvoering vooral luisteren en empathie dienen centraal te staan en dat de hulpverlener niet stuurt, niet directief is.

Structureren is een basistechniek bij de motiverende gespreksvoering. Zeker bij twijfelende cliënten heeft structureren een sterk motiverende werking wat de neiging tot gedragsverandering vergroot.

De cliënt is nog bezig met het maken van een afweging van voor en nadelen van gebruik. Een terughoudende, luisterende hulpverlener helpt de cliënt met het opmaken van die balans en het trekken van een goede conclusie.

Op bepaalde momenten is motiverende gespreksvoering echter ook directief, namelijk wanneer de cliënt besluit om 'iets' te gaan veranderen, ook al weet hij niet goed wat en hoe. De cliënt die 'iets' wil veranderen, de balans is doorgeslagen naar 'beslissing of actie', heeft behoefte aan meer ondersteuning: de hulpverlener reflecteert niet alleen, maar hij bespreekt ook de veranderingen die volgens de cliënt noodzakelijk zijn en werkt toe naar conclusies.

b. Een tweede misverstand betreft de gedachte dat motiverende gespreksvoering niet confronteert.

Inderdaad de hulpverlener confronteert de cliënt niet met zijn eigen subjectieve redenering ('Ik vind toch echt dat u moet stoppen met gebruik!'), maar hij confronteert de cliënt wel met de objectieve informatie die de cliënt zelf heeft verstrekt, zoals de negatieve consequenties die de cliënt zelf noemt, of met objectieve feiten over de werking van bepaalde middelen.

c. Een andere misverstand is de gedachte dat motiverende gespreksvoering een soort voorloper is van de 'echte hulpverlening'. Eerst moet de cliënt gemotiveerd worden, vervolgens kan er aan de gedragsverandering gewerkt worden.

Overgang van 'overpeinzing' naar 'verandering' en 'handhaving van gemaakte veranderingen', verloopt zelden in een keer. De afweging die iemand op een bepaald moment maakt tussen stoppen of niet stoppen is vaak instabiel en grillig. Op het ene moment kan de cliënt de bereidheid uitspreken om 'iets' te veranderen. Een uur later, wanneer de consequenties daarvan beginnen door te wegen kan de cliënt alweer gaan twijfelen. De cliënt kan na een enthousiast begin omwille van ontwenningverschijnselen terug gedemotiveerd geraken. Daarnaast kan de cliënt sterk gemotiveerd zijn voor verandering op een gebied, maar op een ander gebied nog zijn twijfels hebben. Het verzamelen van informatie, het beïnvloeden van de balans en het trekken van conclusies zijn dynamische processen die door elkaar lopen, elkaar gedeeltelijk overlappen en elkaar ook voortdurend afwisselen. Dat is afhankelijk van de grillen van de cliënt en de hulpverlener.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk
Motiverende gespreksvoering

Ook later tijdens de hulpverlening blijft de motivatie van de cliënt aandacht vragen, bvb wanneer de cliënt zijn gebruik heeft stopgezet. De vraag is dan of de cliënt tevreden is met zijn nieuwe situatie, gemotiveerd blijft, of zijn nieuwe leven zonder gebruik toch minder geweldig vindt dan hij had verwacht.

Motiverende gespreksvoering is niet zozeer een methodiek waarvan al dan niet gebruik wordt gemaakt, maar kan beter gezien worden als een stijl van hulpverlening, een attitude die gericht is op het omzeilen van weerstand en het in stand houden van de motivatie van de cliënt.

De cliënt zal in iedere fase van de hulpverlening aangeven waar hij op dat moment staat door middel van verbale en non-verbale signalen van motivatie en weerstand. De hulpverlener gaat systematisch door op opmerkingen van de cliënt die motivatie uitstralen en laat zijn koers bijsturen door opmerkingen die weerstand uitstralen. Deze attitude is er dus vooral op gericht om op ieder moment aansluiting te houden met de cliënt- soms door middel van empathisch reflecteren en op andere momenten door conclusies te trekken en directieve interventies te plaatsen.

De volgende metafoer illustreert de attitude van motiverende gespreksvoering :
" Een moeilijke bergtocht door een beginnend bergbeklimmer en een gids vereist een goede samenwerking. De klimmer bepaalt de bestemming en geeft de klimsnelheid aan; de gids begeleidt deskundig en helpt bij het overwinnen of ontwijken van obstakels. Zolang de gids zijn snelheid en richting aanpast aan wat de klimmer kan en wil, zal deze zich voluit inzetten. De klimmer zal echter afhaken wanneer hem de richting niet aanstaat, wanneer de gids te snel gaat of wanneer hij een route neemt die te moeilijk is.

5. KORT SAMENGEVAT

WEL :

- Open vragen stellen
- Structuur brengen in het gesprek
- Empathisch luisteren
- Reflecteren en samenvatten
- Discrepanties oproepen
- Ervaren discrepanties in verband brengen met gebruik
- Paradoxaal interveniëren
- Ambivalenties benoemen
- Objectieve informatie verschaffen
- Zoeken naar positieve consequenties van alternatief gedrag op korte termijn
- Zo nodig sturend en directief interveniëren
- Concretiseren van een actieplan
- Bespreken van obstakels bij verandering
- Onderbouwd advies geven
- De zelfredzaamheid van de cliënt stimuleren en ondersteunen

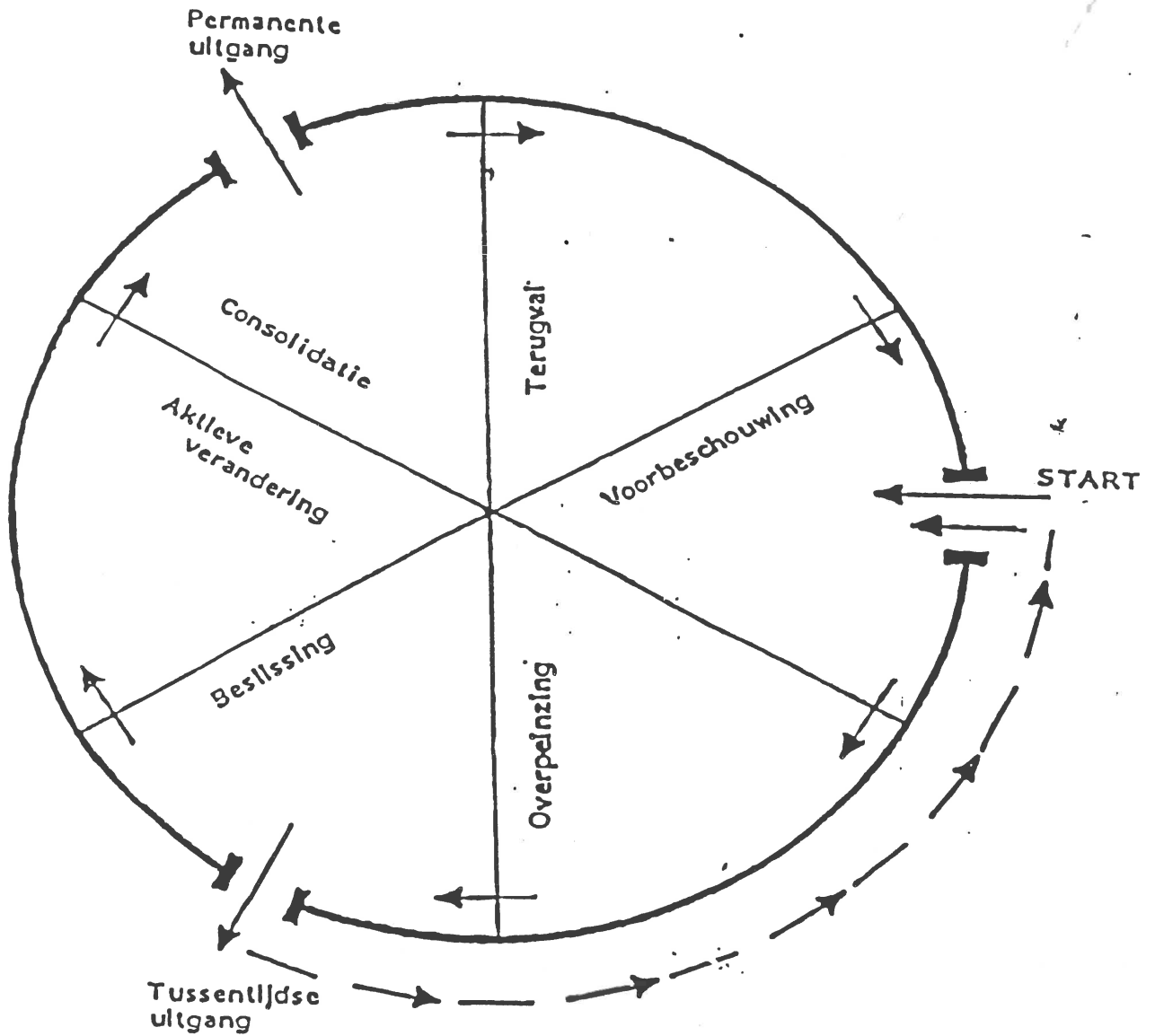
DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk
Motiverende gespreksvoering

- Verbaal belonen van gedragsveranderingen
- Zorgen voor aansluiting met het motivatiestadium van de cliënt
- Formuleer cliëntvriendelijk
- Herken weerstand
- Respecteer hardnekkige weerstand

NIET:

- Geen druk uitoefenen
- Niet betuttelen
- Geen subjectieve boodschappen
- Geen vragen of opmerkingen die bewust of onbewust een veroordeling inhouden
- Discussie en argumentatie vermijden
- Blijven doorbomen, ondanks duidelijke weerstand

De veranderingscirkel



Naar: Prochaska en
Diclemente (1982)

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Motiverende gespreksvoering

Motiverende gesprekstechnieken

PRINCIPES	VALKUILEN	STADIA VAN VERANDERING	INTERVENTIES VAN DE HULPVERLENER	TECHNIEKEN
<ul style="list-style-type: none"> • onvoorwaardelijke acceptatie • contact krijgen en houden • creëren van cognitieve dissonantie • verantwoordelijkheid bij de cliënt laten • meegaan met de weerstand • samenwerken 	<ul style="list-style-type: none"> • schijnbaar duidelijk zijn over het behandelingsdoel • te snel gaan • ongevraagde adviezen geven • wegpraten • te snel therapeutische maatregelen treffen • ongevraagde optimistische voorspellingen • ongelooft in de mogelijkheden tot verandering • moraliseren/beschuldigen • beschermen 	<ul style="list-style-type: none"> • voorstadium • overwegen • beslissen • uitvoeren • volhouden • terugval 	<p>UITLOKFASE</p> <p>INFORMATIEFASE</p> <p>ONDERHANDELINGS-FASE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • luistertechnieken • Non-verbaal • verbaal: <ul style="list-style-type: none"> • reflecteren • samenvatten • structureren • vragen stellen • paradoxale technieken • creatieve technieken

Samenwerkingsverband VAD-CGG

Vormingsaanbod huisartsen inzake de aanpak van illegale drugproblematiek

Trainersmap

BASISHOUDING

Aanvaarden

en

grenzen stellen

zonder

het contact met de cliënt te verliezen

De randvoorwaarden van het motiverend proces

Het verschil tussen effectief en constructief

1. Voldoende kennis van de problemen (informatie)
2. Voldoende bezorgdheid over zijn problemen (lijdensdruk/ambivalentie)
3. Vindt zichzelf in voldoende mate de moeite waard om zich voor deze problemen in te zetten (gevoel van eigenwaarde)
4. Heeft voldoende vertrouwen in zijn vermogen om met zijn inzet resultaat te bereiken (competentie)
5. Voldoende vrijheid om zelf zijn keuzes te maken (vrijheid en verantwoordelijkheid)
6. Voldoende vaardigheden om effectief de oorzaken en de instandhoudende factoren van zijn probleemgedrag op te lossen (self-efficacy en interne attributie: de observatie van het eigen functioneren bepaalt de zelf-gepercipieerde efficiëntie).

Valkuilen in het motiveringsproces

1. Schijn duidelijk zijn over behandelingsdoel
2. Te snel gaan
3. Ongevraagde adviezen geven
4. Wegpraten
5. Te snelle therapeutische maatregelen treffen
6. Ongevraagde optimistische voorspellingen geven
7. Ongeloof in mogelijkheden tot verandering bij de cliënt
8. Moraliseren of beschuldigen van de cliënt
9. Beschermen van de cliënt

Valkuilen

1. Omtrent de pathologie
2. Omtrent de patiënt
3. Omtrent het veranderingsproces
4. Omtrent de positie van de therapeut

Erkenning en behandeling van (problematisch) illegaal druggebruik door de huisarts

FASE 1: VERMOEDEN VAN ILLEGAAL DRUGGEBRUIK

Doel: _

vroegtijdig signaleren

Middel:

- "Alert blijven", "Let op signalen van druggebruik"
- Bij ieder niet goed verklaarbaar probleem (lichamelijk, psychisch, sociaal)

Aanvullend:

- Algemeen KO
- Bloedonderzoek
- Urine drugsscreening

Erkenning en behandeling van (problematisch) illegaal druggebruik door de huisarts

FASE 2: VERIFIËREN VAN VERMOEDEN

Doel:

verifiëren van vermoeden

Middel:

- Open, niet-oordelende vragen
- Duidelijk aangeven waarom vragen gesteld worden
- Zo patiënt gebruik bevestigt, eventueel een meer gedetailleerde druganamnese
- Gestandaardiseerde vragenlijst

Erkenning en behandeling van (problematisch) illegaal druggebruik door de huisarts

FASE 3: BEGELEIDING VAN DE DRUGGEBRUIKER

STADIUM 1: VOORBESCHOUWING

Patiënt:

- wil van zijn klachten af
- geen relatie tussen klachten en gebruik

Doel:

- patiënt ertoe brengen te erover te praten
- inzicht verschaffen tussen klacht en gebruik

Arts:

- uitgebreide druganamnese
- algemene + specifieke voorlichting
- vervolgspraken + eventueel gerichte opdrachten

Erkenning en behandeling van (problematisch) illegaal druggebruik door de huisarts

FASE 3: BEGELEIDING VAN DE DRUGGEBRUIKER

STADIUM 2: BEWUSTWORDING

Patiënt:

- bewust van verband klacht/gebruik
- inzicht in aard/omvang problematiek

Doel:

- balans voordelen versus nadelen beïnvloeden
- cognitieve dissonantie teweegbrengen

Arts:

- uitgebreide registratie balans voordelen vs. nadelen
- motiverende gespreksvoering: voordelen vs. nadelen
- vervolgspraken, gerichte opdrachten
- positieve bekrachtiging

Erkenning en behandeling van (problematisch) illegaal druggebruik door de huisarts

FASE 3: BEGELEIDING VAN DE DRUGGEBRUIKER

STADIUM 3: BESLUITVORMING

Patiënt:

neemt zijn besluit over toekomstig gebruik

Doel:

Zo wenst hij te veranderen:
samen met patiënt zorgen voor concreet actieplan

Arts:

- reflecteren en registreren van dit besluit
- bespreken van voor- en nadelen
- helpen bij keuze van hoe doel bereikt wordt
- overwegen van aanvullende ondersteuning
- vervolgspraken

Erkenning en behandeling van (problematisch) illegaal druggebruik door de huisarts

FASE 3: BEGELEIDING VAN DE DRUGGEBRUIKER

STADIUM 4: BEGELEIDING VAN DE DRUGGEBRUIKER

Patiënt:

brengt de voorgenomen gedragsverandering ten uitvoer

Doel:

patiënt bijstaan bij de realisering ervan:

Arts:

- farmacotherapie
- vervolgafspraken, evaluatiemomenten
- retrospectieve analyse van terugval-momenten
- informeren naar oorspronkelijke klachten

Erkenning en behandeling van (problematisch) illegaal druggebruik door de huisarts

FASE 3: BEGELEIDING VAN DE DRUGGEBRUIKER

WEERSTAND

= Er schort iets aan de aansluiting hulpverlener/patiënt

‡ Hoe kan men weerstand voorkomen?

- Zorg voor aansluiting met motivatiestadium
- Vermijd discussie en argumentatie
- Formuleer patiëntvriendelijk

FASE 3: BEGELEIDING VAN DE DRUGGEBRUIKER

WEERSTAND

▶ Hoe kan men weerstand voorkomen?

- Herken weerstand
- Herstel de aansluiting
- Rol mee met de weerstand
- Respecteer hardnekkige weerstand

D. METHODIEK 4 : SITUATIES : VRAGEN VAN DE OMGEVING

1. Doelstelling

- Reflecteren over interventiemogelijkheden in situaties waarin contact met de familie een belangrijke rol speelt:
- Afwegen van de positieve en negatieve aspecten van diverse interventiestrategieën
- Kritisch in vraag stellen van de eigen interventiestijl.
- Interventies onderbouwen vanuit een doordachte visie

2. Werkwijze

Een grote groep deelnemers wordt best gesplitst in kleinere groepjes. De deelnemers duiden elk individueel per situatie aan welke interventies ze zouden doen. Nadien wordt elke situatie met de gekozen interventie(s) samen besproken. Elke deelnemer motiveert zijn eigen keuze, bevraagt deze van anderen, weegt de mogelijkheden en beperkingen af van elke interventie. Per situatie worden belangrijke interventieaspecten toegelicht. Als besluit kunnen een aantal "kapstukken" worden geformuleerd die bij het interveniëren in het algemeen kunnen nuttig zijn.

3. Tips voor bespreking

- a) Algemene bespreking
1. Wat is de vraag achter de vraag en wie stelt ze waartoe?
 2. Inschatting motivatie (wie is voor wat gemotiveerd?)
 3. Verantwoordelijkheid niet zomaar overnemen maar laten waar ze hoort te zijn (redders - fantasie, probleemoplosser, iets "doen" om jezelf "goed" te voelen...)
 4. "Een straatje om gaan"
 5. Omgaan met relationele context en de aanwezige perspectieven (hoe is de relatie ouders - kind, hoe beleven familieleden de situatie en welke betekenis hechten ze aan...)
 6. Rekening houden met de voorgeschiedenis
 7. Omgaan met thema's als ongerustheid, schaamte- en schuldgevoelens, gebrek aan informatie
 8. Creëren van "hoop" en positieve verwachtingen
 9. Correct omgaan met het beroepsgeheim
 10. Aspecten van deze situaties kaderen in de bredere praktijkvoering

b) Bespreking per situatie

4. Materiaal

Situaties: Vragen van de omgeving

5. Deelnemersmap

Werkblad Situaties: Vragen van de omgeving

Werkblad Situaties: vragen van de omgeving

Situatie 1

Een bezorgde en verontruste moeder telefoneert voor een dringende afspraak met volgend verhaal: Ze werd gecontacteerd door de klastitularis (of vertrouwenspersoon) van de school met de boodschap dat haar 14-jarige zoon betrapt is met marihuana. "Mijn zoon is verslaafd, er moet dringend iets gebeuren!! Hoe is dat toch mogelijk, wij hebben hem altijd goed opgevoed! Wat moeten we nu toch doen?"

Interventiemogelijkheden

- a) Verwijzen naar gespecialiseerd ambulanc centrum: " Zij kunnen jullie het beste helpen"
- b) Contact nemen met een residentieel centrum voor opname.
- c) Ouders uitnodigen op consultatie en hen gerust stellen.
- d) Ouders en zoon uitnodigen voor een gezamenlijk gesprek om duidelijkheid te krijgen rond het probleem.
- e) De zoon op consultatie laten komen (of desnoods op huisbezoek gaan) om hem te overtuigen dat hij een probleem heeft.
- f) Een combinatie van voorgaande. Zo ja, welke?
- g) Andere....

Tips voor bespreking

- * Wat vraagt de moeder:
 - gerustgesteld worden in haar gevoel van falen als opvoedster?
 - een onmiddellijke en concrete oplossing?Ga je in op die vragen en hoe doe je dat dan?
- * Wat weet je van de zoon (voorgeschiedenis, verhouding met ouders, andere problemen..)?
- * Hoe rekening houden zowel met de ouders als met de zoon (probleem van ouders terwijl de zoon misschien geen problemen ervaart)?
- * In de bredere praktijkvoering plaatsen van thema's als: omgaan met ongerustheid, hoe omgaan met onwetendheid, hanteren van huisbezoek versus raadpleging

Situatie 2

Ouders bellen tijdens de wachtdienst voor dringend huisbezoek. Hun 16 jarige dochter is helemaal uit haar bol gegaan na een nachtje stappen. Ze stond met een mes voor moeder en eiste geld, vader heeft haar 1000fr. toegestopt en ze zo kunnen tegenhouden. Ze is dan buiten gelopen en heeft de bloempotten in de tuin omver geworpen. Ze is dan in een auto gestapt die wat verder geparkeerd stond. " We hebben die al vaker hier zien staan". "Wat moeten we nu toch doen?"

Interventiemogelijkheden

- a) Bij huisbezoek de ouders aanraden de politie te verwittigen.
- b) De procureur verwittigen voor gedwongen opname bij hoogdringendheid (cfr. dochter is gevaar voor zichzelf en anderen).
- c) De ouders proberen tot rust te brengen en een kalmeermiddel voorschrijven voor de moeder die duidelijk over haar toeren is.
- d) De ouders adviseren een gedwongen opname in gang te zetten en daarvoor een medisch attest schrijven.
- e) Afspreken met de ouders dat ze zeker terug contact kunnen opnemen als de dochter terug thuis is. "Ik kan nu moeilijk iets doen als ik haar niet gezien heb".
- f) Een combinatie van voorgaande mogelijkheden. Welke en waarom?
- g) Andere...

Tips voor bespreking

- * Neem je de aangeboden verantwoordelijkheid op en laat je je leiden tot het nemen van (overhaaste?) beslissingen?
- * Hoe laat je de hoofdverantwoordelijkheid bij de ouders?
- * Overweeg de gevolgen van elk ingrijpen: welke kunnen de positieve en negatieve gevolgen zijn op korte en lange termijn?
- * Waarom staat een kind met een mes voor zijn ouders? Hoe was en is de ouder - kindrelatie?
- * Is dit nog louter een zaak voor de huisarts? Zo niet, naar wie kan je dan doorverwijzen?

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Situaties: vragen van de omgeving

Situatie 3

Ouders verschijnen op het spreekuur met hun 20- jarige zoon - met lang gezicht-
" Ge weet dat hij vroeger drugs gebruikte. Nu is hij er weeral mee begonnen. Hij stempelt en doet geen moeite om werk te vinden. Er zit niks meer in hem, hij interesseert zich aan niks, eet niet meer, ligt maar altijd te suffen en te niksen. We hebben eens serieus met hem gepraat. Hij begrijpt nu dat hij zo niet langer in huis kan blijven. Hij is nu echt gemotiveerd om er iets aan te doen, hij wil nu opgenomen worden. Kunt ge dat regelen want anders denkt hij er morgen misschien weer anders over."

Interventiemogelijkheden

- a) Meteen telefonisch opname regelen in een (psychiatrisch) ziekenhuis of therapeutische gemeenschap.
- b) Ouders adressen geven van waar ze terecht kunnen voor opname van hun zoon.
- c) Zoon apart spreken i.v.m. wat maakt dat hij nu wil opgenomen worden, wat hij verwacht van opname, en eventueel adressen bezorgen.
- d) Vragen aan de zoon om morgen alleen op spreekuur te komen.
- e) Ouders proberen duidelijk te maken dat ze wat te hard van stapel lopen (dreiging van uit huis te zetten / opname 'eisen') en informeren over ontwenningprogramma's.
- f) Een combinatie van voorgaande (welke en waarom?).
- g) Andere...

Tips voor bespreking

- * Wat is de motivatie van wie? Motivatie checken!
- * Welke is de hulpverleningsgeschiedenis: wat is er waar en bij wie misgelopen in (eventueel) vorige hulpverleningspogingen?
- * Hoe zit het met de motivatie van de jongen (op welke wijze voor wat gemotiveerd)?
- * Jongen zelf een afspraak voor een intakegesprek laten maken: intaker kan dan zelf de aanwezige motivatie afwegen en al dan niet beslissing tot opname bespreken!
- * Let op voor een vals gevoel van goed te handelen (ouders hun "zin" geven)!

Situatie 4

Zondagnacht om 5u. komt telefoon van vader om dringend langs te komen voor zijn 18-jarige dochter. Je bent huisarts van dit gezin. "Ze is zoals elk W. E. naar de 'MANIA' (discotheek) geweest en komt met veel lawaai thuis. Ze gedraagt zich 'eigenaardig', is niet in haar gewone doen, erg opgewonden, wil niet gaan slapen, zet de stereo keihard.... Als we haar vroegen wat er aan de hand was zei ze dat iemand iets in haar glas had gedaan. Kunt ge haar niks geven om te kalmeren?"

Interventiemogelijkheden

- a) Op aandringen van de ouders een kalmerend middel toedienen... "en neem terug contact op als het niet betert...".
- b) Verwijzen naar een spoedopnamedienst, na telefonisch contact of na huisbezoek.
- c) Met de dochter alleen een gesprek voeren om uit te zoeken wat er precies aan de hand is.
- d) De dochter uitnodigen voor een gesprek morgen op het spreekuur
- e) De ouders telefonisch geruststellen en informeren over XTC- en amfetaminegebruik.
- f) Een combinatie van voorgaande (welke, waarom?).
- g) Andere...

Tips voor bespreking

- * Wie ervaart deze situatie als dringend? Welke gegevens bepalen de "dringendheid"?
- * Zit er een vraag achter de "vraag" van de ouders:
 - neemt mijn kind drugs?
 - wat heeft ze genomen?
 - zorg dat ze zwijgt, we willen slapen!
- * Welke informatie hebben we over dit meisje (hoe gedraagt ze zich in andere, "normale" omstandigheden, hoe is / was de relatie met haar ouders)?

Situatie 5

Een koppel dat het methadonprogramma volgt, belt op een vrijdagmiddag om 14u. Hun kindje van 3 jaar is een echte 'bleiter' die behoorlijk op de zenuwen kan werken. Vreemd genoeg is hij al spelend in slaap gevallen en niet wakker te krijgen. Ze hebben net ontdekt dat hij met hun potje methadon heeft gespeeld, dat per ongeluk gevallen was en onder de zetel is terecht gekomen. "Hij heeft er waarschijnlijk van gedronken. En we hebben onze methadon nodig voor morgen.."

Interventiemogelijkheden

- a) Het kind onderzoeken en zo nodig naar het ziekenhuis (laten) brengen.
- b) De coördinator / verstrekker van het methadonprogramma contacteren of de apotheker die de methadon afleverde.
- c) Een voorschrift maken voor een nieuwe dagdosis methadon.
- d) De ouders confronteren met hun onvergeeflijke (ongeloofwaardige,) slordigheid.
- e) De ouders direct bevragen of ze eigenlijk alleen maar uit zijn op een methadonvoorschrift omdat ze hun W. E.- dosis ineens hebben opgebruikt.
- f) Combinatie van voorgaande.(welke, waarom?)
- g) Andere...

Tips voor bespreking

- * Welke vraag staat hier voorop:
 - wat is er met ons kind?
 - we willen methadon omdat we zonder zitten?
- * Op basis van welke bevindingen laat je het kind naar het ziekenhuis brengen?
- * Met welke bedoeling neem je contact op met de verantwoordelijke van het methadonprogramma:
 - controleren of ze in het methadonprogramma zitten?
 - spelregels van het programma bevragen?
- * Hoe maak je een methadonvoorschrift?
- * Hoe wordt er omgegaan met de aanwezigheid van methadon in huis?

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Situaties: vragen van de omgeving

Situatie 6

Een 15-jarige student komt op consultatie. Een leraar op school heeft hem betrappt met een jointje. Er volgt een gesprek met deze leerkracht, tevens klastitularis. Deze waarschuwt hem voor de risico's van gebruik en de grote problemen die er op school kunnen komen. De ouders zijn niet op de hoogte van het gebruik. Hij adviseert hem om naar de huisarts te gaan om te bespreken wat hij het best kan doen.

Interventiemogelijkheden

- a) Contact opnemen met de leerkracht op school om het probleem te objectiveren.
- b) Contact opnemen met de ouders om samen met hun zoon het probleem te bespreken.
- d) Vragen dat de student zijn ouders inlicht, " Ze zullen vanuit de school toch wel contact nemen met je ouders".
- e) Een afspraak maken met een ambulant centrum.
- f) Hem vragen een afspraak te maken met een ambulant centrum.
- g) Zelf "aan de slag gaan" met deze jongen
- h) Een combinatie van voorgaande (welke, waarom?)
- i) Andere....

Tips voor bespreking

- * Hoe ga je om met je beroepsgeheim: contact opnemen met de ouders, met de leerkracht! (toestemming nodig van de student)
- * Jointjes roken: een probleem voor de school, maar ook een probleem voor de student???
- * Wat is de voorgeschiedenis??

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Situaties: vragen van de omgeving

Werkblad Situaties: vragen van de omgeving

Situatie 1

Een bezorgde en verontruste moeder telefoneert voor een dringende afspraak met volgend verhaal: Ze werd gecontacteerd door de klastitularis (of vertrouwenspersoon) van de school met de boodschap dat haar 14-jarige zoon betrapt is met marihuana. "Mijn zoon is verslaafd, er moet dringend iets gebeuren!! Hoe is dat toch mogelijk, wij hebben hem altijd goed opgevoed! Wat moeten we nu toch doen?"

Interventiemogelijkheden

- Verwijzen naar gespecialiseerd ambulanc centrum: " Zij kunnen jullie het beste helpen"
- Contact nemen met een residentieel centrum voor opname.
- Ouders uitnodigen op consultatie en hen gerust stellen.
- Ouders en zoon uitnodigen voor een gezamenlijk gesprek om duidelijkheid te krijgen rond het probleem.
- De zoon op consultatie laten komen (of desnoods op huisbezoek gaan) om hem te overtuigen dat hij een probleem heeft.
- Een combinatie van voorgaande. Zo ja, welke?
- Andere....

Motivatie eigen keuze:

-
-
-

Discussie in subgroepjes:

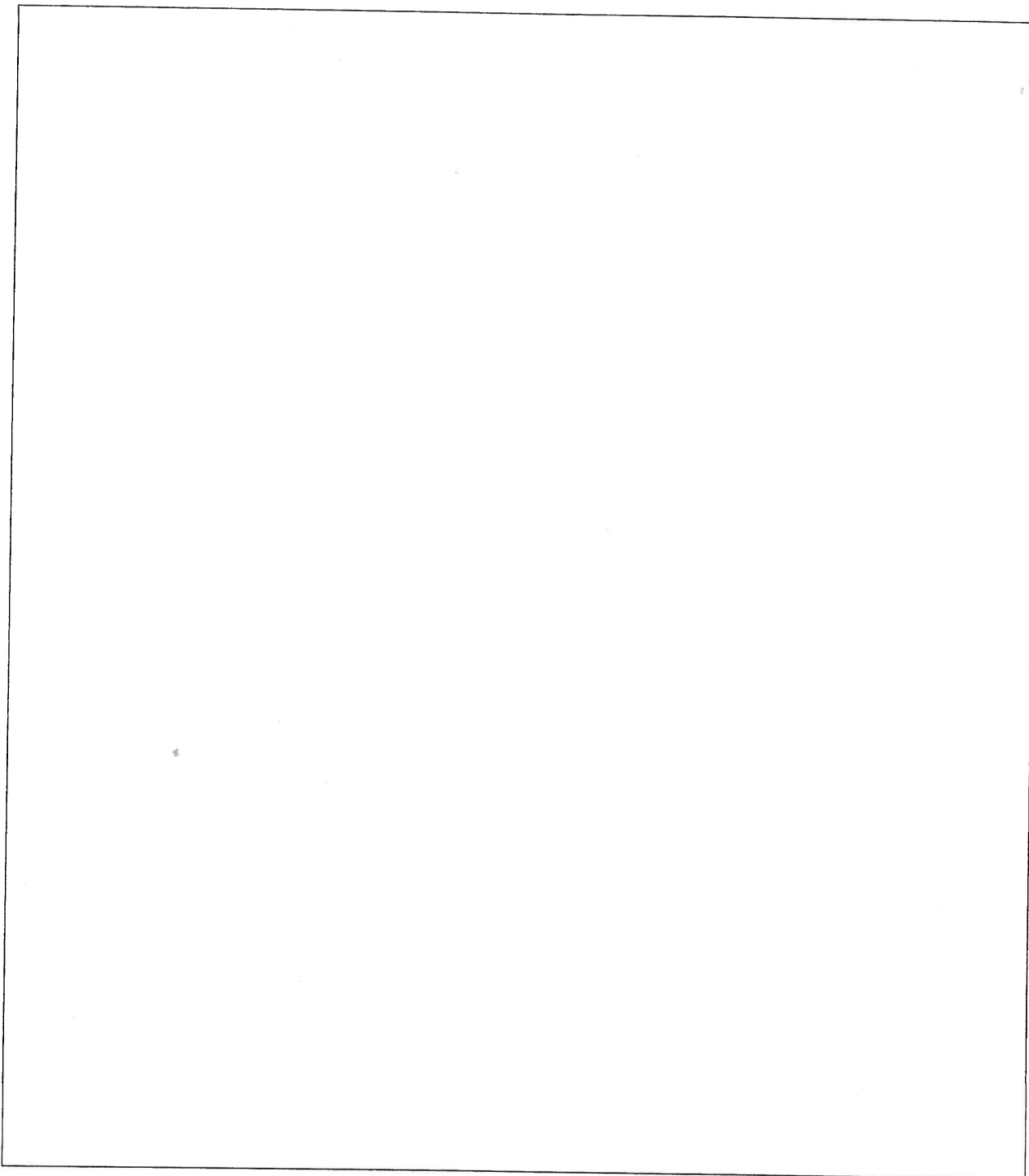
-
-
-
-
-
-
-

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Situaties: vragen van de omgeving

Belangrijke aandachtspunten bij vragen van de omgeving:



Werkblad Situaties: vragen van de omgeving

Situatie 2

Ouders bellen tijdens de wachtdienst voor dringend huisbezoek. Hun 16 jarige dochter is helemaal uit haar bol gegaan na een nachtje stappen. Ze stond met een mes voor moeder en eiste geld, vader heeft haar 1000 fr. toegestopt en ze zo kunnen tegen houden. Ze is dan buiten gelopen en heeft de bloempotten in de tuin omver geworpen. Ze is dan in een auto gestapt die wat verder geparkeerd stond. " We hebben die al vaker hier zien staan". "Wat moeten we nu toch doen?"

Interventiemogelijkheden

- a) Bij huisbezoek de ouders aanraden de politie te verwittigen.
- b) De procureur verwittigen voor gedwongen opname bij hoogdringendheid (cfr. dochter is gevaar voor zichzelf en anderen).
- c) De ouders proberen tot rust te brengen en een kalmeermiddel voorschrijven voor de moeder die duidelijk over haar toeren is.
- d) De ouders adviseren een gedwongen opname in gang te zetten en daarvoor een medisch attest schrijven.
- e) Afspreken met de ouders dat ze zeker terug contact kunnen opnemen als de dochter terug thuis is. "Ik kan nu moeilijk iets doen als ik haar niet gezien heb".
- f) Een combinatie van voorgaande mogelijkheden. Welke en waarom?
- g) Andere...

Motivatie eigen keuze:

-
-
-

Discussie in subgroepjes:

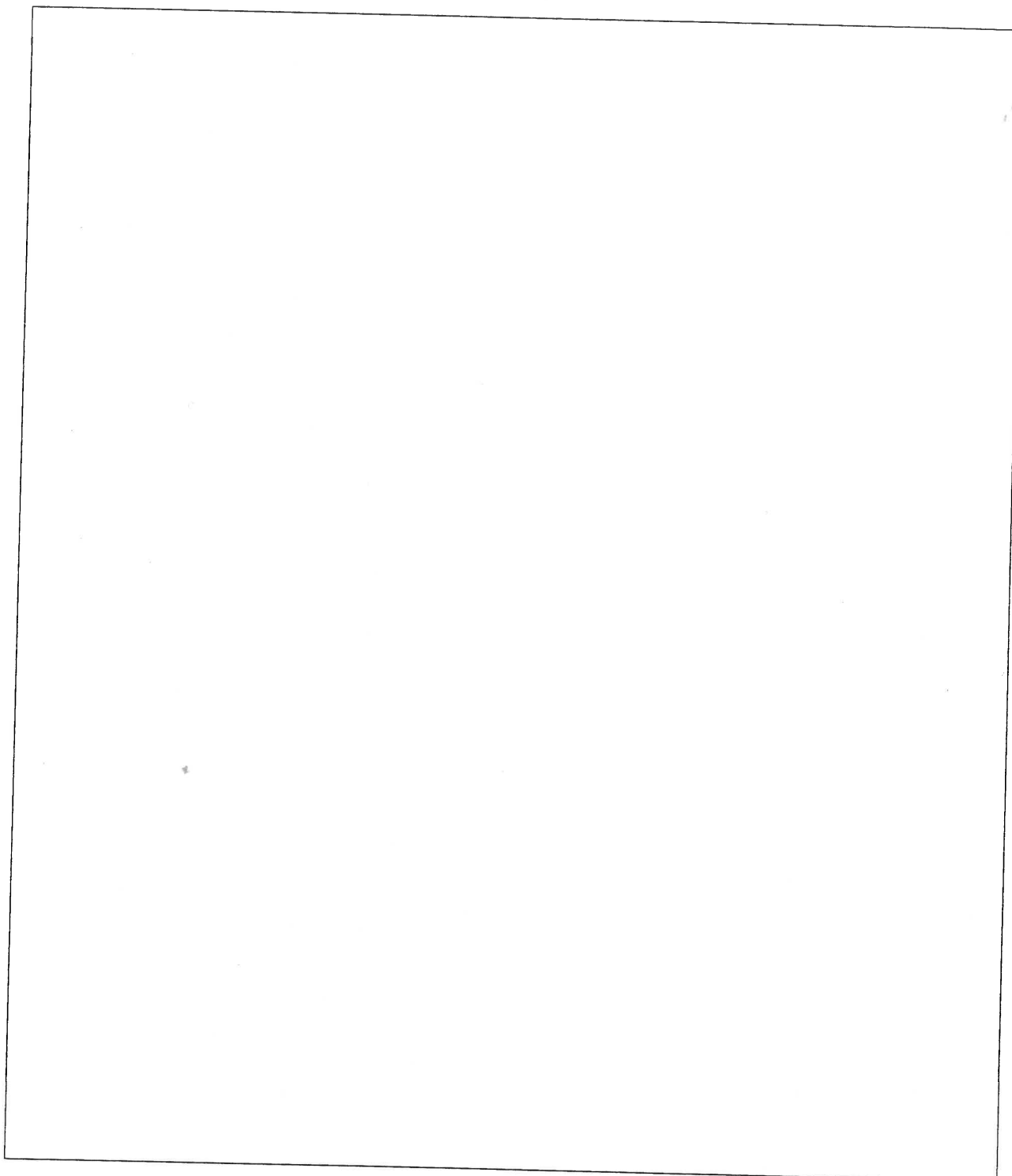
-
-
-
-
-
-

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Situaties: vragen van de omgeving

Belangrijke aandachtspunten bij vragen van de omgeving:



DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Situaties: vragen van de omgeving

Werkblad Situaties: vragen van de omgeving

Situatie 3

Ouders verschijnen op het spreekuur met hun 20- jarige zoon - met lang gezicht-. " Ge weet dat hij vroeger drugs gebruikte. Nu is hij er weeral mee begonnen. Hij stempelt en doet geen moeite om werk te vinden. Er zit niks meer in hem, hij interesseert zich aan niks, eet niet meer, ligt maar altijd te suffen en te niksen. We hebben eens serieus met hem gepraat. Hij begrijpt nu dat hij zo niet langer in huis kan blijven. Hij is nu echt gemotiveerd om er iets aan te doen, hij wil nu opgenomen worden. Kunt ge dat regelen want anders denkt hij er morgen misschien weer anders over."

Interventiemogelijkheden

- a) Meteen telefonisch opname regelen in een (psychiatrisch) ziekenhuis of therapeutische gemeenschap.
- b) Ouders adressen geven van waar ze terecht kunnen voor opname van hun zoon.
- c) Zoon apart spreken i.v.m. wat maakt dat hij nu wil opgenomen worden, wat hij verwacht van opname, en eventueel adressen bezorgen.
- d) Vragen aan de zoon om morgen alleen op spreekuur te komen.
- e) Ouders proberen duidelijk te maken dat ze wat te hard van stapel lopen (dreiging van uit huis te zetten / opname 'eisen') en informeren over ontwenningprogramma's.
- f) Een combinatie van voorgaande (welke en waarom?).
- g) Andere...

Motivatie eigen keuze:

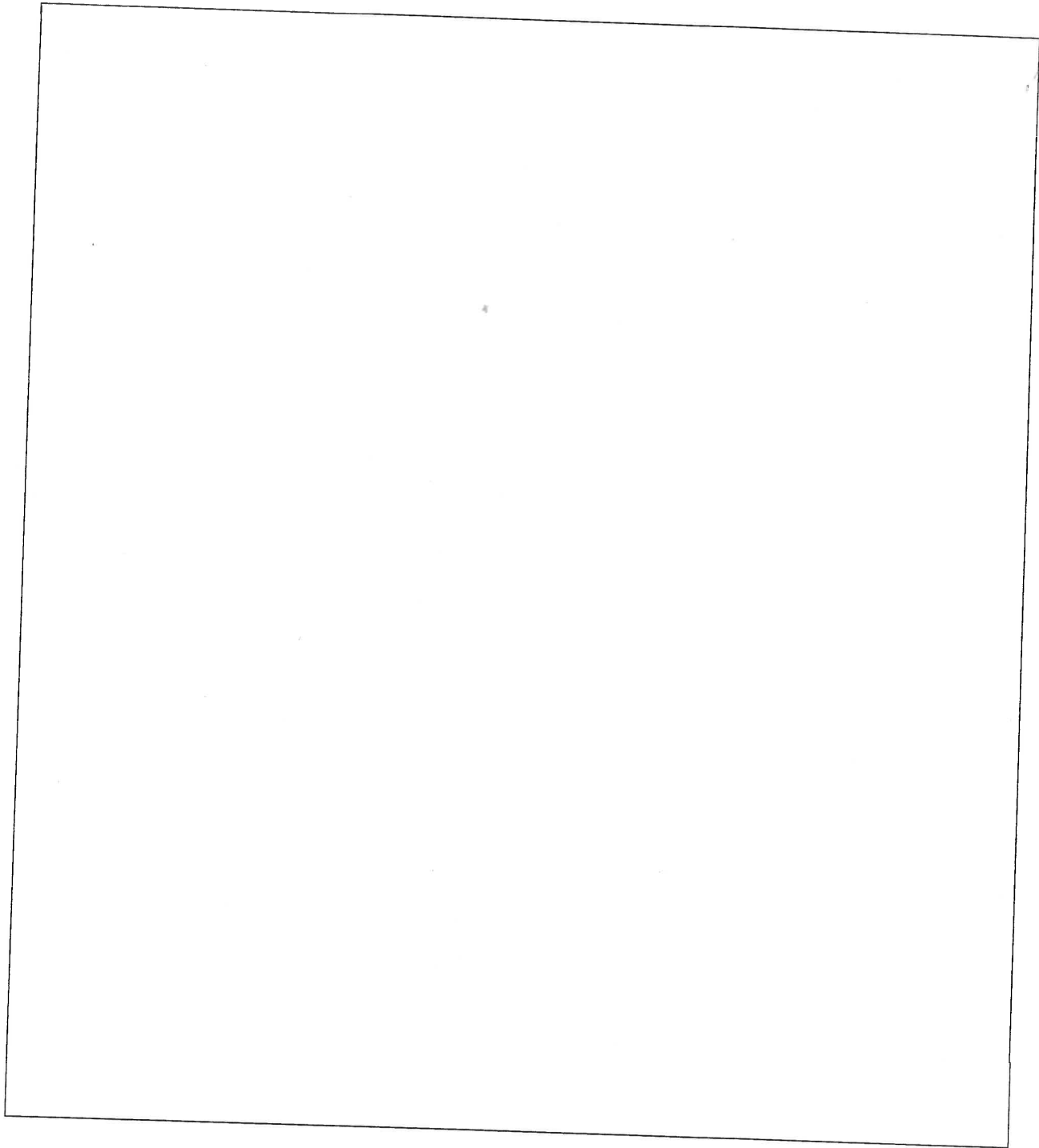
-
-
-

Discussie in subgroepjes:

-
-
-
-
-
-

DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk
Situaties: vragen van de omgeving

Belangrijke aandachtspunten bij vragen van de omgeving:

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for handwritten notes or answers related to the heading above it.

Werkblad Situaties: vragen van de omgeving

Situatie 4

Zondagnacht om 5u. komt telefoon van vader om dringend langs te komen voor zijn 18-jarige dochter. Je bent huisarts van dit gezin. "Ze is zoals elk W. E. naar de 'MANIA' (discotheek) geweest en komt met veel lawaai thuis. Ze gedraagt zich 'eigenaardig', is niet in haar gewone doen, erg opgewonden, wil niet gaan slapen, zet de stereo keihard.... Als we haar vroegen wat er aan de hand was zei ze dat iemand iets in haar glas had gedaan. Kunt ge haar niks geven om te kalmeren?"

Interventiemogelijkheden

- Op aandringen van de ouders een kalmerend middel toedienen... "en neem terug contact op als het niet betert...".
- Verwijzen naar een spoedopnamedienst, na telefonisch contact of na huisbezoek.
- Met de dochter alleen een gesprek voeren om uit te zoeken wat er precies aan de hand is.
- De dochter uitnodigen voor een gesprek morgen op het spreekuur
- De ouders telefonisch geruststellen en informeren over XTC- en amfetaminegebruik.
- Een combinatie van voorgaande (welke, waarom?).
- Andere...

Motivatie eigen keuze:

-
-
-

Discussie in subgroepjes:

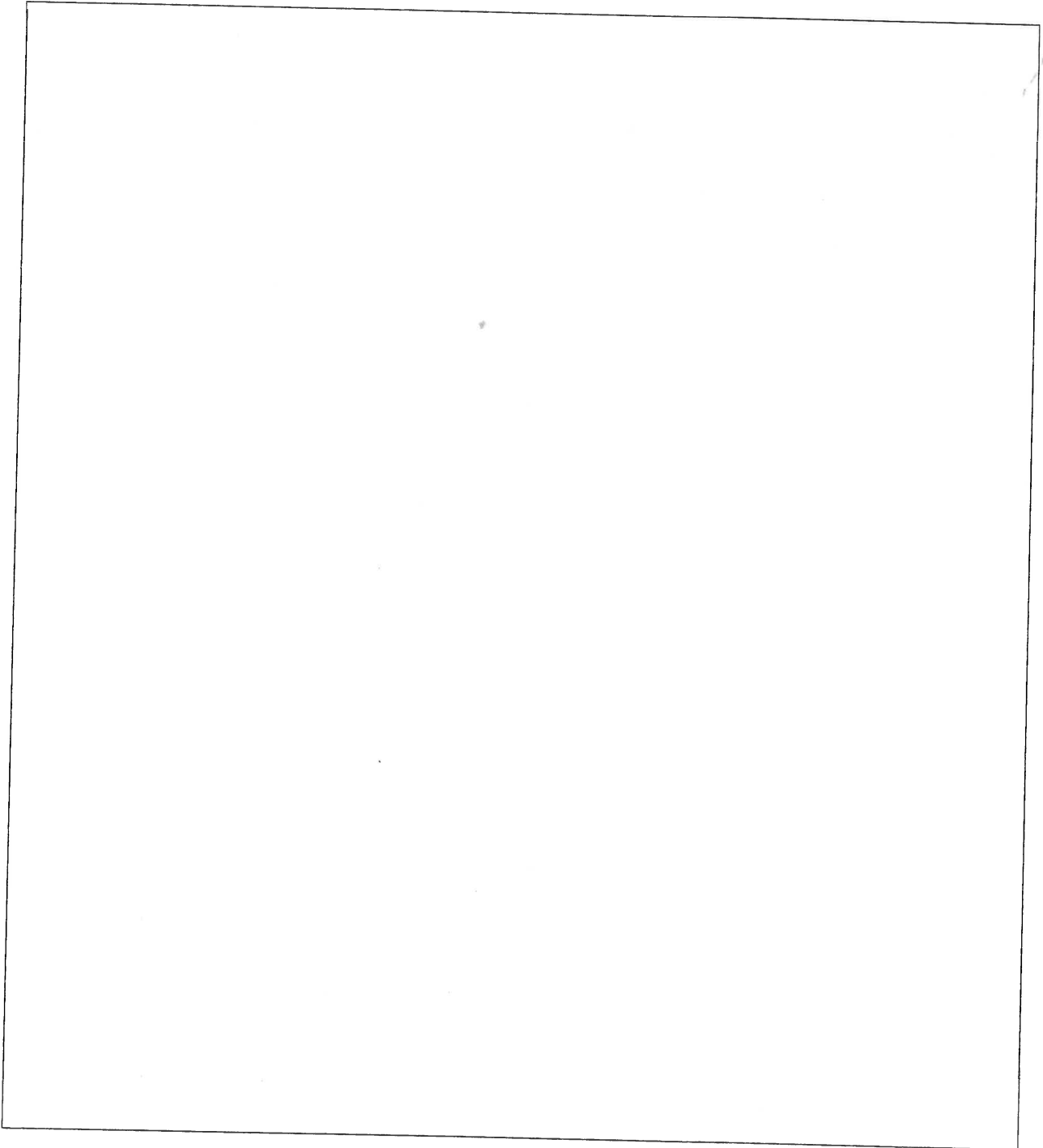
-
-
-
-
-
-

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Situaties: vragen van de omgeving

Belangrijke aandachtspunten bij vragen van de omgeving:



Werkblad Situaties: vragen van de omgeving

Situatie 5

Een koppel dat het methadonprogramma volgt, belt op een vrijdagmiddag om 14u. Hun kindje van 3 jaar is een echte 'bleiter' die behoorlijk op de zenuwen kan werken. Vreemd genoeg is hij al spelend in slaap gevallen en niet wakker te krijgen. Ze hebben net ontdekt dat hij met hun potje methadon heeft gespeeld, dat per ongeluk gevallen was en onder de zetel is terecht gekomen. "Hij heeft er waarschijnlijk van gedronken. En we hebben onze methadon nodig voor morgen.."

Interventiemogelijkheden

- Het kind onderzoeken en zo nodig naar het ziekenhuis (laten) brengen.
- De coördinator / verstrekker van het methadonprogramma contacteren of de apotheker die de methadon afleverde.
- Een voorschrift maken voor een nieuwe dagdosis methadon.
- De ouders confronteren met hun onvergeeflijke (ongeloofwaardige,) slordigheid.
- De ouders direct bevragen of ze eigenlijk alleen maar uit zijn op een methadonvoorschrift omdat ze hun W. E.- dosis ineens hebben opgebruikt.
- Combinatie van voorgaande.(welke, waarom?)
- Andere...

Motivatie eigen keuze:

-
-
-

Discussie in subgroepjes:

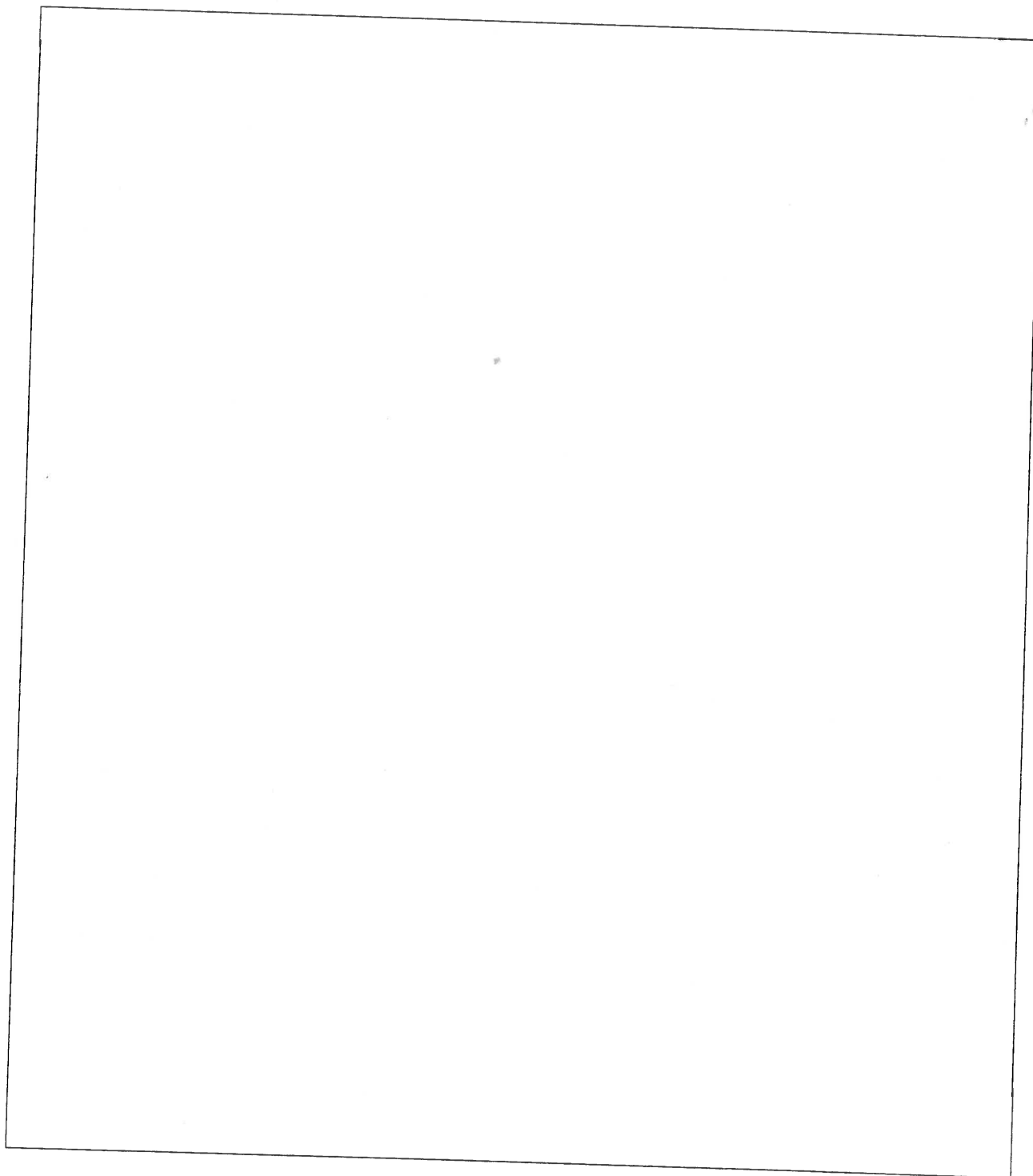
-
-
-
-
-
-
-

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Situaties: vragen van de omgeving

Belangrijke aandachtspunten bij vragen van de omgeving:



DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Situaties: vragen van de omgeving

Werkblad Situaties: vragen van de omgeving

Situatie 6

Een 15-jarige student komt op consultatie. Een leraar op school heeft hem betrappt met een jointje. Er volgt een gesprek met deze leerkracht, tevens klastitularis. Deze waarschuwt hem voor de risico's van gebruik en de grote problemen die er op school kunnen komen. De ouders zijn niet op de hoogte van het gebruik. Hij adviseert hem om naar de huisarts te gaan om te bespreken wat hij het best kan doen.

Interventiemogelijkheden

- a) Contact opnemen met de leerkracht op school om het probleem te objectiveren.
- b) Contact opnemen met de ouders om samen met hun zoon het probleem te bespreken.
- d) Vragen dat de student zijn ouders inlicht, " Ze zullen vanuit de school toch wel contact nemen met je ouders".
- e) Een afspraak maken met een ambulanc centrum.
- f) Hem vragen een afspraak te maken met een ambulanc centrum.
- g) Zelf "aan de slag gaan" met deze jongen
- h) Een combinatie van voorgaande (welke, waarom?)
- i) Andere....

Motivatie eigen keuze:

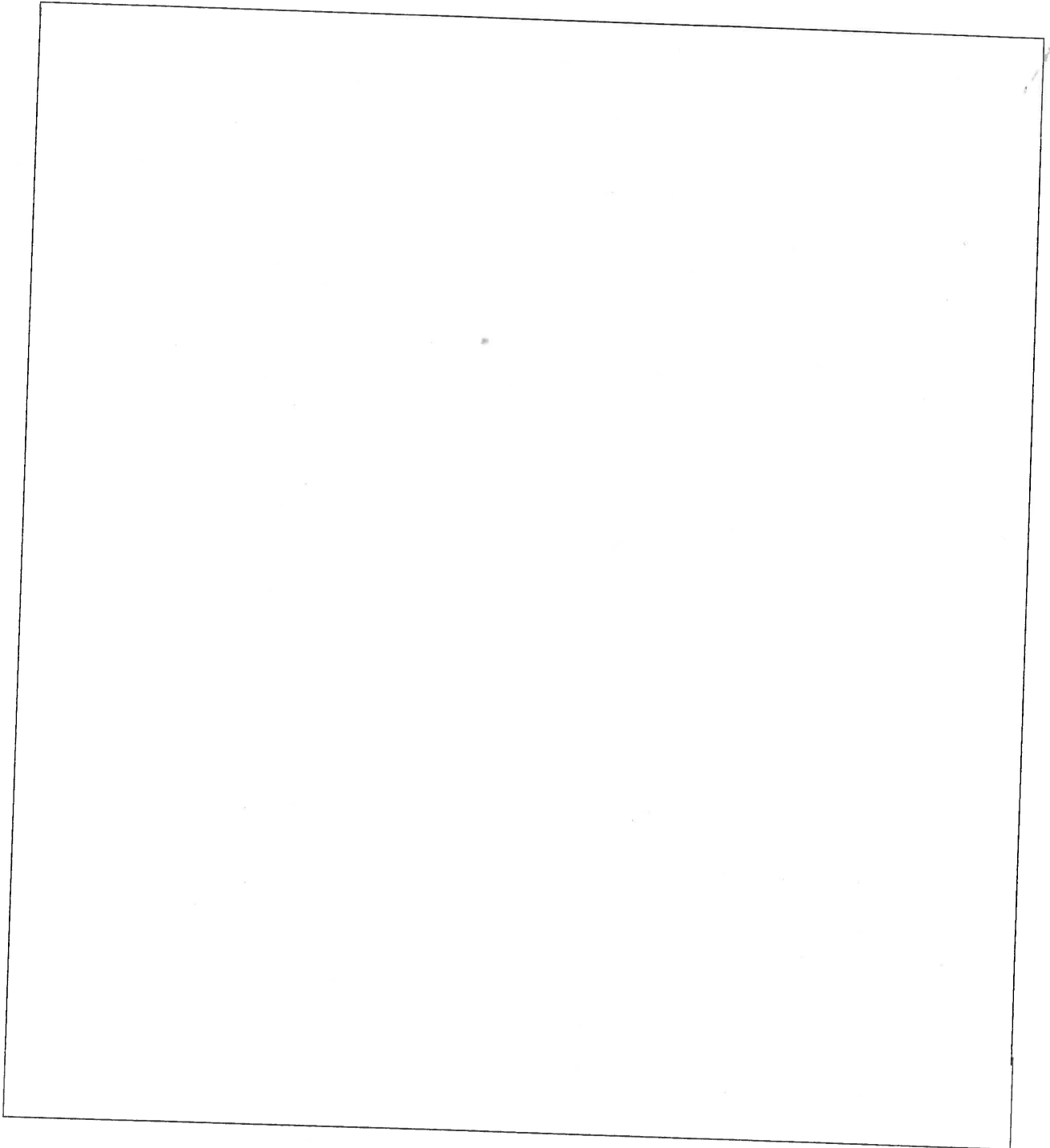
-
-
-

Discussie in subgroepjes:

-
-
-
-
-
-
-

DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk
Situaties: vragen van de omgeving

Belangrijke aandachtspunten bij vragen van de omgeving:



BIJLAGEN

BIJLAGE A

De erkenning en behandeling van (problematisch) illegaal druggebruik door de huisarts.
Dr Arlette Wertelaers

BIJLAGE B

Omgaan met agressie in de verslavingszorg.
Dr. Rita Verrando

BIJLAGE C

Druggebruikers en hun vraag naar medicatie.
Dr. Arlette Wertelaers

BIJLAGE D

DSM IV
Roger Hamael

BIJLAGE E

Drugscreening
Dr. Arlette Wertelaers

BIJLAGE F

Internet-adressen
Roger Hamael

BIJLAGE G

Literatuurlijst

BIJLAGE H

Nuttige adressen

Bijlage A.

De erkenning en behandeling van (problematisch) illegaal druggebruik door de huisarts.

Iedere huisarts kent in zijn praktijk wel enkele voorbeelden van notoire heroïnegebruikers, patiënten met een ernstig en langdurig drugprobleem, die een grote belasting vormen. Groter in aantal zijn evenwel de experimenterende en beginnende gebruikers, die (nog) geïntegreerd functioneren, en die hun drugprobleem veelal niet als dusdanig bij de huisarts presenteren. Juist voor deze groep is tijdige herkenning van groot belang. Bij minder ernstige problematiek is de kans op een succesvolle interventie groter.

Fase 1 : Het vermoeden van illegaal druggebruik

Gezien een algemene screening van het patiëntenbestand op druggebruik, via een vragenlijst, in de huidige praktijkvoering nog niet gangbaar is, gebruikt de huisarts best de volgende algemene benadering:

“Overweeg bij ieder sociaal probleem, psychische of lichamelijke klacht, waarvoor geen goede verklaring is, druggebruik”.

Welke klachten en verschijnselen blijken samen te hangen met problematisch druggebruik? Hierna volgt een korte signaallenlijst:

Klachten van de patiënt:

- Iedere sociale klacht
- Iedere psychologische klacht
- Lichamelijke klachten:
 - Spijsverteringsklachten : misselijkheid, braken,.....obstipatie
 - Jeukklachten
 - Plasproblemen : moeilijk plassen
 - Man : Impotentie, verminderde libido
 - Vrouw : Uitblijven van de menstruatie, verminderde libido
 - Depressief gevoel
 - Hoofdpijn, slapeloosheid,..
 - Rusteloosheid, opgejaagd gevoel, hartkloppingen,..
 - Zweeten +++
 - Vermagering

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Bijlagen

Verschijnselen opgemerkt door de huisarts:

- Gebruik- of misbruik van psychofarmaca
- Ondergewicht
- Vernauwing of verwijding van de oogpupillen
- Rood doorlopen ogen
- Suffheid, slaperigheid
- Patiënt voelt koud aan
- Aambeien, anale fissuren
- Onrustige patiënt, spraakwaterval, ..
- Verhoogde reflexen
- Talloze wondjes, zweertjes, littekens
- Bevende handen en armen
- Versnelde (onregelmatige hartslag), bloeddrukstijging
- Brokkelige nagels, haaruitval, deplorabel gebit,..
- Snel infecterende en slecht genezende wondjes
- Frequent optredende B.L.I. en pneumonie
- Wees alert bij de volgende aandoeningen : tuberculose, geslachtsziekten, Aids, (schaam-)luizen, schurft, allerlei huidaandoeningen, acute of chronische bronchitis, hepatitis B, C, A,..
- Onthoudingsverschijnselen : angst, onrust, klamheid, koude- of warmtegevoel, grote ogen met wijde pupillen, lopende neus, frequent geeuwen, buikkrampen, braken, diarree,..

Melding via derden:

- Familie / bekenden
- Paramedici
- Hulpverleners

Sterker wordt het vermoeden als er meerdere signalen van druggebruik aanwezig zijn. Komt een patiënt op het spreekuur met één van deze klachten of verschijnselen dan moet dit voor de huisarts aanleiding zijn om problematisch druggebruik te overwegen. Het hoeft echter niet met zich te brengen dat druggebruik direct met de patiënt wordt besproken. Soms is het noodzakelijk om eerst andere oorzaken van een klacht uit te sluiten.

We kunnen een algemeen lichamenlijk onderzoek verrichten, eventueel een bloedtest (Hepatitis B, C,...), urine-drugscreeningstest om (meer) zekerheid te hebben.

In de fase van het verifiëren staat het gesprek tussen de huisarts en de patiënt centraal; in dergelijke gesprekken kan een vermoeden van problematisch druggebruik worden bevestigd.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Bijlagen

Fase 2: Het verifiëren van het vermoeden van illegaal druggebruik

In de fase van het verifiëren staat het gesprek tussen de huisarts en de patiënt centraal ; in dergelijke gesprekken kan een vermoeden van problematisch druggebruik worden bevestigd. Het is minder confronterend om het druggebruik in te bouwen in een leefstijlanamnese, waarbij ook eetgewoonten, lichaamsbeweging, roken, sociaal functioneren aan de orde kunnen komen. Een eerste vraag over druggebruik dient bij voorkeur een open vraag te zijn, die niet bedreigend is voor de patiënt. Let dus op:

- Een niet-oordelende en niet-moraliserende gesprekshouding
- Zoveel mogelijk open vragen
- Duidelijk aangeven waarom de vragen gesteld worden

Indien de gegevens uit de leefstijlanamnese hier aanleiding toe geven kan worden overgegaan op het afnemen van een meer gedetailleerde druganamnese:

- De positieve effecten van de drugs voor de patiënt (high zijn, ontspannen, zorgenvrij gevoel, vrijer sociaal contact...)
 - De subjectieve beleving van het druggebruik van de patiënt (onvermogen te stoppen, schuldgevoelens,...)
 - Problemen ten gevolge van het druggebruik (relaties, werk, politie / justitie)
 - Gebruikerspatroon (dagelijks(?), alleen of in gezelschap,...)
 - Soort, hoeveelheid, wijze van gebruik, ...
- Liefst in deze volgorde. De eerste vragen over de positieve effecten zijn niet-moraliserend of – oordelend, waardoor minder kans op ontkenning of afweer. (Voor meer informatie : zie tekst ' Motiverende gespreksvoering ' .)

(Het afnemen van een gestandaardiseerde vragenlijst is in de huisartspraktijk nog geen gemeengoed geworden. Toch kan het afnemen van een betrouwbare en gevalideerde vragenlijst met betrekking tot het gebruik van illegale drugs heel informatief zijn. (Bijvoorbeeld: DAST (afgeleid van de MAST) zoals in uitwerking door de vragenlijstwerkgroep. Referentieartikel : 'The drug abuse screening test', Harvey A. Skinner, *Addictive behaviours*, Vol.7, pp. 363 - 371, 1982)

Door de drugsanamnese, met eventueel het afnemen en scoren van de DAST - vragenlijst, wordt een indruk verkregen van de eventuele aanwezigheid, aard en omvang van het drugprobleem van de patiënt. Een goede registratie van de bevindingen is van groot belang ook als er nog twijfel bestaat of het vermoeden niet is bevestigd.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Bijlagen

Fase 3 : De begeleiding van druggebruikers

Als in de signaleringsfase de huisarts druggebruik bevestigd heeft gezien, hoeft dit niet in te houden dat de patiënt dit inzicht deelt. En ook al is de patiënt wel in staat is om de relatie tussen klachten en druggebruik te leggen, wil dat nog niet zeggen dat de patiënt gemotiveerd is om zijn gebruik te veranderen. Er zal vaak in eerste instantie motivationeel gewerkt moeten worden om een veranderingsproces op gang te kunnen brengen. Uitgangspunt is hierbij dat de motivatie van de patiënt beïnvloedbaar is en er niet op voorhand de bereidheid hoeft te bestaan om het gebruik te stoppen.

Het veranderingsmodel van Prochaska & Di Clemente beschrijft veranderingsprocessen die in het bijzonder van toepassing zijn op verslavingsgedrag. Een aantal stadia van verandering worden onderscheiden:

- A. Voorbeschouwing
- B. Bewustwording
- C. Besluitvorming
- D. Gedragsverandering
- E. Consolidatie
- F. Terugval

Deze indeling biedt een houvast bij de begeleiding van de druggebruiker. De interventie van de huisarts moet er op gericht zijn de patiënt de achtereenvolgende stadia van het veranderingsproces te helpen doorlopen. Het contact moet gericht zijn op het verhogen van de zelfwerkzaamheid van de patiënt, waarbij de huisarts optreedt als een soort katalysator voor het proces van verandering.

Belangrijk is dat de huisarts kan herkennen in welke fase de patiënt verkeert en daar zijn interventie op afstemt. Het tijdsbestek van het proces kan hierbij heel verschillend zijn, gaande van een consult tot een intensieve begeleiding (door de huisarts al dan niet in samenwerking met de gespecialiseerde hulpverlening) van langere duur.

In een bepaald stadium van het veranderingsproces kan verwijzing van de patiënt naar de categoriale zorg (verslavingscentra) noodzakelijk zijn. Vaak echter moet de cliënt al een deel van het motivatieproces doorlopen hebben, vooraleer hij toestemt in een verwijzing.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Bijlagen

a. Stadium van de voorbeschouwing

In dit stadium zijn er bepaalde klachten en verschijnselen waarmee de patiënt bij de huisarts komt. De patiënt legt echter geen verband tussen zijn gebruik en zijn klachten. De patiënt is niet direct geneigd zijn gebruik te veranderen.

De actie van de huisarts moet er op gericht zijn de patiënt inzicht te verschaffen in de relatie tussen klachten en gebruik en in de aard en de omvang van de met druggebruik samenhangende problematiek. Specifieke voorlichting sluit aan bij de klachten van de patiënt. Ook de uitslagen van het lichamelijk onderzoek en labo onderzoek worden met de patiënt besproken. Dit kan een bijkomende motiverende rol spelen. Daarnaast dient ook algemene voorlichting over de mogelijke gevolgen van druggebruik gegeven te worden: psychisch, lichamelijk (lever), infectieziekten, gevolgen voor de rijvaardigheid, veiligheid op het werk,...gevolgen van onveilig seksueel contact (Hep B en C, Aids, ongewenste zwangerschap,...).

Folders en brochures kunnen de verstrekte informatie ondersteunen. Van belang in dit stadium is contact met de patiënt te blijven houden . Een vervolgafspraak dient te worden geregeld. De patiënt kan de opdracht meekrijgen na te denken over de positieve en de negatieve kanten die het druggebruik voor hem heeft.

Patiënt:

- Wil van zijn klachten af.
- Legt geen relatie tussen klachten en gebruik

Huisarts:

- Uitgebreide druganamnese + eventueel onderzoek
- Algemene + specifieke voorlichting
- Vervolgafspraken + eventuele gerichte opdrachten

b. Stadium van de bewustwording

In dit stadium is de patiënt op de hoogte van de relatie tussen zijn klachten en zijn gebruik. Dit inzicht leidt echter niet vanzelfsprekend tot het besluit om te gaan stoppen. Vooral in geval van een langer bestaand en ernstig drugprobleem kan een intensieve begeleiding van de patiënt in het stadium van de bewustwording nodig zijn.

In dit stadium wordt aandacht besteed aan de voor- en nadelen die de patiënt ondervindt van zijn gebruik. De actie van de huisarts is er op gericht de balans van de voor- en nadelen van het gebruik te verduidelijken en te beïnvloeden. Het is belangrijk dat de patiënt zelf deze voor- en nadelen gaat benoemen. Het ervaren van de hierdoor ontstane cognitieve dissonantie kan de motivatie tot gedragsverandering vergroten.

De patiënt kan de voor- en nadelen ervaren als twee 'stemmetjes' in zijn hoofd. Één 'stemmetje' zegt dat het allemaal wel meevalt, doorgaan is geen probleem. Het andere 'stemmetje' is bezorgd en zegt dat er véél misgaat als er zo wordt doorgegaan.

Beïnvloeding van de mate van belang dat gehecht wordt aan de voor- en nadelen is mogelijk. (Uitgangspunt van de motiverende gespreksvoering). De motivatie tot gedragsverandering neemt toe als de nadelen zwaarder gaan wegen dan de voordelen.

Hulpmiddelen:

- Objectieve gegevens interpreteren en presenteren aan de patiënt + de patiënt zelf de conclusie laten trekken uit de gepresenteerde gegevens.
- Ontlokken van zelfmotiverende uitspraken:
 - ❖ "Waarover ben je bezorgd?"
 - ❖ "welke omstandigheden doen je overwegen om te stoppen met gebruik?"

Voorwaarden:

- Empathische, invoelende gesprekshouding
- Doelgericht samenvatten en reflecteren
- Benadrukken van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Men mag de patiënt geen keuze opdringen

Zoeken naar alternatieven voor de positieve functies van het gebruik: andere manieren om te ontspannen, met stress om te gaan, sociaal te functioneren, ...een kick te ervaren.

Belangrijk is dat de patiënt over voldoende zelfwaardegevoel en vaardigheden beschikt. De huisarts kan dit stimuleren door de patiënt aan te moedigen en te prijzen voor elk behaald resultaat, hoe klein dit ook moge lijken, maar vooral ook door de patiënt niet te betuttelen en hem zelf zijn verantwoordelijkheid te laten opnemen.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Bijlagen

Bij belangrijke persoonlijkheids-problematiek kan in samenwerking met de patiënt gerichte doorverwijzing noodzakelijk blijken.

Patiënt:

- Zich bewust zijn van het verband tussen klachten en gebruik.
- Krijgt inzicht in de aard en de omvang van de problematiek.

Huisarts:

- Uitgebreide registratie van balans tussen voor- en nadelen.
- Motiverende gespreksvoering: benadrukken nadelen, afzwakken voordelen.
- Vervolgafspraken+ eventueel gerichte opdrachten.
- Positieve bekrachtiging

c. Stadium van de besluitvorming

In dit stadium heeft de patiënt een besluit genomen over zijn toekomstig gebruik. Essentieel is om deze beslissing aan de patiënt over te laten. De huisarts moet in deze fase zorgen voor een concrete, geregistreerde afspraak.

Er doen zich twee mogelijkheden voor:

1. De patiënt wenst zijn gebruik niet te veranderen.

- Deze beslissing dient te worden gerespecteerd. De doorgaans langdurige relatie biedt zowel de patiënt als de huisarts in de toekomst wellicht een nieuwe gelegenheid om hierop terug te komen.
- Adviseren met betrekking tot "harm reduction"(MSOC, preventie Hepatitis B en C en AIDS, spuitabscessen)
- Adressen van hulpverleningscentra.

2. De patiënt wenst zijn gebruik te veranderen.

- Er kan besproken worden of de huisarts de patiënt verder begeleidt in de fase van de gedragsverandering of dat een verwijzing naar de categoriale zorg wenselijk is.

In deze fase moet ook aandacht besteed worden aan de met drugs samenhangende problematiek. Soms is hiervoor aanvullende ondersteuning nodig, bijvoorbeeld van het maatschappelijk werk, GGZ. Als de problemen duidelijk nadelige gevolgen heeft voor de partner of de gezinsleden zullen deze ook bij de behandeling moeten worden betrokken.

Patiënt:	<ul style="list-style-type: none">• Neemt een besluit over toekomstig gebruik.
Huisarts:	<ul style="list-style-type: none">• Reflecteren van dit besluit.• Bespreken van voor- en nadelen van het stoppen en helpen bij de keuze van de wijze waarop dit doel wordt bereikt.• Registratie van het genomen besluit.• Overwegen van aanvullende ondersteuning.• Vervolgafspraken

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Bijlagen

d. Het stadium van de gedragsverandering, consolidatie en terugval

Met de patiënt is overeengekomen hoe zijn besluit kan uitgevoerd worden. De gemaakte afspraken zijn geregistreerd, waardoor evaluatie achteraf mogelijk is. De patiënt gaat vanaf nu zijn voorgenomen gedragsverandering realiseren, de huisarts kan hem daarbij op verschillende manieren bijstaan:

- Farmacotherapie: in verband met onthoudingsverschijnselen. Voorwaarde hierbij is wel dat er een kortdurend afbouwend schema gevolgd wordt.
- De beslissing al dan niet farmaca toe te dienen en welke farmaca bij voorkeur te geven, hangt uiteraard af van het misbruikte middel, het al dan niet bestaan van politoxicomanie, de mate van misbruik, de draagkracht van de patiënt,...
- De urine regelmatig controleren. Bij abstinentie is, afhankelijk van het product, op korte tijd normalisatie mogelijk.
- Vervolgafspraken: tijdens afkickperiode bijvoorbeeld dagelijks, vervolgens 1 á 2 maal per week, geleidelijk minder. Aan de hand van de ervaringen van de patiënt en een aantal medische parameters wordt de afgelopen periode geanalyseerd.
- De patiënt waar mogelijk stimuleren om door te gaan en prijzen om het behaalde resultaat.
- Overleg met hulpverleners uit de gespecialiseerde drughulpverlening, met een psychiater, maatschappelijk werker,... waar nodig.

Belangrijk is om de patiënt er op te wijzen dat terugval kan optreden, eventuele terugval kan dan worden beschouwd als een leerelement, niet als een nieuwe periode van veel gebruik. Een analyse van de aanleiding voor de terugval geeft de patiënt inzicht in de keten van gebeurtenissen die aan de terugval vooraf zijn gegaan. Dit maakt het mogelijk om alternatieve gedragingen te bedenken voor hoge risico situaties.

Verwachte moeilijk momenten in de komende periode worden besproken. Door het bespreken van mogelijke strategieën wordt de kans op beheersbaarheid vergroot.

In deze fase kan verwijzing naar de categoriale zorg weer aan de orde komen. Als het afgesproken doel bij herhaling niet bereikt wordt, is het goed om aan te geven dat hier de grens van de mogelijkheden van begeleiding door de huisarts zijn bereikt. Soms is consultatie van de categoriale zorg mogelijk, soms is een verwijzing noodzakelijk.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk
Bijlagen

Goede informatie, toegespitst op de lokale situatie is bij verwijzing essentieel.

Patiënt:	<ul style="list-style-type: none">▪ Brengt de voorgenomen gedragsverandering ten uitvoer.
Huisarts:	<ul style="list-style-type: none">▪ Farmacotherapie▪ Vervolgafspraken, evaluatiemomenten▪ Retrospectieve analyse van terugvalmomenten▪ Prospectieve analyse ter preventie van terugval▪ Informeren naar oorspronkelijke klachten

Goed herkenbare elementen van motiverende ondersteuning zijn hieronder opgesomd naar het voorbeeld van FRAMES :

F	eedback :	Geef concrete informatie terug over de lichamelijke en psychische conditie zowel als de sociale situatie van de patiënt (bevindingen van klinisch onderzoek, neutrale informatie over gevolgen van het gebruik).
R	esponsibility :	De patiënt is en blijft zelf verantwoordelijk. Het benadrukken ervan versterkt de motivatie van de patiënt.
A	dvice :	Adviseer de patiënt vanuit uw deskundigheid, maar niet dwingend en niet moraliserend, de patiënt heeft de keuze al dan niet het advies op te volgen.
M	enu of change:	Voorzie uw patiënt van en aantal opties, waaruit hij/zij de meest passende kan kiezen. Maak concrete afspraken met de patiënten. Spreek een follow-up datum af.
E	mpathy:	Werk niet sturend; wees begripvol; volg het beleven van de patiënt en hoe hij/zij het probleem ervaart en wees niet veroordelend. Dat bevordert de bereidheid van de patiënt om te veranderen.
S	elf-Efficacy:	Probeer het zelfvertrouwen en de zelfwerkzaamheid van de patiënt te versterken waardoor hij/zij de verwachting heeft te kunnen veranderen.

STROOMDIAGRAM

Eerste fase : vermoeden van illegaal druggebruik

Doel : Vroegtijdig signaleren van illegaal druggebruik.

Middelen : Alert blijven : “ Overweeg bij ieder sociaal probleem, psychische of lichamelijke klacht, waarvoor geen goede verklaring, druggebruik.”

Eventueel aanvullende : een algemeen klinisch onderzoek, een bloedonderzoek, een urine-drugsscreeningstest.



Tweede fase : verifiëren van het vermoeden van illegaal druggebruik

Doel : Verifiëren van het vermoed druggebruik.

Middelen :

- Open, niet-bedreigende vragen.
- Duidelijk aangeven waarom deze vragen gesteld worden.
- Zo patiënt zijn gebruik bevestigt, eventueel een meer gedetailleerde druganamnese.
- Eventueel een gestandaardiseerde vragenlijst. (Dast)



DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk
Bijlagen

Derde fase : begeleiding van de druggebruiker

Stadium 1 : Voorbeschouwing

Patiënt :

- Wil van zijn klachten af.
- Legt geen relatie tussen klachten en gebruik.

Doel : De patiënt ertoe brengen dat hij bereid is over zijn drugprobleem te praten. De patiënt inzicht verschaffen in de relatie tussen zijn klachten en zijn druggebruik.

Huisarts :

- Uitgebreide druganamnese.
- Algemene + specifieke voorlichting.
- Vervolgafspraken + eventueel gerichte opdrachten.

Stadium 2 : Bewustwording

Patiënt :

- Zich bewust zijn van het verband tussen klachten en gebruik.
- Krijgt inzicht in de aard en de omvang van de problematiek.

Doel : De balans van voor- en nadelen van gebruik beïnvloeden in het voordeel van de nadelen. Een cognitieve dissonantie bij de patiënt teweegbrengen.

Huisarts :

- Uitgebreide registratie van balans van voor- en nadelen.
- Motiverende gespreksvoering : benadrukken nadelen, afzwakken voordelen.
- Vervolgafspraken + eventueel gerichte opdrachten.
- Positieve bekrachtiging.

Stadium 3 : Besluitvorming

Patiënt : Neemt een besluit over toekomstig gebruik

Doel : Samen met de patiënt zorgen voor een concreet actieplan.

Patiënt :

- Reflecteren van dit besluit.
- Bespreken van voor- en nadelen van het stoppen en helpen bij de keuze van de wijze waarop dit doel wordt bereikt.
- Registratie van het genomen besluit.
- Overwegen van aanvullende ondersteuning.
- Vervolgafspraken.

Stadium 4 : Gedragsverandering, consolidatie, terugval

Patiënt : Brengt de voorgenomen gedragsverandering en uitvoer.

Doel : De patiënt bijstaan bij de realisatie van zijn voorgenomen gedragsverandering.

Huisarts :

- Farmacotherapie.
- Vervolgafspraken, evaluatiemomenten
- Retrospectieve analyse van terugvalmomenten.
- Prospectieve analyse ter preventie van terugval.
- Informeren naar oorspronkelijke klachten.

Bijlage B.

OMGAAN MET AGRESSIE IN DE VERSLAVINGSZORG

1. WAT IS AGRESSIE : DEFINITIE

Bij Van Dale vinden we twee betekenissen: 'bedreiging of aantasting met geweld' en 'vijandelijke aanval'. Agressie is communicatie, is iets duidelijk maken waarbij iemand met zijn gedrag iemand anders of zichzelf benadeelt, kwetst of schade toebrengt.

DUS :

Er is overschrijding van een norm (vb. vastgelegd in huisregels)

Er wordt schade (materieel), letsel (fysiek) of leed (psychisch) aangericht

Het slachtoffer (andere of zichzelf) gaat niet akkoord met de gang van zaken

Agressie wordt verschillend beoordeeld naargelang de situatie, de geldende norm en de eigen interpretatie.

2. MOGELIJKE OORZAKEN VAN AGRESSIE

Men onderscheidt rechtstreekse en onrechtstreekse mogelijke oorzaken van agressie.

Rechtstreekse oorzaken van agressief gedrag kunnen verschillende factoren zijn die liggen bij de cliënt, de hulpverlener of het woon/leefmilieu en het maatschappelijk kader .

Bij de cliënt kan dit zijn: angst, gebrek aan vaardigheden, niet ingeloste verwachtingen, zich tekort gedaan voelen, frustratie, zoeken naar aandacht, vanuit een pathologie (vb. psychose), vanuit een gevoel van onrechtvaardigheid...

Bij de hulpverlener kan dit zijn: angst, gebrek aan overleg, gebrek aan waardering...

Bij de fysieke context kan dit zijn: de infrastructuur, de omkadering, de ondersteuning.

Behandeling is verandering. We hebben hier te maken met een dynamische interpersoonlijke relatie. Interacties tussen hulpverlener en cliënt of tussen cliënten onderling kunnen een rol spelen : hoe staat de hulpverlener in de verandering, hoe staat de cliënt in de verandering, hoe verhoudt de relatie zich in de verandering.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Bijlagen

Met andere woorden : agressie is een multifactorieel en interactioneel gegeven.

0 Onrechtstreekse oorzaken van agressief gedrag: hieronder situeert men de verschillende samenwerkingsrelaties tussen cliënt en hulpverlener. Zulke relatie is een kanaal waarlangs én een wijze waarop een bepaalde inhoud wordt overgebracht.

	Cliënt is ontevreden			
hulpverlener bepaalt de relatie	1. dwang/drang versus verzet	2. confrontatie versus ontwijking	3. verwaarlozing versus manipulatie	cliënt bepaalt de relatie
	4. structurering versus berusting	5. samenwerking versus ontplooiing	6. stimulering versus autonomie	
	Cliënt is tevreden			

Samenwerkingsrelatie 1

De hulpverlener wil de verantwoordelijkheid van de cliënt overnemen. De hulpverlener bepaalt. De cliënt vindt zijn mogelijkheden groter en zijn beperkingen minder groot dan de hulpverlener inschat.

de hulpverlener bepaalt met dwang en drang -de cliënt verzet zich hiertegen- dwang wordt opgevoerd -verzet wordt groter- cliënt is ontevreden en gefrustreerd -geen contact maar conflict- ontevredenheid bij beide partijen.

Samenwerkingsrelatie 2

De cliënt wil zijn verantwoordelijkheid zelf niet dragen, maar die overgeven aan de hulpverlener. De cliënt bepaalt. De hulpverlener vindt dat de cliënt zelf zijn verantwoordelijkheid moet dragen en wil deze niet overnemen. De hulpverlener bepaalt.

de cliënt ontwijkt elke situatie waarin op zijn verantwoordelijkheden een beroep wordt gedaan – de hulpverlener confronteert de cliënt met zijn verantwoordelijkheid – het ontwijkgedrag wordt opgevoerd – het confrontatiegedrag wordt opgevoerd --- de cliënt is ontevreden en gefrustreerd – geen contact maar conflict – ontevredenheid bij beide partijen.

Samenwerkingsrelatie 3

De cliënt krijgt naar eigen aanvoelen te veel verantwoordelijkheid en te weinig aandacht. Hij voelt zich verwaarloosd en uit dit op een eisende, dreigende, onaangename manier. De cliënt bepaalt. De hulpverlener vindt dit gedrag moeilijk om mee om te gaan en voelt zich gemanipuleerd en beïnvloed in een voor hem niet gewenste richting. De hulpverlener reageert met 'verwaarlozing' als antwoord op de manipulatie.

de cliënt claimt aandacht – de hulpverlener ontwijkt aandacht – claimend gedrag wordt opgevoerd – ontwijkend gedrag wordt opgevoerd --- cliënt is ontevreden en gefrustreerd – geen contact maar conflict – ontevredenheid en frustratie bij beide partijen.

Samenwerkingsrelatie 4

De cliënt berust in het feit dat de hulpverlener bepaalt wat er gaat gebeuren en de leiding overneemt. Er is een mate van overeenstemming tussen de afhankelijkheid van de cliënt en de overname van verantwoordelijkheid door de hulpverlener. De hulpverlener structureert de dag in tijd en plaats en helpt bij de dagelijkse bezigheden met als doel rust, veiligheid, bescherming en houvast te bieden. De hulpverlener bepaalt.

de cliënt is tevreden – er is geen conflict maar contact – tevredenheid bij beide partijen

Samenwerkingsrelatie 5

In overleg of onderhandeling bepalen cliënt en hulpverlener de mate van ontplooiing. Ze komen tot consensus of compromis.

cliënt is tevreden – geen conflict maar contact – tevredenheid bij beide partijen

Samenwerkingsrelatie 6

De cliënt bepaalt de mate van autonomie van eigen handelen. De hulpverlener stimuleert de inspanningen en initiatieven tot autonomie.

cliënt is tevreden – geen conflict maar contact – tevredenheid bij beide partijen

3. VERSCHILLENDE VERKLARINGSMODELLEN

Vanuit verschillende visies komt men met verklaringsmodellen voor agressie. De meest voor de hand liggende modellen of theorieën zijn:

- de drifttheorie
- de frustratie-agressie-hypothese
- het leertheoretisch model
- het sociaal-psychologisch model
- het biologisch model

1. De drifttheorie

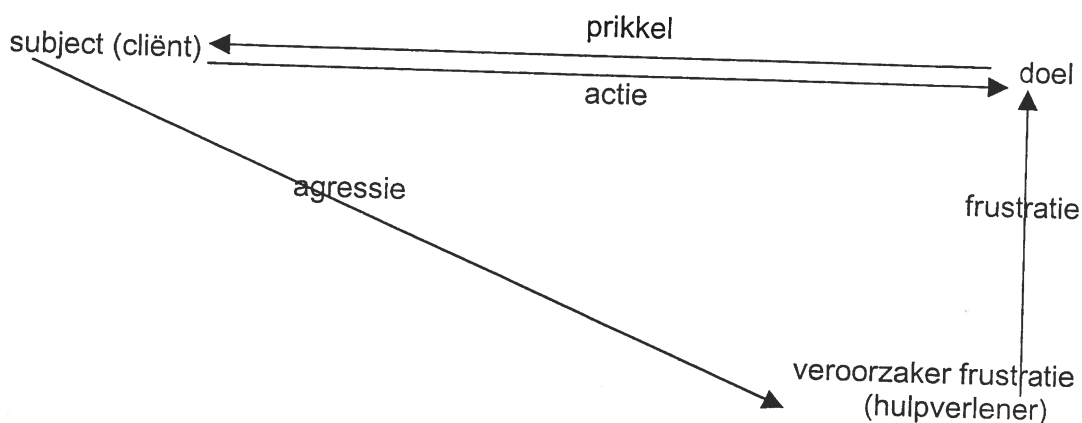
De mens heeft een aangeboren destructieve drift, tendens te vernietigen en aan te vallen. Het is een biologisch, ingeworteld, onbewust psychisch proces dat door een ontwikkelingsgeschiedenis gemodificeerd wordt. Bij een gunstige ontwikkeling komt men tot een beheersing en neutralisatie van deze driftenergie. Bij een ongunstige ontwikkeling gaan de driftimpulsen doorbreken, hetgeen zich uit in al dan niet uitgesproken (actief of passief) agressieve gedragingen (bv. borderline persoonlijkheidsstoornis, antisociale persoonlijkheidsstoornis). Een alternatief is dat de driftimpulsen worden afgeweerd door bv. projectie (anderen) of somatiseren (zichzelf)

2. De frustratie-agressie-hypothese

Frustratie activeert een agressieve drift waarbij de mate van agressie wordt bepaald door de mate van frustratie. Er zijn 5 mogelijke reactiewijzen op frustratie nl. extrapunctief, intropunctief, impunitief, de agressieve reactie wordt verplaatst of de frustratie roept niet altijd agressie op.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk
Bijlagen

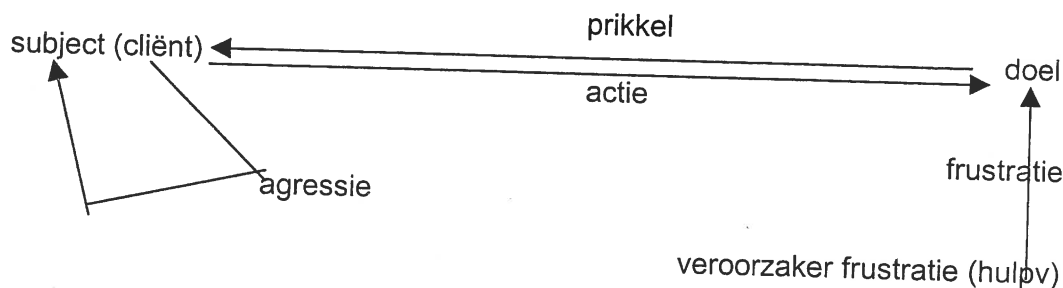
• Extrapunctief



bv. De cliënt doet een actie (bv. medicatie bijvragen) ten aanzien van een doel (extra medicatie hebben). De hulpverlener veroorzaakt frustratie door weigeren van die extra medicatie. Deze prikkel gaat naar de cliënt die zijn ongenoegen uit door agressie (bv. dreigen of slaan)

dus : de frustratie wordt aan een externe instantie toegeschreven

• Intropunctief

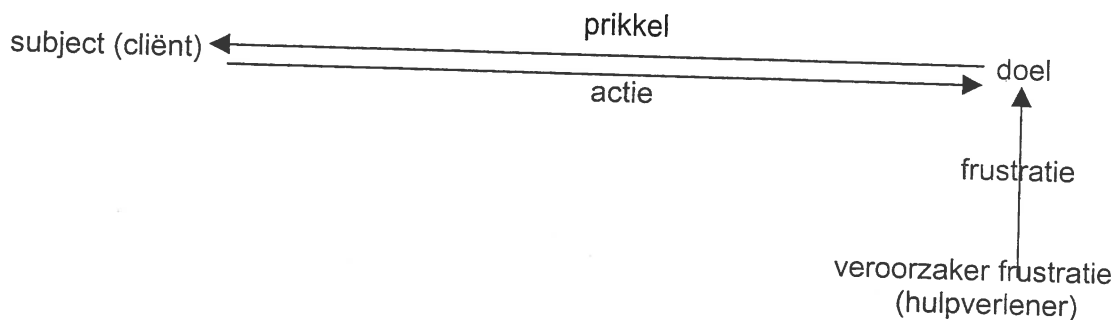


bv. De cliënt doet een actie (gaat naar de dokter) met een welbepaald doel (wil opgenomen worden). De hulpverlener veroorzaakt frustratie door veel vragen te stellen over de motivatie waarop cliënt moeilijk kan antwoorden, het gesprek mislukt. Cliënt is later boos op zichzelf (ik ben maar een idioot) en gebruikt te veel drugs.

dus : de frustratie wordt aan zichzelf toegeschreven

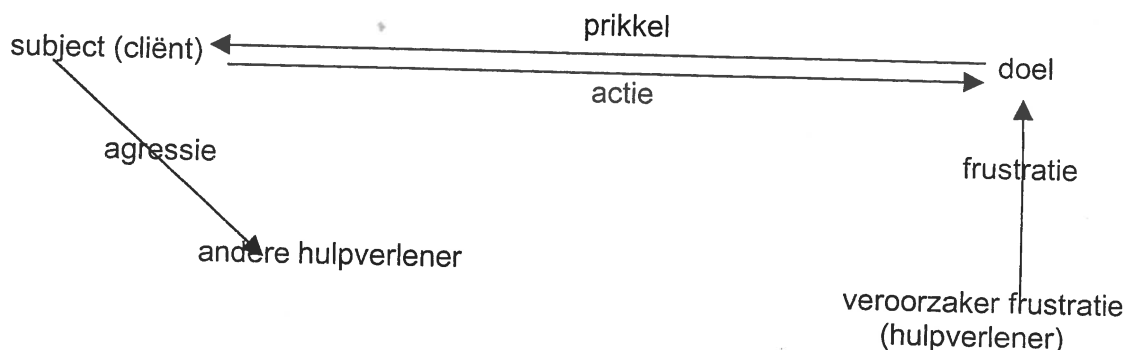
DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk
Bijlagen

- **Impunitief**



dus : de frustratie wordt geminimaliseerd of verdrongen ('t is niet zo erg)

- **Agressie wordt verplaatst**



bv. De cliënt doet een actie (hij maakt een afspraak) met als doel een uitzonderingsmaatregel te verkrijgen. De hulpverlener is er niet (cliënt is vijftien minuten te laat). De cliënt uit zijn ongenoegen door agressief gedrag t.o.v. de hulpverlener die hem de mededeling doet dat hij te laat is en dat hij moet terugbellen voor een andere afspraak.

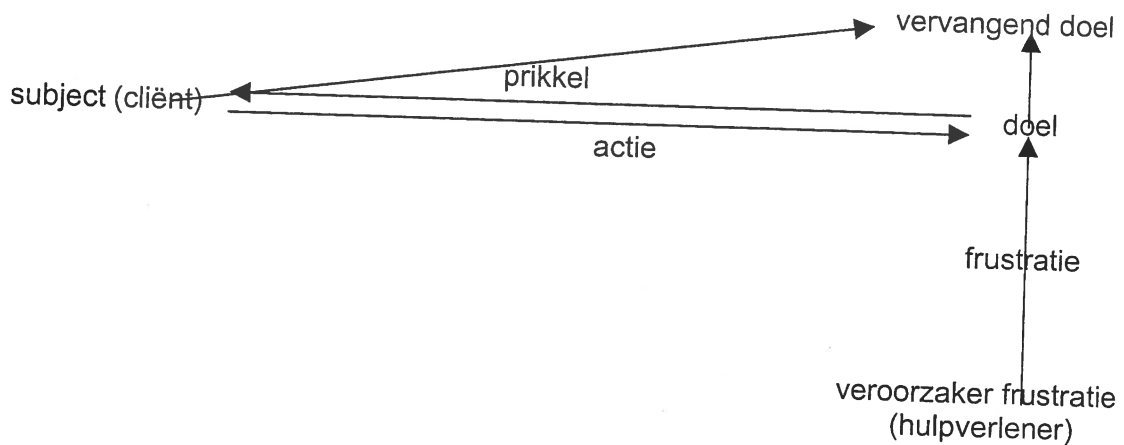
dus : frustratie wordt aan een 'gelijkende' externe instantie toegeschreven

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Bijlagen

- Frustratie roept niet altijd een agressieve reactie op



bv. De cliënt doet een actie met als doel één week ziekteverlof te krijgen omwille van een niet strikt medische reden. De arts weigert. De patiënt stelt dat hij met één dag ook al geholpen is (vervangend doel).

3. Het leertheoretisch model

Agressief gedrag wordt mogelijk bekrachtigd door zijn 'aangename' gevolgen zoals het bereiken van nagestreefde doelen, het dalen van het spanningsniveau, de aandacht die volgt op het agressief gedrag, het gevoel van macht...

4. Het sociaal-psychologisch model

Wederzijdse afhankelijkheid tussen mensen, wederzijdse opvattingen en/of normen staan centraal in het ontstaan en optreden van agressief gedrag, waarbij 'agressie' als sociaal gedrag wordt gezien.

In communicatie probeert elk der partijen zijn standpunt en/of eigenschap voor te stellen als superieur aan dat van anderen. Ieder probeert te domineren, ieder probeert zichzelf in de m(eerdere)- en de anderen in de m(indere)- positie te plaatsen.

Geweldmechanismen die hiermee gepaard gaan zijn :

- opkropping, geweld tegen zichzelf (bv. vanuit een gevoel van miskening depressief worden)
- esclatie van geweld (tegen de ander) (bv. in verzet gaan, boycotten)
- geweldketen (tegen derden) (bv. frustratie veroorzaakt door X wordt uitgewerkt op Y)

5. Het biologisch model

Met nadruk op biochemische processen waarbij het serotoninegehalte en hersendisfunctie aanleiding kunnen zijn voor agressie, net als het gehalte van het geslachtshormoon .

4. BASISHOUDING EN BASISVISIE MET BETREKKING TOT HET OMGAAN MET AGRESSIE

Basisvisie : 3 kernprincipes zijn belangrijk, nl. preventie, geweldloze weerbaarheid en veilige situatie

Men probeert communicatief aan *preventie* te werken als hulpverlener (zie crisisontwikkelingsmodel).

Men vertrekt vanuit een houding van *geweldloze weerbaarheid*, nl.

- afkeuren van geweld
- doordacht handelen en tussenkomen
- fundamenteel respect voor de persoon
- vertrekken vanuit een gelijkwaardigheidspositie
- contact nastreven

en men probeert een *veilige situatie* te creëren, zowel contextueel als psychisch.

Basishouding : om tot een zo goed mogelijk hanteren van de problematische situatie te komen

- kalmte bewaren :
 - concentratie op de cliënt
 - observeren van de gebeurtenissen
- contact maken of houden :
 - blijven praten
 - geen discussie aangaan
 - binnen het overlegmodel blijven
 - reflexies geven
 - vermijden van lichamelijk contact
 - oogcontact bewaren
- afstand houden :
 - fysieke afstand bewaren
 - langzaam dichterbij komen
 - vermijden van gevoelige onderwerpen (psychologische afstand)
- respectvol benaderen :
 - niet kleinerend, bestraffend, uitdagend zijn
 - beleving erkennen
 - gedrag niet goedkeuren
 - aandacht voor gevoel van zelfwaarde
- zorgzaam optreden :
 - geruststellen
 - alternatieven aanbieden

Opmerking : mensen reageren op hun naam en op het woord 'stop'. Gebruik deze bij crisis !

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Bijlagen

5. CRISISONTWIKKELINGSMODEL

Er wordt van uitgegaan dat agressie, voor het merendeel van de tijd, zich ontwikkelt naar aanleiding van 'angst'. Er zijn verschillende vormen en gradaties van angst. Onder angst neemt het waarnemingsvermogen toe. Men wordt alerter. Wanneer angst groter wordt, gaat er meer aandacht naar de rechtstreekse bronnen van angst en eventuele overlevingsstrategieën, waardoor er een blinde vlek ontstaat voor schijnbaar minder belangrijke aspecten van het gegeven op dat moment. Naarmate de angst extremer wordt, gaat men beperkter waarnemen.

Fases	Signalen cliënt	Optreden hulpverlener
Fase 0	Geen problemen	Omgeving creëren waarin voorwaarden aanwezig zijn om zich als mens te ontplooien, waarbij geoptimaliseerde omstandigheden worden geboden die kwaliteit van leven bewerkstelligen.
Fase 1	-angst -er is nog controle -stemverandering -onrust -gespannen toestand -men hoort nog	Ruimte bieden en open overleg -actief luisteren en informeren -ingaan op spanningen -aanbieden van oplossingen -afleiding bieden
Fase 2	-hevige angst en paniek -reëel gevaar voor controleverlies -stemverandering -hevige motorische onrust -men hoort minder	Grenzen stellen -begrenzen -waarschuwen -schetsen van consequenties -positief gedrag bekrachtigen -overcorrectie
Fase 3	-paniek -controleverlies -stemverheffing -hevige motorische onrust -neiging tot destructie -het selectief gehoor vernauwt zich	Bewegingsvrijheid beperken -verhoogd toezicht -beperking in vrijheden -afzondering
Fase 4	-paniek -controleverlies -reëel gevaar voor zichzelf en anderen -hevige motorische onrust -selectief gehoor serieus vernauwd, geen of beperkte verbale signalen worden opgevangen	Toe te passen maatregelen en middelen -afzonderen -gebruiken van dwangmedicatie
Fase 5	-terug controle -vragen met betrekking tot het gebeuren -men heeft weer verbaal waarnemingsvermogen	Contact herstellen -'er zijn' -regelmatig gesprekken aangaan -laten ventileren over gevoelens -afspraken maken

Samenwerkingsverband VAD-CGG

Vormingsaanbod huisartsen inzake de aanpak van illegale drugproblematiek

Trainersmap

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Bijlagen

Opmerking : het crisisontwikkelingsmodel is een interactioneel model, waarbij het belang van de relatie centraal staat en waarbij men inzicht moet hebben in mogelijke escalatie.

De **beïnvloedingsstrategieën** nader bekeken :

1. open overleg (fase 1)

- door suggesties, adviezen en keuzes aan te bieden
- vanuit een gelijkwaardige positie, waarin rekening gehouden wordt met de wensen en noden van de cliënt en waarbij men samen iets probeert te ondernemen

2. onderhandelen (fase 1 en 2)

- door gesloten keuzes voor te leggen, ik-boodschappen te geven, standpunten uit te wisselen, alternatieven te bieden en aan koppelverkoop te doen (voor wat, hoort wat)
- vanuit het zoeken naar een acceptabel compromis, waarbij men begrip toont voor het standpunt van de cliënt en waarbij men de argumenten van de cliënt au serieux neemt

3. overtuigen (fase 2 en 3)

- door gekleurde info te geven (enkele voordelen schetsen) en af te leiden met een keuze die er minder toe doet
- wanneer de hulpverlener iets gedaan wil krijgen waarover niet te onderhandelen valt of men een eigen standpunt probeert op te dringen ; er is geen bereidheid meer tot samenwerking maar men voelt wel aan dat de cliënt uiteindelijk nog bereid is zich te voegen

4. afdwingen (fase 3 en 4)

- door het opleggen van een sanctie bij het niet opvolgen van afspraken, waarbij men zelf niet toegeeft
- wanneer de situatie escaleert en andere beïnvloedingsstrategieën niet helpen

Enkele concrete **basisvaardigheden** (vooral bij **begrenzingstechniek**)

VERBAAL

Spreek de patiënt aan met de naam
(sterk appellerend)
Benoem negatief gedrag
Verwoord het effect op jezelf
Duidelijkheid omtrent verlangens
Consequenties schetsen
Ik-boodschappen
Korte eenvoudige zinnen

NON-VERBAAL

Veilige afstand houden, ruimte scheppen
Oogcontact houden
Stemintensiteit kort, sterker dan die van de cliënt
Gebruik gebaren (open handen, gericht naar de patiënt, op schouderhoogte)

6. OPVANG NA EEN AGRESSIE-INCIDENT

Gewone dagelijkse gebeurtenissen zijn gepland, voorspelbaar en verwacht en geven een veilig en vertrouwd gevoel.

Schokkende en traumatische gebeurtenissen, die onvoorspelbaar en onverwacht zijn, die een aantasting van de 'illusie' orde, zekerheid, veiligheid en onkwetsbaarheid veroorzaken en een acute ontwrichting van de logica van de geplande dag tot gevolg hebben, kunnen leiden tot een post-traumatisch spanningssyndroom. De gebeurtenis gaat vaak gepaard met een intens gevoel van angst en levensbedreiging.

- Fase 1 : onthutst, verbijstering
 ongeloof, wantrouwen
 schrik, angst, paniek
- Fase 2 : afwisselend ontkenning en herbeleving :
- ONTKENNING : gerichtheid op andere zaken
 onverschilligheid, verdoving
 vervreemding
 concentratieproblemen
- HERBELEVING : flashbacks, nachtmerries, plots opwellende emoties
 (angst, hulpeloosheid, machteloosheid, teleurstelling,
 verdriet, kwaadheid, schaamte, schuldgevoelens,
 jaloezie, eenzaamheid)
- verhoogde prikkelbaarheid
 lichamelijke reacties
- Fase 3 : reacties van ontkenning en herbeleving verminderen
 verminderde prikkelbaarheid
 verminderde lichamelijke reacties
 schokkende gebeurtenis krijgt een plaats in het leven van de betrokkene

De gefaseerde opvang van mensen die een traumatische of schokkende gebeurtenis hebben ervaren, bestaat uit :

- Introductiefase :** onmiddellijke opvang
 iets te drinken geven
 vertrouwelijkheid van informatie garanderen
 praktisch gerichte opvang
 geen goedkope adviezen of opmerkingen
- Feitenfase :** zo gedetailleerd mogelijk verhaal laten brengen, met focus op feiten
- Gevoelsfase :** focus op gevoelens, beleving
- Inventarisatiefase :** info/gegevens verzamelen met betrekking tot mogelijke
 verwerkingsreacties
- Doe-fase :** samen bepalen wat er ondernomen zal worden

Opmerking : het is belangrijk te erkennen dat de klachten die optreden na een agressie-incident normale persoonsgebonden stressreacties zijn.

Bijlage C.

1. Druggebruikers en hun vraag naar medicatie

Veel verslaafden komen bij de huisarts terecht omdat hij iets in huis heeft dat de meeste drugverslaafden graag willen hebben, en dat zij kunnen krijgen als ze de arts maar het idee kunnen geven dat er niet onderuit te komen valt.

Weigering van medicatie wordt door de verslaafde niet gezien als verantwoord medisch handelen, maar als pesterij. Het kost de huisarts immers niets, zo een receptje, en voor de druggebruiker betekent het voor die dag minder geld hoeven bijeen te halen. Daarbij komt nog dat veel druggebruikers traumatische ervaringen hebben met autoriteitsfiguren; zo niet al voor hun verslaving, dan zeker in de tijd die verloopt tussen het begin van het druggebruik en het moment dat men zich tot de hulpverlener wendt. Verder dicteert de subcultuur waarin deze patiënten functioneren, dat men zich door een vertegenwoordiger van de openbare orde niets hoeft te laten zeggen. Een aantal heeft in andere hulpverleningssituaties de ervaring opgedaan dat geweld of liegen wel het gewenste effect had en kan niet geloven dat dit nu niet zou werken.

Als men de patiënt langer kent, ziet men hoe naïef hij tegen het leven aankijkt. Zijn machteloosheid is zichtbaar in woede waarmee hij reageert als hij zijn zin niet krijgt en in de angst als hij met zijn rug tegen de muur staat. *Kan men die machteloosheid voor ogen houden, dan is het gemakkelijker zich niet door het gedrag van druggebruikers op stang te laten jagen, en dan heeft de hulpverlenersrelatie meer kans resultaten te boeken.*

Vooraf in het begin van een hulpverleningscarrière wordt meestal gemeld dat men wil stoppen met druggebruik. Het vermoeden bestaat dat een aanzienlijk aantal beginnende druggebruikers in dit stadium inderdaad gewoon op eigen kracht stopt en de afkickklachten voor lief neemt. Druggebruikers die zich in dat stadium tot een arts wenden zijn dan ook vaak gebruikers die al tevergeefs geprobeerd hebben af te kicken en/of bang zijn voor de afkickverschijnselen die ermee gepaard gaan. Zij verwachten dat een arts door middel van medicatie voor pijnloos afkicken zorg kan dragen.

Deze afkickkuren zijn de moeite waard om te proberen, maar hebben een geringe kans op succes, vooral weer door het gebrek aan werkelijk inzicht van de verslaafde. *Pijnloos afkicken bestaat namelijk niet, maar de verslaafde blijft er hardnekkig naar zoeken.* Als hij niet klachtenvrij is kan hij in zijn eigen beleving niet *clean* worden. De oplossing voor klachten is weer op zoek gaan naar iets dat te spuiten of te slikken valt. In alle ernst hoort men verslaafden de volgende soort verhalen vertellen: "Ik was goed aan het afkicken met methadon, alleen 's avonds nam ik nog wat heroïne om te slapen." *Men ziet dit niet als bijgebruik.* Dat dit altijd weer uitloopt op dagelijks heroïnegebruik gelooft men pas als men het een paar keer heeft meegemaakt. Dan komt de vraag om bijmedicatie: "Ik kan prima afkicken als ik maar iets heb om een beetje rustig te blijven en te slapen." De ervaring met dit soort bijmedicaties, speciaal benzodiazepines, zijn bijzonder slecht. Ze voldoen nooit om iemand bij het afkicken klachtenvrij te houden en dan ontstaat of grenzeloos benzodiazepinegebruik of toch weer heroïnegebruik of - en dat meestal- allebei.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Bijlagen

Pas als de verslaafde heeft ervaren en begrepen dat hij bereid zal moeten zijn een zekere hoeveelheid pijn, angst en slapeloosheid te accepteren, dan pas krijgt de afkickpoging kans van slagen. Herhaalde uitleg is dus beter dan wijziging van medicatie.

Overigens komt de verslaafde niet alleen naar de huisarts met een vraag naar medicaties om pijnloos te kunnen afkicken, maar vooral ook om zijn *gewenste toestand te bereiken*, en omdat *medicaties verkoopbaar* zijn zodat er weer geld voor andere drugs beschikbaar komt. Verlies niet uit het oog dat de patiënt veel moeite uitspaart als hij van de arts medicatievoorschriften kan vastkrijgen. Hij besteedt een tweetal uurtjes aan een doktersbezoek en het langsgaan bij de apotheker, in plaats van een hele namiddag en nacht rond te dolen om (op duistere manieren) aan geld te geraken en de dealer op te sporen, die zijn clandestiene handelje op onregelmatige uren drijft. Ook voor zijn gezondheid zijn er minder risico's : geen mengsel van obscure ingrediënten, maar een zuiver en precies gedoseerd product. Als het product daarenboven legaal door een arts werd voorgeschreven en door een apotheker werd afgeleverd, heeft de rechtbank over het algemeen ook geen reden om de gebruiker te vervolgen.

Er bestaan overigens ook *geen stoffen die verslaafden van crimineel gedrag kunnen afhouden*. Het argument : " Als u me geen pillen geeft dwingt u me te gaan stelen " heeft geen geldigheid. Als de verslaafde moeite heeft met zijn eigen crimineel gedrag en het echt niet kan nalaten, wordt het tijd met bekwame spoed een opname in een afkickcentrum te gaan regelen. Medicatie is alleen uitstel van executie.

De essentie van de behandeling van verslaafden in het beginstadium van zijn hulpvraag bestaat er eigenlijk uit de ideeën die een verslaafde heeft over zijn moeilijkheden te ordenen en zo nodig te corrigeren. Dit vraagt niet alleen deskundigheid maar ook tijd en energie. *Medicatieverstrekking alleen heeft zelden het gewenste resultaat en men loopt het risico de patiënt onnodig lang in de waan te laten dat zijn problemen simpel op te lossen zijn, waardoor de verslaving zich alleen maar continueert.*

Het is begrijpelijk dat een huisarts desondanks een kans wil wagen, vooral met jonge gebruikers die hopelijk nog buiten de echte drugswereld te houden zijn. Het werkt het beste als de huisarts voor zichzelf een duidelijk beeld heeft hoever hij in deze hulp wil gaan, hoe vaak men een patiënt een kans wil geven, wat men precies bereid is voor te schrijven en wat men aan begeleiding wil en kan geven. *Het is zaak aan de eigen grenzen strikt vast te houden, ondanks de overtuigingskracht waarmee een druggebruiker kan betogen dat als nu voor deze ene keer.....!*

2. Voorschrijfgedrag

Niemand kan ontkennen dat er heel wat onefficiënt gebruik van geneesmiddelen vast te stellen is in onze gezondheidszorg. Meestal is dit een gevolg van het feit dat er ooit op een bepaalde plaats een gewoonte gegroeid is om een interventie (ingreep) op een bepaalde manier uit te voeren en dat men zich niet steeds even goed afvraagt of deze manier de wetenschappelijk meest verantwoorde, minst nadelige en meest economische wijze was. "De arts zou bij elk voorschrift moeten vertrekken met de volgende gedachte : Het voorgeschreven geneesmiddel moet echt noodzakelijk zijn, het moet het meest geschikte zijn van de diverse mogelijkheden op het gebied van activiteit, nevenwerkingen en op financieel vlak. "

DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk
Bijlagen

Enkele cijfers :

- De verkoop van farmaceutische specialiteiten in ons land is sedert 1952 enorm gestegen.
1952 : 70 miljoen verpakkingen
1991 : 256 miljoen verpakkingen
- Het verbruik van geneesmiddelen tegen fabriekprijs per hoofd van de bevolking (exclusief levering aan de ziekenhuizen) in 1990 bedroeg 2740 Bef in Nederland, tegen 4176 Bef in België.
- Uit een peiling bij 1200 persoon (1991-1992) blijkt dat 19% van de ondervraagden regelmatig geneesmiddelen inneemt die in de apotheek zonder doktersvoorschrift verkocht worden, 45% doet dit eerder zelden, en 36% nooit.
- Een consultatie bij de arts wordt vaak beëindigd met een voorschrift voor een geneesmiddel. Uit een onderzoek bij 340 Vlaamse huisartsen blijkt dat artsen gemiddeld 85% van de raadplegingen besluiten met het voorschrijven van een geneesmiddel. Per patiënten contact schreef de arts gemiddeld 2,15 producten voor.
- De meest gebruikte geneesmiddelen zijn : slaap- en kalmeermiddelen, pijnstillers en vitaminen. Verder : laxeermiddelen, bloedvatverwijdende middelen,...
- Gezondheidsenquête 1997 : WIV-Louis Pasteur
Het geneesmiddelengebruik gaat sedert 1980 in stijgende lijn. Deze stijging is gedeeltelijk te verklaren door de aangroei van de bevolking en de vergrijzing. Uit de gezondheidsenquête 1997 bleek dat gedurende de 2 weken voorafgaand aan de enquête 58% van de Vlamingen geneesmiddelen had ingenomen. In het Waalse en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest worden beduidend meer geneesmiddelen geslikt. Het gebruik stijgt met de leeftijd. Vooral vanaf 55 jaar is er een grote toename. Vlamingen die zich niet al te gezond voelen, nemen vaker geneesmiddelen dan wie zich wel gezond voelt. Toch nam van deze laatste groep nog 54% een of meerdere geneesmiddelen gedurende de 2 weken voorafgaand aan de enquête. Vrouwen slikken meer pillen dan mannen. 37% van de Vlamingen gebruikte voorgeschreven medicatie en 33% niet-voorgeschreven medicatie. Het gebruik van voorgeschreven medicatie stijgt sterk met de leeftijd. Pijnmedicatie wordt het meest ingenomen, gevolgd door geneesmiddelen voor het ademhalingsstelsel en tegen cardiovasculaire problemen.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Bijlagen

	Globaal	Voorgeschreven	Niet-voorgeschreven
Geneesmiddelen tegen pijn	23,0	9,1	16,4
Geneesmiddelen ivm het ademhalingsstelsel	19,4	9,2	12,1
Cardiovasculaire geneesmiddelen	12,1	11,7	0,7
Geneesmiddelen ivm het zenuwstelsel	7,3	6,6	1,1
Vitaminen, mineralen, tonica	6,6	2,8	4,2
Geneesmiddelen tegen maag- darmproblemen	5,7	3,7	2,3
Antibiotica	3,1	3,1	0,0
Geneesmiddelen tegen allergie	3,1	2,6	0,6
Geneesmiddelen ivm hormonaal stelsel	3,0	3,0	0,0
Geneesmiddelen voor dermatologisch gebruik	2,8	1,9	0,9
Geneesmiddelen voor oftalmologisch gebruik	1,7	1,4	0,3
Andere	4,1	3,1	1,5

De oorzaken van de overconsumptie van geneesmiddelen zijn veelvuldig en complex. Er gaan invloeden uit van de farmaceutische industrie, het voorschrijfgedrag van de arts, maar ook de verwachtingen van de bevolking tav geneesmiddelen spelen mee.

De farmaceutische industrie :

Ook de farmaceutische industrie is door de algemene regels van de vrije economie gebaseerd op "zoveel mogelijk winst halen uit haar productie". Om mee te spelen in de concurrentie doet ze beroep op publiciteit : geschreven reclame bij artsen en apothekers, promotie van hun middelen door medisch afgevaardigden,.. In het aanvaardingsproces van een nieuw geneesmiddel zijn 2 fasen belangrijk. Ten eerste verneemt de arts het bestaan van een geneesmiddel. Ten tweede tracht hij de waarde van dit geneesmiddel te kennen en vormt zich er een oordeel over. Van al de informatiebronnen waarover de arts beschikt, speelt die van de firma een grote rol. Daarnaast zijn ook de medische tijdschriften en postuniversitaire cursussen kanalen langs waar hij meer informatie krijgt om zich een oordeel te vormen.

Het geneesmiddelenrepertorium (opgesteld door het Belgisch centrum voor farmacotherapeutische informatie), de Folia Farmacotherapeutica zijn goede bronnen die geen reclame voeren voor farmaceutische bedrijven.

Het voorschrijfgedrag van de geneesheer :

- Het is mogelijk dat de arts in zijn opleiding niet voldoende vaardigheden heeft kunnen verwerven om om te gaan met allerlei vormen van psycho -sociale problematiek.
- Bij tijdsgebrek is het onmogelijk om tot een goed inzicht in een bepaalde situatie te komen, en is een geneesmiddelenvoorschrift een gemakkelijke manier om een consultatie af te ronden.
- Bij een overaanbod aan allerlei specialiteiten, is de verleiding groot zich te bij de keuze van preparaten te baseren op de niet altijd objectieve informatie van een medisch afgevaardigde.
- De arts is ook vaak onderhevig aan de druk vanuit de patiënten.
- Angst om patiënten te verliezen.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Bijslagen

Houding van de bevolking tav geneesmiddelen :

- De trend van de behoefte aan artificiële middelen heeft zich de laatste decennia ongetwijfeld geaccentueerd : " Het geneesmiddel is het hulpmiddel geworden bij het voortdurend streven naar welbevinden, materiele welstand en comfort."
- De medicalisatie van allerlei niet-medische problemen : bvb communicatiestoornissen, gezinsproblemen,...die bij de arts worden aangebracht als spijsverteringsproblemen, hoofdpijnlachten,..
- De toenemende automedicatie : medicaties die zonder voorschrift bij de apotheker kunnen afgehaald worden, allerlei kruiden, homeopathische producten,..
- Beïnvloeding door de reclame: Tot 1991 was reclame voor geneesmiddelen op TV verboden. In het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 12/6/1991 tot regeling van de reclame en sponsoring op radio en TV werd enkel reclameverbod ingesteld van geneesmiddelen en medische behandelingen die op doktersvoorschrift verkrijgbaar waren.
TV is een vluchtig medium en spots van 20 a 25 seconden kunnen maar 1 argument naar voren schuiven. Zoals voor alle reclame wordt het product hierbij alleen maar in een gunstig daglicht gesteld.

3. Benzodiazepinen : enkele bedenkingen

Sommige huisartsen en psychiaters die geen toestemming krijgen om methadon voor te schrijven proberen dit te omzeilen door benzodiazepinen te verstrekken aan verslaafden die hen om geneesmiddelen vragen.

Voordat hij deze stap zet, moet de huisarts zich er rekenschap van geven dat :

- toxicomanen deze producten vaak verkeerd gebruiken (gebruik van slaapmiddelen overdag, 'inzamelen ' van geneesmiddelen bij verschillende artsen,..)
- benzodiazepinen de opiaten (heroïne, methadon,..) niet vervangen, maar als extraatje worden gebruikt
- drugverslaafden, net als alcoholisten, veel sneller psychisch afhankelijk worden van benzodiazepinen dan niet - toxicomanen
- verslaafden veel vaker ernstige onthoudingsverschijnselen van benzodiazepinen hebben (epilepsieaanvallen, hallucinaties, tremor, slapeloosheid, gebrek aan eetlust, gemoedsstoornissen,..)
- verslaafden onder invloed van deze producten sterker neigen tot agressie, impulsiviteit, misdadig of gewelddadig gedrag en pathologische opwindning
- deze middelen vaak worden gebruikt voor een zelfmoordpoging, soms met succes
- er te weinig gelet wordt op het risico van ongevallen op het werk of in het verkeer bij gebruik van deze middelen
- er een bloeiende zwarte handel bestaat in deze producten (verslaafden geven elkaar adressen door van artsen die deze middelen gemakkelijk voorschrijven)

Samenwerkingsverband VAD-CGG

Vormingsaanbod huisartsen inzake de aanpak van illegale drugproblematiek

Trainersmap

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Bijlagen

- deze middelen veroorzaken geheugenstoornissen, verminderen het orientatievermogen in de tijd, en tasten bij overdosering het prestatievermogen aan
- de geheugenstoornissen verminderen mogelijk het effect van psychotherapie

Bijlage D.

DSM IV

a. Afhankelijkheid

Een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt zoals blijkt uit 3 of meer van volgende die zich op een willekeurig moment in dezelfde periode van 12 maanden voordoen

1. Tolerantie, zoals gedefinieerd door tenminste 1 van de volgende
 - a) een behoefte aan duidelijk toenemende hoeveelheden van een middel om een intoxicatie of de gewenste werking te bereiken
 - b) een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid van het middel
2. Onthouding, zoals blijkt uit tenminste 1 van de volgende
 - a) het voor het middel karakteristieke onthoudingssyndroom
 - b) hetzelfde of een nauw eraan verwant middel wordt gebruikt om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden
3. Het middel wordt vaak in grotere hoeveelheden of gedurende langere tijd gebruikt dan het voorzien was
4. Er bestaat de aanhoudende wens of er zijn weinig succesvolle pogingen om het gebruik van het middel te verminderen of in de hand te houden
5. Een groot deel van de tijd gaat op aan activiteiten nodig om aan het middel te komen, het gebruik van het middel of aan het herstel van de effecten ervan
6. Belangrijke sociale of beroepsmatige bezigheden of vrijetijdsbesteding worden opgegeven of verminderd vanwege het gebruik van het middel
7. Het gebruik van het middel wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een hardnekkig of terugkerend sociaal, psychisch of lichamelijk probleem is dat waarschijnlijk veroorzaakt of verergerd wordt door het middel

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Bijlagen

b. Misbruik:

De verschijnselen hebben nooit voldaan aan de criteria voor afhankelijkheid van een middel.

Een patroon van het onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt, zoals in een periode van 12 maanden blijkt uit tenminste 1 van de volgende

1. Herhaaldelijk gebruik van het middel met als gevolg dat het niet meer lukt in belangrijke mate te voldoen aan verplichtingen op het werk, thuis, school
2. Herhaaldelijk gebruik van middelen in situaties waarin het fysiek gevaarlijk is
3. Herhaaldelijk, in samenhang met het middel, in aanraking komen met justitie
4. Voortdurend gebruik van het middel ondanks aanhoudende of terugkerende problemen op sociaal of intermenselijk terrein veroorzaakt of verergert door effecten van het middel

Bijlage E.

DRUGSCREENING

1. Algemene informatie

a. Monsterafname

→ *Drugscreening kan op biologisch materiaal van verschillende oorsprong : maaginhoud, haar, leverweefsel, bloed, urine.*

We nemen bij voorkeur een **urinemonster**, omdat :

- de meeste producten langs de nier worden uitgescheiden
- er door de herhaalde passage van bloed door de nieren, er een hogere concentratie van metabolieten van drugs in de urine is dan in bloed
- een urineanalyse technisch gemakkelijker uit te voeren is
- een urinemonster gemakkelijker en in een groter volume te verkrijgen is dan een bloedmonster

→ *Wees alert voor vervalsing van monsters.*

Enkele vaak gebruikte middeltjes zijn :

- inname van maagzout (NaHCO_3) : verdoezelen van amfetaminegebruik (PH bepalen)
- inname van citroenzuur of vit.C : verdoezelen van barbituratengebruik (PH bepalen)
- verdunning van de urinemonsters met (warm) water

Ook drinken van grote hoeveelheden ---> dilutie of verdunning. Dit kan nagegaan worden dmv de densiteit, osmolaliteit en creatinine. Densiteit en osmolaliteit kunnen beïnvloed worden door andere stoffen, creatinine niet.

Interpretatie creatininebepaling door labo :

Via een creatininedosage in de urine kan dilutie van de urine nagegaan worden.

95% van de gezonde populatie heeft een creatinine > 113 mg/dl

dl50ste percentiel : 100 mg/

< 45 mg/dl : waarschijnlijk verdund, mogelijk vals negatief door verdunning

< 20 mg/dl : (NIDA dilution cutoff) : monster waarschijnlijk verdund of vervangen door iets anders.

Wanneer een creatininebepaling op de urine gewenst is, schrijf dan op de achterzijde van de aanvraag onder de rubriek 'andere analyses' : creatinine in urine.

Bij een positieve cannabinoidenscreening wordt dan automatisch de verhouding canabinoiden/creatinine berekend.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Bijlagen

Deze creatininebepaling kan nuttig zijn wanneer er een vermoeden is van manipulatie (dilutie) van de urine

- toevoegen van storende stoffen zoals : keukenzout, azijn, suiker, detergents....

Bij gebruik van de FPIA (Abbott) test (Labo Rigo) :

- Keukenzout : benzodiazepines : vals negatief
- Bleekwater : amfetamines, cannabinoïden, opiaten : vals negatief
- Waterstofperoxyde : benzodiazepines, cannabinoïden : vals positief
- Detergens : amfetamines, barbituraten, benzodiazepines, cannabinoïden : vals positief
- Ethanol (alcohol) : cannabinoïden : vals positief
- Ethyleen glycol (antivries) : cannabinoïden : vals positief
- Isopropanol (hoogwaardige alcohol, beterkope) : cannabinoïden : vals positief
- Natriumbicarbonaat : benzodiazepines : vals positief

→ De **monsterafname**

- de persoon laten urineren onder toezicht van de hulpverlener
- recipienten, voorzien van een etiket met naam/ geslacht/ en geboortedatum van de client, gebruiken
- geen (warm) water in de buurt van de monstergever

→ De **stabiliteit drugs in urine**

Bewaring op kamertemperatuur (<25gr C) : maximaal 4 dagen.

Bewaring in de frigo : maximaal 7 dagen.

Bewaring in de diepvries : onbeperkt.

(Gegevens overgenomen uit het practical compendium for health professionals, drugs of abuse, commission of the European communities).

b. Welke drugs screenen ?

- hou rekening met de gebruikersgeschiedenis (zie intakegegevens)
 - hou rekening met intoxicatieverschijnselen / klinische toestand van het moment
 - * verhoogde alertie en waakzaamheid, wijde pupillen, (verhoogde temperatuur bvb XTC)
- ⇒ amfetamines en cocaïne
- * nauwe pupillen, verminderde waakzaamheid
 - ⇒ opiaten, benzo's,..
 - * rood doorlopen ogen
 - ⇒ cannabis

C) Interpretatie van de resultaten

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Bijlagen

	Hoe lang na gebruik in de urine aantoonbaar ?	cut-off	
		Labo Rigo	NIDA
*Cannabis:			
-1 joint	3 - 5 dagen	< 25	< 100
-intensief gebruik	20 - 70 dagen	< 25	< 100
* Benodiazepines	<i># ngl posologie en specialiteit</i>	< 100	/
* Amfetamines:			
-gewone 1000	1 - 2 dagen	< 300	<
-MDMA (ectasy) 1000	3 - 5 dagen	< 300	<
-MDEA (eva) 1000	3 - 5 dagen	< 300	<
* Cocaïne 300	2 - 3 dagen	< 300	<
* Opiaten	1 - 4 dagen	< 200	< 300
* Methadone	+/- 48 uren		

Opmerkingen :

1. Cannabis :

Vooraf bij cannabisgebruik zijn de waarden zeer sterk afhankelijk van de urineconcentratie (veel of weinig gedronken ?). Daarnaast blijven cannabinoïden zeer lang positief in de urine (tot 2 a 3 maanden). Dan heeft het soms zin een bepaling te laten uitvoeren door het labo, met de vraag rekening te houden met de creatinineconcentratie van de portie urine. (de factor concentratie van de urine kan hiermee een stuk gecorrigeerd worden)

Bij passief roken zal de concentratie nooit hoger oplopen dan 50 ng / ml

Wat betreft cannabis zijn er weinig interferenties met andere middelen, en mogen we de testen dus als zeer betrouwbaar beschouwen.

2. Amfetamines :

- Igv een waarde tussen 300 en 500 : spreekt het labo van een grenswaarde en zal het labo een bevestigingstest laten uitvoeren.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Bijlagen

- Igv een waarde boven de 500 : spreekt het labo van een positieve test en zal eveneens een bevestigingstest laten uitvoeren.
- Heb je een waarde van bvb 8000, dan moet je niet meer twijfelen.

3. Cocaïne :

- Drinken van thee van cocabladeren kan een positief resultaat geven.
- Wat betreft cocaïne zijn er weinig interferenties met andere stoffen, we mogen de test dus als zeer betrouwbaar beschouwen.

4. Opiaten :

- Bepaalde opiaten worden niet gedetecteerd met de immunoassay voor morfine ---> Indien deze stoffen moeten opgespoord worden, dienen ze specifiek vermeld te worden.

Deze stoffen zijn :

Burgodin (bezitramide), Temgesic (buprenorfine), Fortal (pentazocine), dextromethorfan (in hoestsiropen als Akindex, Benylin, Bronchosedal, Capsyl, Pectofree, Romilar, Touxium, Tussipect, Vicks Vaposyrup, Nortussine, Orthoxicol, Vicks Formule 44).

Er werd navraag gedaan bij verschillende toxicologische centra en er blijkt wat betreft opsporen van Burgodin in de urine alvast geen routineuze bepalingstechniek voorhanden te zijn.

- Na eten van gebak met papaverzaadjes (maanzaad, poppy seeds) : 2 - 4h later : 73% positief voor morfine (tot 6h na inname). Concentraties tot 4,5 microgram/ml mogelijk, na inname van 70 gr. Kan positief blijven tot 35h na inname.
 - Een ander onderzoek : inname van realistische hoeveelheden (2, 4 of 6gr eenmalig of 4gr per dag gedurende 4 dagen) : hoogste concentraties tussen 3 en 8h na inname, slechts 16 monsters op 264 waren positief. Het was niet meer detecteerbaar na 24h. Indien 6-monoacetylmorfine wordt gevonden in de urine : zeker heroïne ingenomen, niet te verklaren door papaverzaadjes.
 - Codeïne wordt partieel gemetaboliseerd naar morfine. De eerste 10 tot 20h wordt er meer codeïne dan morfine uitgescheiden. Later (20 -40h) , ongeveer op het moment dat norcodeïne niet meer detecteerbaar is, zien we een inversie van deze verhouding.
 - Heroïne bevat vaak acetylcodeïne, die naar codeïne gemetaboliseerd wordt. --> bij lage concentratie morfine en codeïne : zeer moeilijk te bepalen of de persoon heroïne, morfine of codeïne ingenomen heeft.
- Bij de screening naar opiaten kunnen we een differentiatietest vragen : hiermee kunnen stoffen als dihydrocodeïne (Codicontin) , en oa heroïne en morfine opgesplitst worden.
- Wat betreft opiaten zijn er veel interferenties met andere stoffen.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Bijlagen

5. Benzodiazepines

- Wat betreft de benzodiazepines zijn er zeer veel interferenties met andere producten.
- Wanneer het labo de resultaten doorgeeft, wordt er steeds een tabelletje bijgevoegd van welke benzodiazepines de gevonden afbraakproducten in de urine het meest waarschijnlijk afkomstig zijn.
- De tijdsduur van aanwezigheid van een benzodiazepine in de urine is afhankelijk van de specialiteit en de posologie.

Tabel van de halfwaardetijd van een aantal producten : zie bijlage.

De detecteerbaarheid van de benzodiazepines hangt af van :

- de dosering

- van de halfwaardetijd van de actieve stof en de metabolieten

- van de kruisreactiviteit van het benzodiazepine in de kit

(De kit is gestandaardiseerd op nordiazepam. De kruisreactiviteit van lorazepam is bv 17% bij een concentratie van 410 ng/ml. Dit wil dus zeggen dat er gemeten wordt : 70 ng/ml diazepam (17% van 410 ng).

Een benzodiazepine is des te moeilijker detecteerbaar naarmate de dosering lager is, de halfwaardetijd korter (ook van de metabolieten) is en naarmate de kruisreactiviteit lager is.

*Benzodiazepines met lange halfwaardetijd (ook metabolieten) en goed detecteerbaar : VALIUM (diazepam). Valium met een halfwaardetijd van 20 tot 40 uur wordt gemetaboliseerd tot de actieve metaboliet nordiazepam (Stilny, calmday) met halfwaardetijd 40 tot 100 uur en terug verder gemetaboliseerd tot oxazepam (seresta) met halfwaardetijd van 8 tot 10 uur.

*Enkele benzodiazepines met lage halfwaardetijd (ook metabolieten) en bij lage dosering zeer moeilijk detecteerbaar: HALCION (triazolam), XANAX (alprazolam).

*Benzodiazepines met lage halfwaardetijd en bovendien lage kruisreacties geven bij een therapeutische concentratie een negatieve test : LORAMET, NOCTAMID, STILNASE (lormetazepam, met zijn metaboliet lorazepam). Bij een proefpersoon die 's avonds 2 mg loramet toegediend kreeg was de test op benzodiazepines 's morgens negatief. TEMESTA, SERENASE, LORIDEM, LAURACALM, LORAFILM, VIGITEN (lorazepam), zijn benzodiazepines die moeilijk detecteerbaar zijn in de urine bij therapeutische concentraties.

*Benzodiazepines met een korte halfwaardetijd en geen gekende kruisreactie in de urine, waarschijnlijk weinig tot niet detecteerbaar met kit :

LENDORMIN (brotizolam) heeft een korte halfwaardetijd (5 tot 7 uur), geringe kruisreactie in serum (20%), en geen gekende kruisreactie in de urine.

CLOZAN (clotiazepam) heeft een korte halfwaardetijd (7 tot 10 uur), een geringe kruisreactie in serum (12%), geen gekende kruisreactie in urine.

Clozan : Dosis voor angstreductie, kalmering : 2 a 3 maal 5 mg per dag

Dosis voor slapeloosheid : 10 mg 's avonds

Dit product heeft een intermediair halfleven.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Bijlagen

d. Waarom screenen ?

(bvb onze plaatjestest, de eerste test door labo)

Wij verwachten veel negatieven (80 - 90%), zodat de meer tijdrovende, arbeidsintensieve en dure confirmatietechnieken alleen bij het (laag) percentage positieve monsters zullen moeten gebruikt worden.

Bijkomende reden : door het gebruik van een tweede techniek is elk positief resultaat geconfirmeerd door een andere techniek.

Vereisten voor screening :

- snel
- goedkoop
- gevoelig: geen vals negatieven
- specifiek : zo weinig mogelijk vals positieven, dus ook zo weinig mogelijk nutteloze confirmatietesten
- automatiseerbaar
- geen te groot monstervolume nodig

Screening gebeurt meestal met een immunoassay, minder frequent met dunne laag chromatografie.

Momenteel zijn er 3 immunoassay technieken op de markt : EMIT, FPIA en RIA.

Immunoassays zijn meestal niet specifiek voor 1 drug. De antilichamen kruisreageren met verwante drugs, geneesmiddelen of metabolieten.

Screening geeft enkel een kwalitatief antwoord. Er gebeurt geen identificatie van de positieve stoffen.

Voor cannabis en cocaïne zijn de testen vrij specifiek.

Voor opiaten, amfetamines zijn er veel interferenties en zijn de testen soms vals positief.

e. De confirmatietest

Methode : meestal GC-MS, soms GC, HPLC

Doel : -identificatie van de stof(fen) die bij screening een positief resultaat veroorzaakt
-vals positieven uitsluiten

Vereisten :

- gevoeliger dan de screeningstechniek
- specifiekere dan de screeningstechniek
- gebaseerd op ander chemisch of fysisch principe

f. Interpretatie

Uit een urineresultaat kan niet besloten worden of de persoon al dan niet onder invloed van het gevonden product was, men kan enkel besluiten dat die persoon het product op een bepaald moment heeft ingenomen.

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Bijlagen

Onverwacht negatief resultaat :

- urine gemanipuleerd
- urine verdund
- te lang interval tussen inname en afname urine
- wordt het ingenomen product gedetecteerd ? (bvb burgodin)

Onverwacht positief resultaat :

- is het resultaat geconfirmeerd ?
- monsterverwisseling
- carry-over
- interferentie door andere bronnen van morfine, cocaïne,..
- indien geen confirmatie : is de analyse correct gebeurd ?

g. Interferenties

→ Amfetaminescreeningstest

Kruisreactiviteit bij de volgende producten:

Fentrateretard, Isomeride, Ponderal unicaps (vermageringspillen)
Prozac, Serlain, (antidepressivum)
Duvadilan retard (vaatstoornissen)
Trandate (antihypertensivum)
Orthoxicol (hoestmiddel)
Lopressor, Seloken, Selozok, Blocadren (Betablokkers, antihypertensiva)
Mexitil (hartritmestoornissen)
Zoroxin, Tarivid, Peflacine (antibiotica)
Zantac (maagzweren)
Pre-par (betamimeticum: relaxatie van de baarmoeder)

→ Opiatenscreeningstest

Kruisreactiviteit bij de volgende producten :

Bronchodine, Bronchosedal, Codeine, Paracodine, Makatussin fort,
Codethylline, Neocodion, Theralene pectoral, Biocodone, Actifed, Euphon,..
(hoestmiddelen)
Spasmoplus, Visceralgine (krampwerend middel bij gal- of nierkolieken)
Redomex, Tryptizol, Anafranil, Sinequan, Quitaxon, Prozac, Tofranil, Ludiomil,
Nortrilen (antidepressiva)
Akineton (anticholinergicum : bij beven)
Periactin, Phenergan (antihistaminica)
Akindex, Benylin, Bronchosedal, Capsyl, Dexir, Pectofree, Romilar, Touxium,
Tussipect, Vicks Vaposyrup (hoestmiddelen)
Dibertil, Primperan, Movistal, Metoclopramide (antibraakmiddelen)
Valtran, Fortal, Contramal, Dolzam (centraal werkende analgetica)

Samenwerkingsverband VAD-CGG

Vormingsaanbod huisartsen inzake de aanpak van illegale drugproblematiek

Trainersmap

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk

Bijlagen

Tarivid, Peflacin , Trafloxal oogdr (antibiotica)
Tricinophedrine neusdr, Rhinofluneneusdr (procaine)
Catorid (centraal stimulerend middel)
Prazine (neurolepticum)
Zantac (maagulcus)

→ Benzodiazepinescreeningstest

Kruisreactiviteit bij de volgende producten :

Alpraz, Xanax, Bromazepam, Bromidem, Lexotan, Frisium, Rivotril,
Diazepam, Hypnocalm, Flunitrazepam, Staurodorm, Lauracalm,
Bromazepam, Loridem, Serenase, Temesta, Vigiten, loramet, Lormetazepam,
Noctamid, Stilaze, Dormicum, Mogadon, Oxazepam, Seresta,
Tranquobusopan, Lysanxia, Temador, Normison, Levanxol, Euhypnos,
Halcion,..
(Hypnotica, sedativa, anxiolytica)
Temgesic (centraal werkend analgeticum)
Canestene, Gynocanestene, Lotriderm (huidproducten tegen schimmels,
bacteriën)
Mobilisin (spierontspanner)
Anexate (benzodiazepineantagonist)
Lopid (vetverlagend produkt)
Dolcidium, Indocid, Fastum, Bi-rofenid, Rofenid, Toprek, Butazolidine,
Tolectine (antiflogistica, onstekingsremmende producten)
Loxapac (neurolepticum)
Disipal (anticholinergicum. tegen beven)
Sinutab (antihistaminicum)
Catorid (centraal stimulerend middel)
Serlain (antidepressivum)

Interferentie kunnen we ook bekomen wanneer bepaalde producten worden toegevoegd aan de urine zoals : aceton (ontvlekker), vitamine C, alcohol, oxaalzuur (rabarber), roboflavine (precursor van vitamine), zout, eiwitten, ureum.

→ Kostprijs

Iedere analyse heeft een B-waarde. 25% van de B-waarde wordt gefactureerd aan het RIZIV. 65% wordt betaald door het centrum. De overige 10% is korting.

Alle drugscreeningen (opiaten, cannabinoiden, cocaine, amfetamines) hebben een B-waarde van 250 BF.

(ttz : 63 Bf aan het RIZIV en 163 Bf aan Katarsis)

Alle bevestigingstesten hebben een B-waarde van 1400 BF.

(ttz : 350 Bf aan het RIZIV en 910 Bf aan Katarsis)

Een kratinebepaling in de urine heeft een B-waarde van 80 BF.

(ttz : 20 Bf aan het RIZIV en 52 Bf aan Katarsis)

DRAAIBOEK VAN DE MODULES
Module 3- Hoe omgaan met druggebruikers in de huisartsenpraktijk
Bijlagen

VOORSTEL

BESLISSINGSDIAGRAM URINETESTEN

OPNAME CLIENT X

DE AFGELOPEN MAANDEN NIET
MEER GEBRUIKT

DE AFGELOPEN MAANDEN WEL
NOG GEBRUIKT

*URINEMONSTER 1 BIJ OPNAME
*URINEMONSTER 2 NA 2 WEKEN

GEEN AFKICKMEDICATIE

AFKICKMEDICATIE

*URINEMONSTER 1 BIJ OPNAME
*URINEMONSTER 2 NA 2 WEKEN

*URINEMONSTER 1 BIJ OPNAME
*URINEMONSTER 2 TWEE
WEKEN NA OPNAME

De urinemonsters dienen direct na afname in het diepvriesvak van de frigo geplaatst te worden. Het goed bewaren van de urine bij opname kan in sommige gevallen heel wat problemen in een later moment voorkomen.

Tussendoor blijven we met de plaatjestest steekproeven nemen. Zo onverwacht positief dienen deze steeds naar het labo te gaan voor bevestiging.

Telkens iemands klinische toestand op een bepaald moment hiertoe aanleiding geeft, of er duidelijke intoxicatieverschijnselen waargenomen worden, dient er een urinemonster afgenomen te worden en naar het labo te vertrekken. Zo kunnen de waarden van het monster bij opname vergeleken worden met de waarden van het huidig monster.
(Plaatjestesten dienen toch steeds bevestigd te worden vooraleer er een interventie volgt).

- URINEMONSTER 1 : wordt steeds getest op cannabis, opiaten, cocaïne, amfetamines en benzo's.
- URINEMONSTER 2 : wordt steeds getest op cannabis, opiaten, cocaïne, amfetamines en benzo's.

Bijlage F.

INTERNET-ADRESSEN

Het overzicht van de internet-adressen vindt u bij de rubriek 'Achtergrondinformatie'.

Bijlage G.

LITERATUURLIJST

De literatuurlijst vindt u bij de rubriek 'Achtergrondinformatie'.

Bijlage H.

ANDERE NUTTIGE ADRESSEN

Hierbij kan u hulpverleningsadressen uit uw regio vermelden of de VAD-doorverwijsgids (zowel hulpverlening als preventie) meegeven.

Achtergrondinformatie

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Achtergrondinformatie

Literatuurlijst

Literatuurlijst

Basisliteratuur

Casselmann J. *Met vallen en opstaan : Motivatiebevordering en terugvalpreventie bij alcohol- en andere drugproblemen*. Garant (1996)

Geerlings P.J., van den Brink W., Schippers G.M. *Behandelingsstrategieën bij alcoholproblemen*. Bohn Stafleu Van Loghum (1996)

Van Epen, J.H. *Drugverslaving en alcoholisme, kennis en achtergronden voor hulpverleners*. Bohn Stafleu Van Loghum (1997)

Van Epen, J.H. *Compendium drugverslaving en alcoholisme. Diagnostiek en behandeling*. Agon Elsevier Amsterdam/Brussel (1974)

Specifiek voor huisartsen/medische hulpverleners

Alto-SSMG *Les Fruits d'une experience. Accompagnement des toxicomanes par les medecins generalistes*. Continental Pharma (1991)

Banks A., Waller T.A.N. *Drug misuse. A practical Handbook for GPs*. Blackwell Scientific Publications Oxford London Edinburgh (1988)

Buntinx F. *De huisarts en drughulpverlening*. Postacademische Vorming K.U.Leuven Academiejaar 1997-1998 (1998)

David C. Lewis. M.D. *Training about alcohol and substance abuse for all primary care physicians. Conference 2-2/10/1994*. Josiah Macy JR Foundation (1995)

Geerlings P.J., Van Ree J.M., Buisman W.R. (Red) *Syllabus verslaving*. NIAD (1989)
APB Toxicomanie. De druggebruiker en de medische hulpverlener. G. Vanhalle (1995)

Geerlings P.J., Van Ree J.M., Buisman W.R.
Syllabus verslaving : t.b.v. Medische Opleiding Universiteit van Amsterdam en Rijksuniversiteit Utrecht. Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs (1989)

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Achtergrondinformatie

Literatuurlijst

Haverkos H.W., Stein M.D. *Identifying substance abuse in primary care*. Uit : Am. Fam. Physician, 1995 nov 15 ; 52(7), 2029-35

Josiah Macy, Jr. *Foundation Training About Alcohol and Substance Abuse for All Primary Care Physicians*. Proceedings of a Conference : October 2-5, 1994 (1995)

Lewis D.C. *The role of the generalist in the care of the substance-abusing patient*. Uit : Med. Clin. North Am., 1997 jul ; 81(4), 831-43

Mirin, S.M./ American Psychiatric Association *Behandelingsrichtlijnen alcohol, cocaïne en opiaten. Diagnostiek, ziekte-kenmerken en behandelingsprincipes in aansluiting op de DSM-IV*. Swets & Zeitlinger Publishers (1998)

Werkgroep van de BLT : The Toxicological Society of Belgium and Luxembourg vzw *Invloed van geneesmiddelen op de rijvaardigheid : Beknopte uitgave bestemd voor artsen, apothekers, ...* Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid vzw (BIVV) (1999)

INTERNET-ADRESSEN

Middeleninformatie

Overzicht van sites met korte beschrijving van middelen en voornaamste effecten:

Trimbos-instituut: Drugsinformatielijn

<http://www.trimbos.nl/drugslyn/>

LithiumPlusWerkgroep

<http://www.antenna.nl/lithium>

Web of Addiction

<http://www.well.com/user/woa/>

RXlist- The Internet Drug Index

<http://www.rxlist.com/>

the Lycaeum: Drug Archives

<http://www.lycaeum.org/drugs/>

Crew2000: druginfo

<http://recomputer.electricfrog.co.uk/crew2000/crew2000.htm>

Indiana Prevention Resource Centre: Drug Photo Menu

<http://www.drugs.indiana.edu/prevention/photos.html>

EROWID: Entheogen Vaults

<https://www.erowid.org/entheo.shtml>

Informationszentrale gegen Vergiftungen, Universität Bonn

<http://www.meb.uni-bonn.de/giftzentrale/drogeidx.html>

Op één stof gerichte informatie

THC-information

<http://www.thc.nl/>

HANFNET, das Ökologische Netzwerk

<http://www.hanfnet.de/>

Ecstasy

<http://ecstasy.org/>

lbogaine dossier

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Informatie Internetadressen

Pihkal

<http://www.hyperreal.org/drugs/pihkal/>

Tobacco BBS

<http://www.tobacco.org/>

Alcoweb

<http://www.alcoweb.com/>

Zelfhulporganisaties

QuitNet

<http://www.quitnet.org/>

Marihuana Anonymous

<http://www.marijuana-anonymous.org/>

Cocaine Anonymous

<http://www.ca.org/>

Narcotics Anonymous

<http://www.wsoinc.com/>

Recovery Online

<http://www.netwizards.net/recovery>

Anonieme Alcoholisten

<http://www.xs4all.nl/~aaned/>

Koepelorganisaties

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (V.A.D.)

<http://www.vad.be>

Straatnamen

Street terms database

<http://www.drugs.indiana.edu/druginfo/>

Addictions & Life: Drug related street terms /slang words

<http://www.addictions.org/>

Buitenlandse en internationale organisaties

Wereldgezondheidsorganisatie Programme on Substance Abuse

<http://www.who.ch/psa/prog.htm>

Verenigde Naties, Drugs Control Program

Samenwerkingsverband VAD-CGG

Vormingsaanbod huisartsen inzake de aanpak van illegale drugproblematiek

Trainersmap

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Informatie

Internetadressen

<http://www.undcp.org/>

ICAA: International Council on Alcohol and other Addictions

<http://www.icaa.ch/>

Europaserver

<http://europa.eu.int/>

Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EMCDDA)

<http://www.emcdda.org/>

RELIS-LINDDA: Réseau Luxembourgeois d'Information sur les stupéfiants et les Toxicomanies-Luxembourgish Information Network on Drugs and Drug Addiction

<http://www.relis.lu/>

REITOX Frankrijk, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

<http://www.ofdt.fr/>

Institute for the Study of Drug Dependence (ISDD)

<http://www.isdd.org.uk/>

Stakes: National research and Development Centre for welfare and health

<http://www.stakes.fi/reitox/>

IFT: Institut für Therapieforschung, München

<http://www.ift.de/>

Trimbos-instituut

<http://www.trimbos.nl/>

Europese Commissie: CEC

<http://europa.eu.int/reitox>

Phare Server: The Phare Multi-Country Programme for the Fight Against Drugs

<http://www.fad.phare.org/>

Drugwatch

<http://www.drugwatch.org/>

Drug Reform Coordination network

<http://www.drcnet.org/>

European Addiction Training Institute

<http://www.eati.org/>

FAD: Bases de documentation

<http://www.eurosur.org/FAD/indid1.htm>

Stichting Informatievoorziening Verslavingszorg

<http://www.ivv.nl/>

Samenwerkingsverband VAD-CGG

Vormingsaanbod huisartsen inzake de aanpak van illegale drugproblematiek

Trainersmap

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Informatie Internetadressen

Trans National Institute: Drugs & Democracy
<http://www.worldcom.nl/tni/drugs/>

Stichting IVV, Informatievoorziening Verslavingszorg
<http://www.zorginfo.nl/ivv/indexnl.html>

Zorgstad
<http://www.zorgstad.amsterdam.nl/>

De Jellinek
<http://nederland.drugtext.nl/jellinek>

Centrum voor verslavingsonderzoek Universiteit Utrecht
<http://www.fsw.ruu.nl/cvo>

Tijdschriften

Highlife
<http://www.discover.nl/>

Soft Secrets
<http://www.positronics.nl/ssects>

The Journal: addiction news for professionals van ARF
<http://www.arf.org/Intropage.html>

The Addictions Newsletter van de American Psychological Association
http://www.kumc.edu/addictions_newsletter/

Een overzicht van tijdschriften van de Universiteit van Washington
<http://weber.u.washington.edu/~adai/library/catindex.htm#journal>

The Journal: addiction news for professionals van ARF
<http://www.arf.org/Intropage.html>

The Flow Magazine: The Hemp Internet
<http://www.theflow.nl/>
Eurovideonetwork
<http://www.ofdt.fr/bulletin/cecd/>

Addiction
<http://www.addictions.org/>

Medline
<http://www.nlm.nih.gov/databases/freemedl.html>

Medline advanced search
<http://www.healthgate.com/HealthGate/MEDLINE/search-adv.shtml>

DRAAIBOEK VAN DE MODULES

Informatie

Internetadressen

Sites met verwijzende informatie

Reitox

<http://www.ofdt.fr/reitox65/index.html>

Nederlands Aidsliteratuur bestand

<http://www.aidsfonds.nl/aidsdoc>

Medline

<http://www.nlm.nih.gov/databases/freemedl.html>

EDDRA Information System: Exchange on Drug Demand Reduction Action

<http://www.sema.be/eddra/>

Nieuwsgroepen

<http://www.reference.com/>

Zoekinstrumenten

Alta Vista

<http://www.altavista.com/>

Yahoo

<http://www.yahoo.com/>

Répertoire des sites Internet concernant la toxicomanie et les conduites addictives

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/hometox.html>

Drugsplein: Digitale Stad Amsterdam

<http://www.dds.nl/plein/drugs/>

