

Esther Croes, Claire de Nerée tot Babberich,
Lonja Schürmann, Laura Nijkamp

Ontwikkelingen in acute gezondheidsincidenten na GHB-gebruik

20
19

Ontwikkelingen in acute gezondheidsincidenten na GHB-gebruik

Een inventarisatie

Esther Croes, Claire de Nerée tot Babberich, Lonja Schürmann, Laura Nijkamp

Trimbos-instituut
Utrecht, september 2019



Colofon

Opdrachtgever:

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Auteurs:

Esther Croes, Claire de Nerée tot Babberich, Lonja Schürmann, Laura Nijkamp

Projectleiding:

Esther Croes

Met grote dank aan de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA), het Forensisch Medisch Genootschap (FMG), alle respondenten en geïnterviewden, Tim de Groot en Danny van de Vondervoort

Vormgeving en productie

Canon Nederland N.V.

Beeld

www.istockphoto.com

Bestelinformatie

Deze factsheet is gratis te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel

Artikelnummer

AF1711

© 2019, Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoudsopgave

	Kernpunten	5
1.	Inleiding	11
2.	Registratiegegevens uit MDI en LIS	15
3.	GHB op de SEH's	27
4.	GHB bij de forensisch artsen	37
5.	Verdiepende informatie uit signaal- en controleregio's	45
6.	Discussie en conclusies	63
	Bijlagen	65

Kernpunten

In november 2018 publiceerde NRC een artikel waarin een 'explosieve toename' van GHB-hulpvragen op de spoedeisende hulp (SEH) werd beschreven in de "signaalregio's" Amsterdam, Utrecht, Nijmegen en Rotterdam.

- Deze quick scan richt zich op de vraag of er in Nederland inderdaad sprake is van een toename van GHB-gerelateerde acute gezondheidsverstoringen ("GHB-incidenten"). Acute GHB-incidenten betreffen zowel acute intoxicaties/vergiftigingen met GHB als acute onttrekkingsverschijnselen bij een persoon met een afhankelijkheid van GHB.

Er bestaat geen landelijk dekkende registratie van GHB-incidenten en daarom hebben we in deze quick scan gebruik gemaakt van vier bronnen:

- (1) De bestaande dataverzameling in een aantal peilstationregio's van de monitor drugsgerelateerde gezondheidsincidenten (MDI) van het Trimbos-instituut, aangevuld met de gegevens uit het Letsel Informatiesysteem van VeiligheidNL;
- (2) Een digitale vragenlijst die naar alle SEH's in Nederland is verstuurd;
- (3) Een vragenlijst aan forensisch artsen (die een ander deel van de acute GHB-problematiek zien);
- (4) Diepte-interviews met een aantal stakeholders in de vier signaalregio's en in vier controleregio's, bedoeld om verklarende achtergrondinformatie te verzamelen over de gesignaleerde trends.

Uit de registratiegegevens van de MDI en LIS (**hoofdstuk 2**) komen als conclusies:

- Gezien het beperkte gebruik van GHB in de bevolking is het percentage GHB-incidenten heel hoog: meer dan 10.000 acute gezondheidsincidenten zijn in MDI en LIS geregistreerd die samenhangen met het gebruik van GHB en dat is 22% van de totale registratie in 2009-2018.
- De MDI rapporteert het *aandeel* incidenten na GHB-gebruik op het totaal aan drugsincidenten. De registratie is niet geschikt om uitspraken te doen over het absolute *aantal* GHB incidenten in een regio of in het land of een verandering daarin over jaren.
- Op landelijk niveau is er geen duidelijke toe- of afname zichtbaar in het aandeel gemelde GHB-incidenten.
- Er bestaan duidelijke regionale verschillen in de mate waarin GHB bijdraagt aan het totaal aan drugsgerelateerde incidenten. Het aandeel incidenten met GHB is aanzienlijk lager in de Randstad dan in regio's daarbuiten.
- Het aandeel incidenten met GHB in de signaalregio's Amsterdam, Nijmegen (Gelderland Zuid) en Rotterdam (Zuid-Holland) is stabiel (o.b.v. meldingen bij de MDI). Uit de regio Utrecht worden geen drugsincidenten aangeleverd aan MDI en LIS.
- Buiten de signaalregio's schommelt het aandeel GHB-intoxicaties regionaal door de jaren heen. Toch ligt in geen van de regio's, waarvan data beschikbaar zijn, de piek van het aandeel GHB-intoxicaties in de afgelopen 3 jaar (2016 – 2018).
- Intoxicaties met GHB gemeld bij de MDI zijn vaak ernstig van aard. Een groot deel van de patiënten is zo fors onder invloed dat zij slecht of niet meer aanspreekbaar zijn (ongeveer 60-90% van de patiënten die uitsluitend de drug GHB hebben gebruikt, al dan niet met alcohol). Dit is veel hoger dan bij andere drugs.

Nederland kent 87 SEH's, waarvan 84 SEH's 24/7 open zijn (**hoofdstuk 3**). Uit de respons van 78 medewerkers uit 61 ziekenhuizen in Nederland komt het volgende beeld naar voren, voornamelijk gebaseerd op schattingen en impressies wegens het grotendeels ontbreken van harde registratiegegevens:

- Het is lastig schatten wat de omvang van drugsproblematiek in het algemeen en GHB-problematiek in het bijzonder is, omdat in de meeste ziekenhuizen de registratiesystemen niet toereikend zijn om gegevens te achterhalen.
- In de signaalregio's Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Nijmegen heerst in de meeste ziekenhuizen de impressie dat het aantal drugsgerelateerde incidenten de afgelopen vijf jaar is gestegen. Sommige ziekenhuizen in deze regio's zien echter geen veranderingen in het aantal drugsincidenten de afgelopen vijf jaar of zelfs een lichte afname.
- Voor GHB geldt eenzelfde beeld. In een aantal ziekenhuizen met registratiegegevens zijn cijfers over GHB-incidenten echter minder makkelijk beschikbaar dan cijfers over drugsincidenten algemeen, omdat de GHB-incidenten handmatig in het systeem opgezocht moeten worden.
- *Overall* in Nederland schat ongeveer de helft van de responderende ziekenhuizen dat in hun ziekenhuis sprake is van een toename in het aantal drugsincidenten en de andere helft heeft de impressie dat het aantal drugsincidenten de afgelopen vijf jaar gelijk is gebleven of zelfs afnam.
- Voor GHB-incidenten wordt een vergelijkbaar beeld geschetst.
- In alle ziekenhuizen, behalve twee, waar een stijging van GHB-incidenten lijkt te zijn, is dit onderdeel van een bredere toename van incidenten met ook andere drugs. In de twee ziekenhuizen die hier een uitzondering op zijn nam wel het aantal GHB-incidenten toe, terwijl het aantal drugsincidenten gelijk bleef.

Grote verschillen worden gemeld tussen regio's, en zelfs tussen ziekenhuizen binnen eenzelfde regio, met betrekking tot de GHB-problematiek:

- In regio's die bekend staan om hun hardnekkige GHB-verslavingsproblematiek lijkt er sprake te zijn van meer chronische GHB-gebruikers en onttrekkingsbeelden op de SEH.
- In andere regio's overheersen de GHB-intoxicaties.
- GHB is in twee-derde van de gevallen gecombineerd gebruikt met andere drugs, medicijnen en/of alcohol.
- De zorgen over GHB onder het medisch personeel zijn groot en GHB staat op de tweede plaats van zowel de Top 5 aan middelen waarvoor de meeste behandelingen plaatsvinden als waar de meeste zorgen over bestaan. Op de eerste plaats van beide Top 5's staat alcohol.
- De zorgen hangen samen met het ernstige klinische beeld van de overgrote meerderheid van GHB-intoxicaties, de heftige verschijnselen (vaak met agressie) bij het ontwaken uit het GHB-coma, de hoge mate van recidive en de uiterst moeilijk te behandelen afhankelijkheid van GHB.

Forensisch artsen (**hoofdstuk 4**) zien vaak een andere populatie (overwegend arrestanten) dan die zich presenteert op de SEH en zij zijn daarmee een relevante aanvullende bron. Forensisch artsen zijn georganiseerd in 25 GGD-regio's. De vragenlijst naar GHB- en drugsproblemen is ingevuld door 42 respondenten uit 23 GGD-regio's.

- Er zijn meer respondenten die een toename van GHB-incidenten zien (70%) dan die een toename van drugsincidenten in het algemeen waarnemen (55%). De

inschatting van de overige forensisch artsen is dat het aantal drugs- en/of GHB-incidenten stabiel is of zelfs iets is afgenomen.

- Er zijn in twee-derde van de gevallen aanwijzingen dat GHB is gecombineerd met een ander bewustzijn veranderend middel (alcohol en/of andere drugs).
- Forensisch artsen behandelen vaker een GHB-onttrekking dan een GHB-intoxicatie.
- Ook zien zij (veel) meer afhankelijke gebruikers dan recreatieve GHB-gebruikers. Vaak is het dezelfde GHB-gebruiker die telkens weer opnieuw met acute problemen aan de forensisch arts wordt gepresenteerd.
- Dit illustreert de hardnekkigheid van de verslaving en laat zien dat problematische GHB-gebruikers over het algemeen weinig succes lijken te hebben in het willen en/of kunnen afkicken.
- GHB staat op de tweede plek in de Top 5 van drugs die worden behandeld door forensisch artsen. Dit is een opvallend hoge positionering, gezien het lage gebruik van GHB in de algemene bevolking.
- GHB staat zelfs bovenaan in de Top 5 van drugs waarover forensisch artsen zich zorgen maken.
- De zorgen betreffen vooral de verslaafde, recidiverende gebruiker, het gemak waarmee GHB gemaakt kan worden, hoe goedkoop het middel is en de hoge frequentie waarmee het gebruik van GHB wordt gecombineerd met andere drugs of alcohol. Ook regio's die niet direct bekend staan om bestaande GHB-problematiek maken zich hierover zorgen.
- Goed nieuws is dat er door politie en forensisch artsen tegenwoordig beter kan worden omgegaan met GHB-gebruikers door beschikbaarheid van protocollen, scholing en een grotere alertheid dan een aantal jaar geleden.

Hoofdstuk 5 is een uitwerking van interviews met 51 sleutelfiguren (medisch personeel van de SEH, preventiewerkers uit de verslavingszorg en medewerkers van de maatschappelijke opvang, de gemeente en politie) uit de signaalregio's (Rotterdam, Utrecht, Amsterdam en Nijmegen) en controleregio's (Alkmaar, Groningen/Friesland, Zeeland en Limburg).

- De interviews geven een indruk van de lokale situatie, maar zijn niet geschikt om harde conclusies te trekken over drugs- en GHB-problematiek in de deelnemende regio's, noch in het hele land.

De geïnterviewden waren eensgezind in hun conclusie dat er de afgelopen jaren sprake is van een **stijging in het aantal drugsgerelateerde incidenten in het algemeen**.

Welke drug de grootste bijdrage levert aan de groei, verschilt.

- Sommige ziekenhuizen merken dat het aantal GHB-gerelateerde incidenten sneller stijgt dan andere drugs, in andere ziekenhuizen stijgen GHB- en drugsincidenten even hard en in een derde groep ziekenhuizen is het aantal GHB-incidenten naar verhouding juist afgenomen.
- In de *signaalregio's* zijn verschillende oorzaken voor een waargenomen stijging van GHB-incidenten: er is sprake van hoger recidive-gehalte (zelfde persoon komt vaak terug), het aantal regelmatige gebruikers is gestegen en ook het aantal recreatieve gebruikers neem toe.
- Sommige ziekenhuizen in de signaalregio's zien echter geen stijging, maar een stabilisering van het aantal GHB-incidenten. Er zijn dus niet alleen *tussen regio's*, maar ook *binnen regio's* verschillen.

- Ook in de *controleregio's* lijken sterke regionale verschillen te bestaan in het aantal presentaties met GHB op de SEH ten opzichte van een aantal jaar geleden.
- In ziekenhuizen waar sprake lijkt van een afname van GHB-incidenten wordt gesuggereerd dat dit zou kunnen samenhangen met een verslechtering van het imago van GHB bij sommige uitgaanders, beschikbaarheid van betere protocollen voor GHB-incidenten bij medisch personeel en andere hulpverlenende instanties en de inmiddels opgebouwde ervaring met de eerste opvang bij GHB-incidenten.
- Er zijn ook regio's en ziekenhuizen die aangeven dat er zelden tot nooit sprake was van een GHB-presentatie in welke vorm dan ook, en dat dat nog steeds zo is. Hier vraagt de problematiek rondom andere drugs en alcohol meer de aandacht.

In de praktijk worden **drie groepen GHB-gebruikers** herkend:

- Recreatieve GHB-gebruikers: de omvang is moeilijk te schatten want slechts een klein deel van deze groep komt met hulpdiensten in aanraking.
- Gebruikers die afhankelijk zijn van GHB: een relatief kleine, maar hardnekkige groep in een aantal regio's. Zij komen naar verhouding vaker en met meer verschillende (hulp)diensten in aanraking en zijn daarom beter in beeld. Vaak, maar niet altijd, is sprake van meervoudige problematiek op verschillende fronten.
- Problematische gebruikers (tussen recreatief en afhankelijk in): meer en frequenter gebruik, maar (nog) niet met alle kenmerken van afhankelijkheid, zoals een duidelijke impact van het gebruik op het dagelijks functioneren. Ook dit is een vrij onzichtbare groep die nog functioneert in de maatschappij en het gebruik kan verbergen voor de omgeving en hulpdiensten.

Zorgen over GHB:

- GHB is goedkoop, makkelijk verkrijgbaar en wordt opvallend veel gecombineerd met andere drugs.
- GHB is een potente drug met hoge verslavingsgevoeligheid, een grote mate van onregelmatigheid bij afhankelijkheid, een hoge mate van terugval na detoxificatie en onderschatting/ bagatellisering van het gevaar, wat een opmaat kan zijn tot GHB-afhankelijkheid.
- Zorgen bestaan over de onbekende omvang van een 'onzichtbare groep' problematische GHB-gebruikers.
- Een GHB-afhankelijkheid wordt vaak vergeleken met een heroïneverslaving, maar de van GHB afhankelijke gebruiker leidt nóg meer een onregelmatig en geïsoleerd bestaan en is nóg moeilijker te bereiken en te motiveren om af te kicken. Door het zeer frequente gebruik van GHB over de dag (elke paar uur een buisje), regelmatig verminderd bewustzijn, verwardheid en agressie, en de heftigheid van de onttrekking is er nauwelijks een 'helder moment'. Een gesprek om beslissingen te nemen of om de gebruiker te motiveren om te stoppen met gebruik is niet goed mogelijk. Dit zijn redenen die ertoe bijdragen dat de huidige aanpak in de verslavingszorg ontoereikend is.
- De agressie en verwardheid van de gebruiker kan de hulpverleners zelf in gevaar brengen. GHB-gebruik is daarom soms een contra-indicatie voor maatschappelijke opvang. Door de heftige onttrekking bij GHB kan de patiënt een ingezette detoxificatie-periode ook voortijdig afbreken en weer op straat belanden.
- De hoge terugval bij GHB drukt enorm op het budget van de verslavingszorg.
- De van GHB-afhankelijke gebruiker komt ook veelvuldig met andere hulpdiensten in aanraking. Dat leidt tot grote belasting van de capaciteit van bijvoorbeeld de

ambulance en politie door een relatief kleine groep afhankelijke gebruikers en hoge kosten voor de maatschappij.

- Een lichtpuntje is dat de afhankelijkheid van een gebruiker zich vaak zó snel ontwikkelt, dat een deel van de sociale omgeving nog intact is. Sociale steun kan bijdragen aan het voorkómen van terugval na een detoxificatie.

Afgezien van een lage motivatie van een GHB-gebruiker om af te kicken zijn er **knelpunten in het zorgsysteem** die behandeling bemoeilijken. De GHB-gebruiker belandt 'tussen wal en schip':

- Door lange wachttijden in de verslavingszorg en een complex administratief proces kan de GHB-gebruiker meestal niet direct opgenomen worden in een afkickkliniek.
- Dan wordt de overlast gevende gebruiker het probleem van een andere instantie die niet toegerust is op het omgaan met verslavingen, zoals de spoedzorg (die de patiënt weer ontslaat als deze buiten levensgevaar is) of de politie (die in de meeste gevallen de afhankelijke gebruiker niet kan vasthouden).
- De nieuwe privacywetgeving beperkt intussen de uitwisseling van persoonsgegevens tussen diensten.
- Als er toch detoxificatie heeft plaatsgevonden wordt de ex-gebruiker teruggeplaatst in de oude, onaangepaste omgeving. De kans op terugval is dan heel hoog en leidt tot een frustrerende cyclus van symptoombestrijding door verschillende hulpdiensten, zonder de oorsprong van de GHB-afhankelijkheid aan te pakken.
- Hoewel in 2016 aanbevelingen zijn gedaan voor een beter op elkaar afgestemde, multidisciplinaire aanpak in het ketenzorgsysteem bij GHB-problematiek¹, is het merendeel van de ondervraagden hier niet van op de hoogte, of de implementatie van de aanbevelingen is onvoldoende.

Regionaal zijn er verschillen in preventiestrategieën en beleid ter voorkoming van drugs- en GHB-problematiek. Multidisciplinair overleg en een plan van aanpak op het gebied van preventie en beleid zijn een absolute noodzaak, volgens de geïnterviewden.

De **eindconclusie (hoofdstuk 6)** is dat de aard en omvang van acute GHB-problemen in Nederland regionaal sterk kunnen verschillen. Hoewel het een relatief kleine groep gebruikers betreft, doen zij vaak een beroep op de gezondheidszorg vanwege een acute intoxicatie of onttrekking, waarbij het klinisch beeld vaak heel ernstig is. Er zijn aanwijzingen dat het aantal acute GHB-incidenten in een aantal regio's toeneemt, maar dat geldt over het algemeen ook voor acute gezondheidsincidenten met andere drugs. De explosieve toename die door enkele ziekenhuizen werd gemeld kan samenhangen met verschillende factoren, zoals een verschuiving van het aanrijden van de ambulance met GHB-patiënten naar ziekenhuizen in de regio met specifieke GHB-ervaring, de grote indruk die GHB-patiënten achterlaten vanwege het ernstige klinische beeld (dat langer in het geheugen blijft hangen dan mildere intoxicaties), de uitzichtloosheid van een (kleine) groep GHB-gebruikers die recidiverend, soms meerdere keren per week, opnieuw in coma worden binnengebracht en de machteloosheid van SEH-medewerkers om daar verandering in te brengen.

¹ Otte R.A., Verbrugge C.A.G., Dijkstra B.A.G. (2016). Aanbevelingen voor ketenzorg bij GHB-gerelateerde problemen. Nijmegen: NISPA. Boekengilde Enschede.

1. Inleiding

In november 2018 publiceerde NRC een artikel waarin een 'explosieve toename' van GHB-hulpvragen op de spoedeisende hulp (SEH) werd beschreven². SEH-artsen uit het OLVG in Amsterdam, het Diakonessenhuis in Utrecht, het Radboudumc in Nijmegen en het Franciscus Gasthuis in Rotterdam spraken hun zorg uit over een recente toename die zij zeiden te zien van patiënten met een acuut gezondheidsprobleem na GHB-gebruik. Naar aanleiding van dit NRC-artikel zijn Kamervragen gesteld aan staatssecretaris Blokhuis van het ministerie van VWS, waarbij onder meer gevraagd werd om een nadere duiding van de beschreven toename in incidenten. Dit rapport beschrijft een *quick scan* die de vraag beantwoordt:

Is er een toename van GHB-gerelateerde gezondheidsincidenten in Nederland?

- Het antwoord op deze vraag kan betrekking hebben op het *absolute aantal* GHB-incidenten, een optelling van alle keren dat patiënten zijn behandeld op de SEH vanwege een acuut medisch probleem samenhangend met GHB-gebruik.
- In het antwoord kan ook rekening worden gehouden met een bredere trend in drugsgerelateerde gezondheidsincidenten (drugsincidenten). Vanuit dit perspectief gaat het er om of GHB-incidenten een andere trend vertonen dan drugsincidenten in het algemeen. Het antwoord gaat dan over het *aandeel* van GHB-incidenten in alle drugsincidenten.

⇒ Het is belangrijk om tijdens het lezen van dit rapport goed te letten op het onderscheid tussen *aantal* en *aandeel*.

1.1 De drug GHB

De afkorting GHB staat voor gamma-hydroxyboterzuur. GHB komt van nature in kleine hoeveelheden voor in het menselijk lichaam. In de jaren '60 werd GHB door een Franse arts voor het eerst geïsoleerd en chemisch nagemaakt. Het verscheen op de markt als narcose- en slaapmiddel, maar werd vanwege de bijwerkingen en matige effectiviteit uiteindelijk nooit op grote schaal voor deze doeleinden gebruikt¹. Wel werd in de jaren '80 het middel populair onder bodybuilders omdat het de aanmaak van groeihormoon zou stimuleren. In het begin van de jaren '90 vond GHB zijn weg naar smartshops en werd het gebruikt als 'partydrug'. Het kreeg de bijnaam 'vloeibare ecstasy', ook al heeft GHB niets met ecstasy te maken. Het effect van GHB is dempend en het veroorzaakt net als alcohol een lichte roes. GHB kan echter ook stimulerende effecten hebben en hallucinaties veroorzaken. GHB is goedkoop en kan makkelijk zelf worden gemaakt van velgenreiniger (gammabutyrolacton, GBL) en gootsteenontstopper (natronloog).

In 1996 raakten op Koninginnedag in Rotterdam een aantal feestvierders bewusteloos van GHB. Vlak daarna mocht GHB niet meer door smartshops worden verkocht, en in 2002 werd GHB op lijst II van de Opiumwet geplaatst. Tien jaar later werd GHB van lijst II naar lijst I verplaatst. Op deze lijst staan illegale drugs met een onaanvaardbaar risico voor de gezondheid, zoals onder andere ook geldt voor ecstasy, cocaïne en heroïne.

² <https://www.nrc.nl/nieuws/2018/11/04/gebruikers-ghb-vaker-op-eerste-hulp-a2753906>

Het gebruik van GHB is in Nederland relatief beperkt. In 2017 hadden zo'n 50.000 volwassenen wel eens in het afgelopen jaar GHB gebruikt. Ter vergelijking: voor ecstasy waren dat er 370.000 en voor cocaïne 250.000. In het buitenland is GHB over het algemeen nog minder populair. Dat betekent dat ook de kennis over GHB-gerelateerde problemen in Nederland moet worden opgedaan.

1.2 De gezondheidsrisico's van GHB-gebruik

Hoewel GHB relatief weinig wordt gebruikt, leidt gebruik wel vaak tot problemen. Enerzijds zijn dat acute problemen (GHB is moeilijk te doseren en bij een overdosis raakt de gebruiker makkelijk in coma); anderzijds is GHB een snel verslavend middel en is een GHB-afhankelijkheid een zeer moeilijk te behandelen ziekte.

Acute GHB-problemen

Inzicht in de acute gezondheidsincidenten is beschikbaar uit de Monitor Drugs Incidenten (MDI) van het Trimbos-instituut. Deze monitor registreert bij verschillende medische spoeddiensten (SEH's, ambulancediensten en forensisch artsen) in acht regio's op gestandaardiseerde wijze anonieme gegevens over acute gezondheidsverstoringen na drugsgebruik. Ook wordt informatie verzameld door een aantal EHBO-organisaties die op grootschalige feesten door het hele land staan. Daarnaast rapporteert de MDI de gegevens over drugsincidenten die zijn verzameld door 14 ziekenhuizen die deelnemen aan het Letsel Informatie Systeem (LIS) van VeiligheidNL. In 2018 waren er in totaal 84 SEH's met een 24-uurs/ 7 dagen per week basis. De MDI verzamelt geen drugsincidenten bij huisartsen of bij andere zorgverleners en ook geen drugsincidenten waarvoor het slachtoffer geen (medische) hulp zocht maar in eigen kring heeft gehandeld.

⇒ *De MDI geeft géén landelijk overzicht van drugsincidenten.*

Belangrijk om te realiseren is tevens dat de MDI niet de absolute aantallen gemelde incidenten over de jaren vergelijkt, omdat het aantal registrerende diensten jaarlijks wijzigt. De rapportages melden wel het *aandeel* dat de verschillende drugs hebben in het totaal aan drugsincidenten. Op deze wijze werden afgelopen jaren verschillende trends geïdentificeerd, zoals een aanvankelijke toename en later weer afname van ecstasy op EHBO-posten, enige jaren later eenzelfde patroon bij 4-FA, en een toename van incidenten met ketamine in recente jaren.

⇒ *De MDI rapporteert het aandeel dat GHB-incidenten hebben in het totaal aan drugsincidenten*

De MDI is gestart in 2009. De verzamelde informatie toont dat de acute gevaren van GHB-gebruik samenhangen met zowel een acute intoxicatie (vergiftiging, te veel GHB gebruikt) als met onttrekking of onthouding (het niet nemen van een nieuwe GHB-dosis bij gebruikers met een afhankelijkheid van GHB). Een acute intoxicatie leidt vaak tot "outgaan" en coma, en bij het ontwaken zijn gebruikers geagiteerd of soms agressief. De ernst van het onthoudingssyndroom bij abrupt stoppen kan variëren van symptomen zoals overvloedig zweten, snelle hartslag en plotselinge angstaanvallen, tot levensbedreigende complicaties met delirium, hallucinaties, toevallen (insulten) en een hoge bloeddruk. Deze onthoudingssymptomen kunnen zich al voordoen enkele uren na de laatste inname. Ongeplande onttrekking komt onder andere voor in de politiecél.

In de periode 2009-2017 werden in totaal 38.975 drugsincidenten gemeld bij de MDI en het LIS.³ GHB was betrokken bij 8.808 incidenten (23%), als enige drug of in combinatie met andere drugs. Bij 5.905 incidenten (15% van het totaal aan incidenten) was GHB de enige gebruikte drug. In deze meetperiode waren er geen aanwijzingen dat in de peilstationregio's GHB in vergelijking met andere drugs een grotere rol ging spelen in de geregistreerde drugsincidenten. Het aandeel incidenten samenhangend met GHB wisselde tussen de jaren zonder dat er een consistente toe- of afname te herkennen was.

De geregistreerde GHB-patiënten waren opvallend zwaar onder invloed. Bij de ambulances was 88% verminderd of helemaal niet meer aanspreekbaar en op de SEH's 85%. Die percentages schommelden tussen 2009 en 2017, zonder dat er sprake was van een duidelijke trend. Op de EHBO-posten was wel sprake van een duidelijke toename van het aandeel GHB-patiënten dat slecht aanspreekbaar was (en een matige of ernstige GHB-intoxicatie had), van 34% van de GHB-patiënten in 2009 naar 73% in 2015. Dit aandeel daalde weer naar 65% in 2017.

Chronische GHB-problemen

Afgezien van acute gezondheidsincidenten, kan GHB-gebruik zich ook ontwikkelen tot een ernstige verslaving, die een hoge mate van terugval kent. Afhankelijkheid van GHB kan zich al ontwikkelen na slechts enkele weken van frequent gebruik. In 2015 (dit zijn de meest recente cijfers die beschikbaar zijn) werden bijna 1000 mensen in de verslavingszorg behandeld met GHB als hoofdprobleem of als een bijkomend probleem naast een andere verslaving.⁴ In totaal werden in 2015 ongeveer 65.000 mensen behandeld in een verslavingszorginstelling. Ongeveer 80% van de GHB-patiënten was al eerder bij de verslavingszorg ingeschreven geweest en hun behandeling is lastig en duurt vaak lang. Veel GHB-patiënten hebben ook problemen met een andere drug (zoals amfetamine of cocaïne) of kampen met psychische klachten (depressie, angst, stress).⁴

Opvallend zijn de grote regionale verschillen in GHB-problemen. In de Randstad staat recreatief gebruik op de voorgrond, terwijl in overwegend landelijke gebieden hardnekkige problematiek met recidiverende GHB-verslaafden overheerst. Er zouden enkele 'brandhaarden' zijn waar de verslavingsproblematiek groot is: Heerenveen, Heerhugowaard, Twenterand en Rucphen. Inmiddels hebben deze gemeenten veel ervaring opgebouwd met een multisysteem aanpak in de behandeling en terugvalpreventie.

1.3 Deze quick scan

Nederland heeft geen landelijk dekkende registratie van drugsgelateerde gezondheidsincidenten, waardoor het niet mogelijk is om op basis van bestaande registratiesystemen na te gaan of de gemelde toename van GHB op de SEH in de vier steden (de 'signaalregio's') een breed fenomeen is. Daarom is het primaire doel van deze *quick scan* om te inventariseren of, in Nederland, het aantal acute gezondheidsincidenten na GHB-gebruik waarvoor medische hulp wordt gezocht in de afgelopen 5 jaar is

³ Lameijer, M, Wijers, L, Croes, E, De Ruiters, N, & Valkenberg, H. (2018). Factsheet Monitor Drugsincidenten 2017. Utrecht: Trimbos-instituut.

⁴ Van Laar, M., Van Gestel, B., Cruys, A., Van der Pol, P., Ketelaars, A., Beenackers, E., Croes, E. & Brunt, T. (2017). Jaarbericht Nationale Drug Monitor. Utrecht: Trimbos-instituut.

toegenomen, afgenomen of ongeveer gelijk gebleven. Daarbij hoort ook de vraag of een eventuele verandering specifiek geldt voor GHB, of dat dit een trend is die in het algemeen voor drugsincidenten wordt gezien. Het tweede doel van deze *quick scan* is om achtergrondinformatie te verzamelen in de vier signaalregio's, waarmee inzichtelijk wordt wat voor type GHB-incidenten het betreft en wat de grootste probleemgroepen zijn.

Hoofdstuk 2 analyseert de gegevens die de afgelopen tien jaar verzameld zijn in de MDI en het LIS, inclusief nog niet eerder verschenen cijfers over 2018, en zoekt of er in de signaalregio's sprake is van een relatieve verandering van GHB-incidenten ten opzichte van drugsincidenten in het algemeen.

Hoofdstuk 3 beschrijft de antwoorden op een vragenlijst die digitaal is verspreid onder alle SEH's in Nederland met de vraag om een inschatting te geven van het aantal acute drugsincidenten algemeen en GHB specifiek, afgelopen jaar en vijf jaar geleden, met als secundaire vraag welke drugs het meest als zorgwekkend worden ervaren.

Hoofdstuk 4 beschrijft eenzelfde exercitie onder forensisch artsen uit de 25 GGD-regio's, die medische zorg verlenen aan arrestanten. De medische problematiek in een politiecel overlapt maar ten dele met die van patiënten op de SEH, zodat beide bronnen elkaar aanvullen.

Hoofdstuk 5 vat interviews samen die zijn afgenomen met een aantal stakeholders die zicht hebben op verschillende aspecten van de GHB-problematiek. De geïnterviewden zijn SEH-artsen, gemeentelijk beleidsmedewerkers en preventiewerkers werkzaam in de vier signaalregio's en in vier controleregio's. Gemeentelijk beleidsmedewerkers en preventiewerkers van verslavingsinstellingen hebben aanvullende kennis, zoals over de grootte van de groep regionale GHB-gebruikers, de betrokkenheid en inzet van verschillende (gemeentelijke en landelijke) instanties bij de lokale GHB-problematiek, de recreatieve GHB-gebruikers zonder problemen en de hardnekkig verslaafde populatie.

Hoofdstuk 6 tenslotte reflecteert op de informatie uit de voorgaande hoofdstukken, geeft conclusies en eindigt met een aantal aanbevelingen.

2. Registratiegegevens uit MDI en LIS

De Monitor Drugsincidenten van het Trimbos-instituut (MDI) verzamelt sinds 2009 gegevens over acute gezondheidsincidenten die verzameld zijn door verschillende medische instanties (ambulancediensten, spoedeisendehulpafdelingen (SEH's) van ziekenhuizen, forensisch artsen en EHBO-diensten op verschillende grootschalige evenementen) in verschillende peilstationregio's in Nederland. Het betreft de regio's Amsterdam, Brabant-Zuidoost, Enschede, Gelderland-Midden, Gelderland-Zuid, Groningen, Purmerend en Rotterdam. Daarnaast worden in het Letsel Informatie Systeem (LIS) van VeiligheidNL de gegevens uit 14 ziekenhuizen vastgelegd over letsels en vergiftigingen die behandeld worden op de SEH. Zie bijlage 1 voor een overzicht van alle deelnemende instanties aan MDI en LIS. De gegevens van de SEH's van de MDI en van het LIS zijn hier samengevoegd, behalve in de analyse van de mate van intoxicatie waarin de behandelde patiënten verkeerden bij presentatie op de SEH, omdat hierover alleen informatie beschikbaar is uit de MDI. De verzamelde gegevens leveren een *indicatief* beeld van drugsincidenten in Nederland. De monitor geeft geen overzicht van *alle* drugsincidenten in Nederland.

In dit hoofdstuk worden alle incidenten beschreven waarbij GHB, al dan niet in combinatie met een of meerdere andere drug(s), een rol heeft gespeeld. Tenzij anders vermeld, bevatten de gerapporteerde GHB-incidenten dus ook mengintoxicaties. Daarmee wijkt deze rapportage af van de jaarlijkse *MDI factsheets*, waarin de categorie GHB de incidenten betreft waarin GHB als enige drug is gebruikt en GHB in combinatie met (een) andere drug(s) wordt beschreven in de categorie 'combinatiegebruik', waarin ook allerlei andere drugscombinaties zitten waar GHB geen onderdeel van uitmaakt. Ruim één derde van de GHB-incidenten betreft een mengintoxicatie. Dit aandeel is vrij stabiel in de tien jaar waarin de MDI-gegevens heeft verzameld. De meest voorkomende mengintoxicaties zijn met ecstasy, cocaïne en/of amfetamine.

In de rapportages van de MDI worden de resultaten niet in absolute aantallen gegeven, maar in percentages van het totaal aan drugsincidenten: het *aandeel* dat een drug heeft in het totaal aan drugsincidenten. Op deze manier kan verduidelijkt worden of het aantal incidenten met GHB *naar verhouding* is toegenomen ten opzichte van het totaal aantal drugsincidenten. Voor deze wijze van rapporteren is gekozen omdat schommelingen in absolute aantallen ook verklaard kunnen worden door verschillen in het aantal instellingen dat over de jaren heen rapporteert: enerzijds is het aantal deelnemers in de afgelopen 10 jaar toegenomen; anderzijds zijn sommige instellingen bij tijd en wijle niet in staat om gegevens te leveren, bijvoorbeeld wegens personele krapte. Dit heeft echter geen effect op de verhoudingen waarin de verschillende drugs een rol spelen binnen het totaal aan incidenten gemeld door de betreffende deelnemer, zodat het rapporteren in aandelen de voorkeur heeft boven het rapporteren van absolute aantallen. Absolute aantallen worden alleen genoemd om de omvang van de database te illustreren. In totaal is GHB betrokken in meer dan 10.000 van de 45.000 geregistreerde incidenten in de MDI en het LIS (2009-2018).

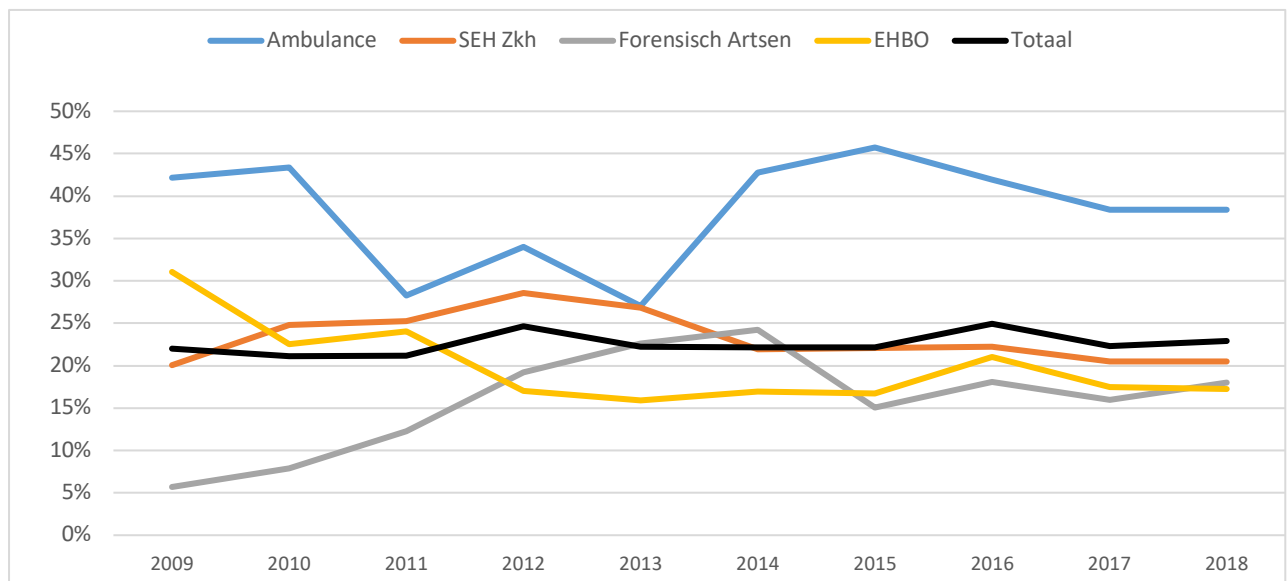
2.1 Aandeel GHB-gerelateerde gezondheidsincidenten is stabiel

Het *aandeel* incidenten waarbij GHB een rol speelde gemeld door alle deelnemende diensten in alle peilstationregio's van de MDI, door deelnemende SEH's van het LIS en de

landelijk werkende EHBO's, schommelde tussen 21% en 25% in de jaren 2009 tot en met 2018 (figuur 1).

- Bij ambulances werden relatief de meeste incidenten met GHB gemeld (2018: 38%, andere diensten: 18%-23%). Eén van de verklaringen hiervoor is dat ambulancediensten buiten de Randstad, waar sprake is van een hardnekkigere GHB-problematiek, een grote bijdrage leveren aan de ambulancedata.
- Bijdragen uit de ziekenhuizen komen daarentegen voor een belangrijk deel uit de Randstad. Met name in Amsterdam is het aantal incidenten samenhangend met cannabis fors, waardoor de relatieve bijdrage van GHB lager is. Dat zegt overigens niets over de absolute aantallen GHB-incidenten in Amsterdam.
- Ook kenden ambulances de grootste toe- en afname in het aandeel GHB-incidenten, die primair te wijten zijn aan een verschuiving van de relatieve bijdrage van ambulancediensten van Amsterdam naar gebieden buiten de Randstad waar de GHB-problemen meer zichtbaar zijn (zie hierboven en figuur 2). Zo stopte *Ambulance Amsterdam* haar deelname aan de MDI in het jaar 2011 en verbeterde de registratie in Noord-Brabant, Gelderland en Groningen, waardoor het totaal aantal gemelde drugsincidenten hier toenam.
- Het totaal aantal gemelde incidenten bij forensisch artsen is relatief laag, waardoor de verdeling onderhevig is aan grotere schommelingen.

Figuur 1. Aandeel incidenten waarbij GHB (al dan niet in combinatie met een of meerdere andere drug(s)) een rol speelde, ten opzichte van het totaal aantal gemelde incidenten in eenzelfde jaar binnen eenzelfde dienst, per dienst, per jaar.



Totaal aantal drugsincidenten

Ambulances*	114	189	646	844	947	561	656	999	1082	1278
SEH ziekenhuizen	1082	823	811	1008	1185	1407	1346	1637	2057	2275
Forensisch Artsen	123	177	327	417	341	227	239	277	250	250
EHBO	789	1026	1091	1261	1610	2234	2544	2741	2516	2305
<i>Totaal</i>	<i>1664</i>	<i>1745</i>	<i>2335</i>	<i>3530</i>	<i>4083</i>	<i>4429</i>	<i>4785</i>	<i>5654</i>	<i>5905</i>	<i>6108</i>

*Ambulances: **exclusief de ambulancedata uit Amsterdam**, die alleen beschikbaar zijn voor de jaren 2009-2011, waarmee een vergelijking met de jaren erna niet mogelijk zou zijn. Voor een grafiek inclusief de gegevens van ambulance Amsterdam, zie bijlage 2.

⇒ *Op landelijk niveau is er geen duidelijke toe- of afname zichtbaar in het aandeel gemelde GHB-incidenten.*

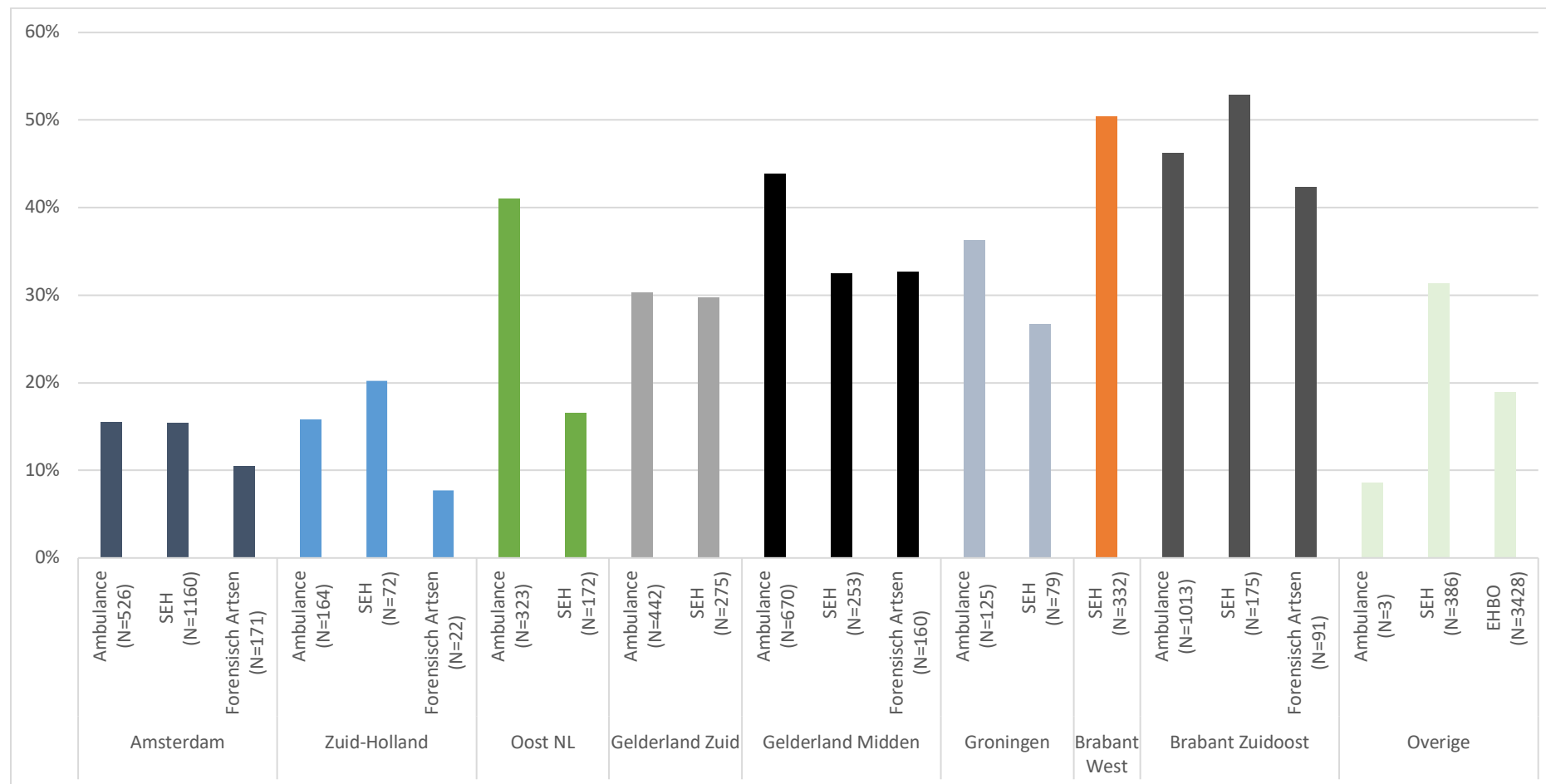
2.2 Regionale verschillen in het aandeel GHB-intoxicaties

Tussen peilstationregio's van de MDI verschilt de relatieve bijdrage van de verschillende diensten. Zo overheersen in de regio's Gelderland Zuid en – Midden, Noord-Brabant en Groningen incidenten gemeld door ambulancediensten, terwijl in Noord- en Zuid-Holland vooral incidenten worden gemeld door ziekenhuizen. Daarom is het ook belangrijk om de gegevens op regionaal niveau uit te splitsen naar type dienst. Figuur 2 illustreert dat er grote verschillen bestaan in het aandeel GHB-intoxicaties tussen de peilstationregio's, maar dat het beeld binnen de regio overwegend uniform is: waar de ambulance relatief veel GHB-gerelateerde ritten heeft, wordt ook de SEH relatief vaak met een GHB-intoxicatie geconfronteerd.

- **Amsterdam** kent het laagste aandeel GHB-gerelateerde incidenten (ambulances, alleen 2009-2011: 16%; ziekenhuizen, 2009-2018: 15%).
- **Brabant West** (ziekenhuizen: 50%) en Brabant Zuid-Oost het hoogste (ambulances: 46%, ziekenhuizen: 53%).
- In **Gelderland Zuid** ligt het aandeel GHB-intoxicaties bij zowel de ambulances (30%) als de ziekenhuizen (waaronder het RadboudUMC, 30%) op ongeveer één derde.
- In **Zuid-Holland** ligt dit op respectievelijk 16% en 20%.
- Bij de **EHBO-diensten**, die grootschalige evenementen door heel Nederland verzorgen, is ongeveer één op de vijf (19%) incidenten het gevolg van GHB-gebruik.
- **Noch de MDI, noch het LIS verzamelen data in Utrecht.**

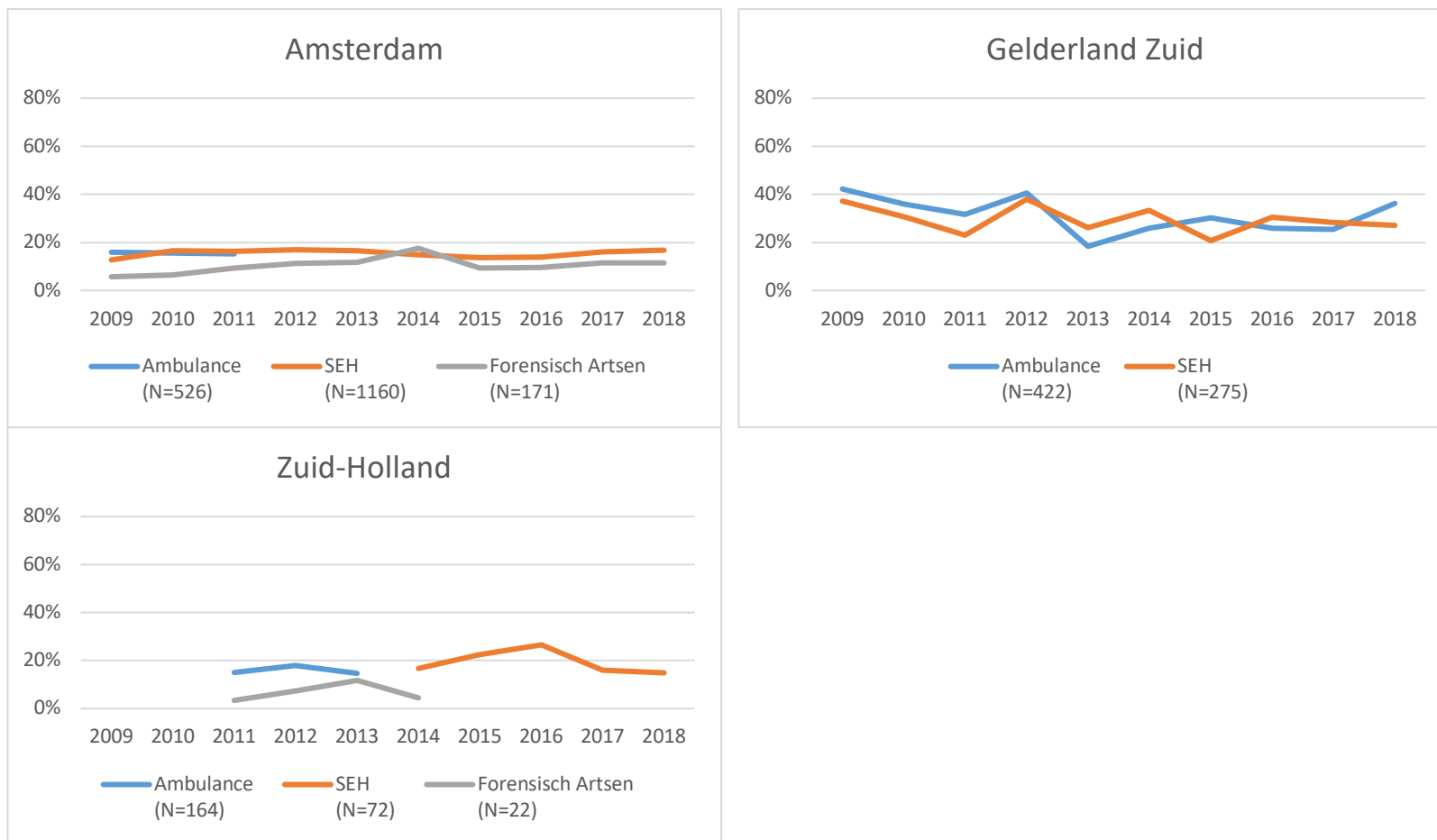
⇒ *Het aandeel incidenten met GHB is aanzienlijk lager in Randstedelijke gebieden dan in regio's buiten de Randstad.*

Figuur 2. Aandeel incidenten waarbij GHB (al dan niet in combinatie met een of meer andere drug(s)) een rol speelde, ten opzichte van het totaal aantal incidenten binnen eenzelfde dienst, per regio en dienst, 2009-2018.

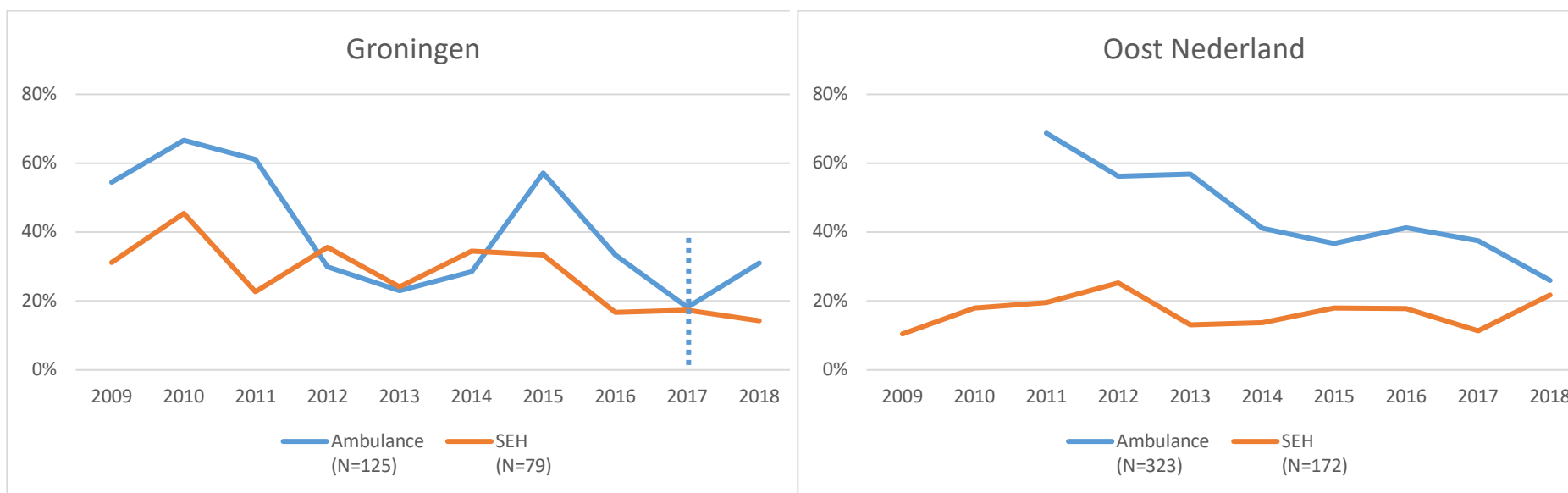


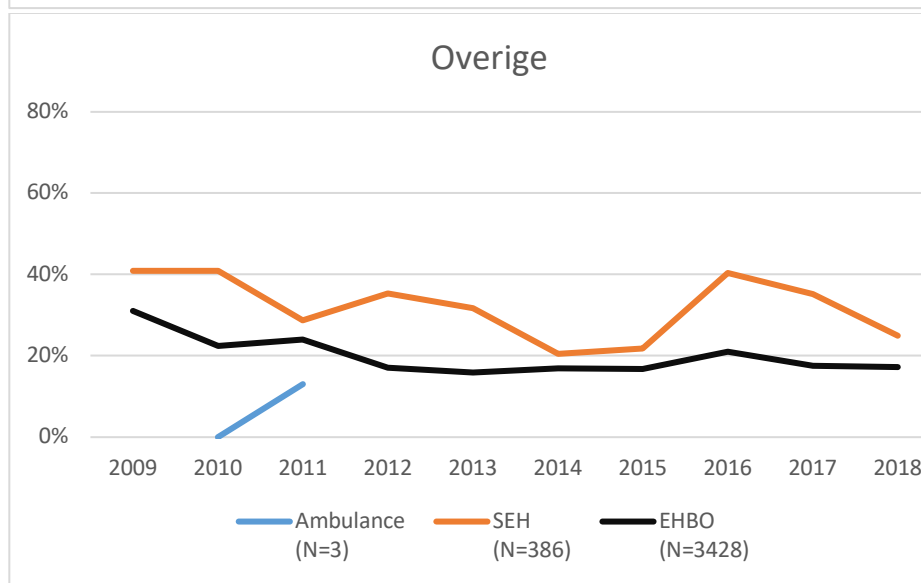
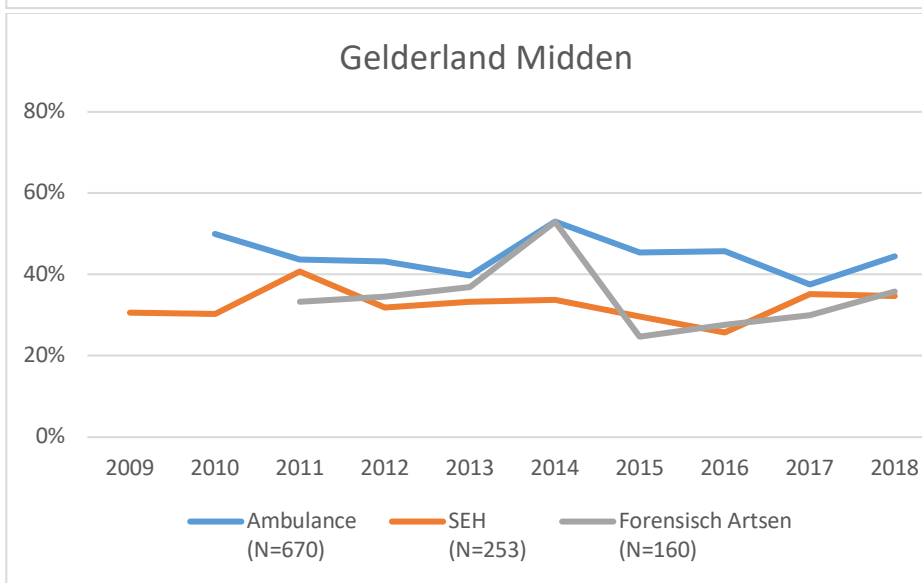
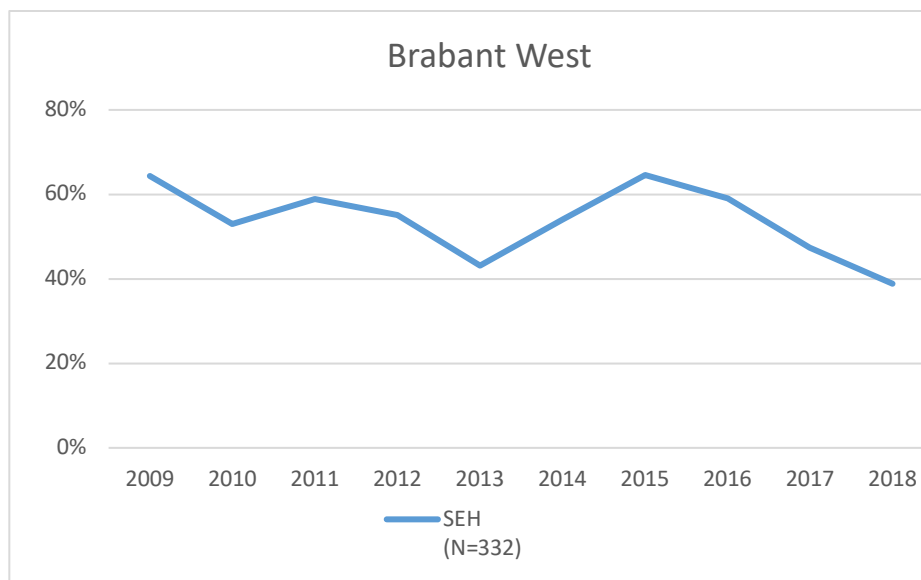
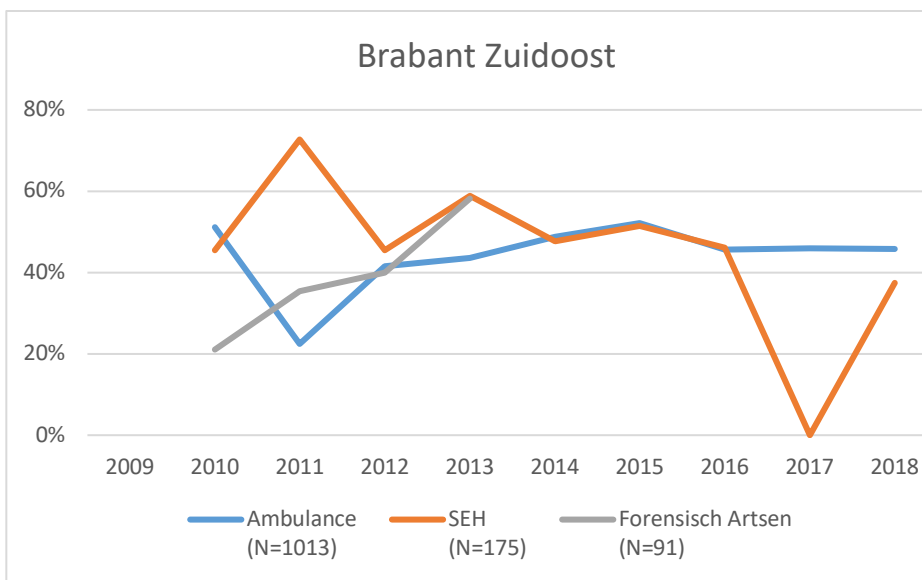
Ambulance Amsterdam: alleen gegevens beschikbaar van 2009-2011.

Figuur 3a. Aandeel incidenten waarbij GHB (al dan niet in combinatie met een of meer andere drug(s)) een rol speelde, ten opzichte van het totaal aantal incidenten binnen eenzelfde dienst in signaalregio's waarin MDI en LIS gegevens verzamelen, per dienst en jaar.



Figuur 3b. Aandeel incidenten waarbij GHB (al dan niet in combinatie met een of meer andere drug(s)) een rol speelde, ten opzichte van het totaal aantal incidenten binnen eenzelfde dienst in signaalregio's waarin MDI en LIS gegevens verzamelen, per dienst en jaar. Belangrijke veranderingen in deelnemende instanties zijn weergegeven met een gestippelde lijn.





2.3 Regionale schommelingen in het aandeel GHB-intoxicaties 2009-2018

Figuur 3a geeft, voor zover gegevens beschikbaar zijn, de relatieve verandering van GHB-incidenten ten opzichte van drugsincidenten in het algemeen weer in de drie signaalregio's. Figuur 3b geeft dit weer voor de andere regio's waarvoor gegevens beschikbaar zijn, en voor de EHBO-posten.

In **Amsterdam** zijn ambulancedata alleen beschikbaar over de jaren 2009 tot en met 2011. In deze periode bleef het aandeel GHB-intoxicaties stabiel (2009: 16%, 2011: 15%). Dit aandeel is vergelijkbaar met dat gemeld door Amsterdamse ziekenhuizen, waar het aandeel schommelde tussen 13% en 17%. Ook bij de forensisch artsen bleef het aandeel intoxicaties met GHB laag, met weinig veranderingen tussen 2009 en 2018 (gemiddeld 10%, ondanks kleine aantallen).

In **Zuid-Holland**, een regio die ziekenhuizen in Rotterdam en Delft combineert, zijn relatief weinig incidenten gemeld. In de drie jaar waarin gegevens van de *Ambulance Rotterdam Rijnmond* beschikbaar zijn (2011 tot en met 2013) is geen duidelijke toe- of afname te herkennen. Data van de forensisch artsen en de ambulance zijn ook slechts beperkt beschikbaar en schommelen tussen 3% en 12%. Bij de ziekenhuizen hadden GHB-incidenten relatief de grootste bijdrage in 2016, en daarna was er sprake van een daling.

Gelderland -uid kent zowel het hoogste aandeel incidenten met GHB van de drie signaalregio's, als de grootste schommelingen (tot wel 10 procentpunten per jaar). In 2018 was het aandeel GHB-incidenten bij ziekenhuizen het op-één-na laagst (27%) sinds de start van de MDI-dataverzameling en ook bij de ambulances nam het aandeel GHB-intoxicaties af tussen 2009 (42%) en 2013 (18%). Sindsdien lijkt dit echter weer te stijgen (2018: 36%). In Gelderland-Zuid lijkt het aandeel dus meer te fluctueren van jaar tot jaar, maar stabiel te zijn over de tijdspanne van tien jaar.

Buiten de signaalregio's Amsterdam, Gelderland-Zuid en Zuid-Holland laten de registratiegegevens uiteenlopende ontwikkelingen zien. Kenmerkend voor de meeste regio's zijn grote fluctuaties in het aandeel GHB-intoxicaties over de meetperiode van tien jaar, met pieken en dalen in verschillende jaren die tussen de regio's verschillen (figuur 3b).

In **Brabant-Zuidoost** zijn overwegend ambulancedata beschikbaar. Anno 2018 ligt het aandeel GHB-intoxicaties hier op 46%. Dit aandeel is stabiel (± 5 procentpunten) sinds begin van de datalevering in 2010, met één uitschieter (22%) in 2011. Het totaal aantal intoxicaties gemeld door ziekenhuizen ligt beduidend lager en vóór het jaar 2012 en na het jaar 2016 zijn bijzonder weinig drugsincidenten gemeld. Door deze kleine aantallen schommelt het aandeel GHB-intoxicaties in die jaren sterk. Tussen 2012 en 2016 lag het aandeel GHB-intoxicaties tussen 45% en 58%. Data van de forensisch artsen tonen een forse stijging in het aandeel GHB-intoxicaties (waarvan een groot deel onthoudingsverschijnselen) tussen 2010 (22%) en 2013 (58%), waarmee het vergelijkbaar is met het aandeel GHB-intoxicaties bij ziekenhuizen in dat jaar. Daarbuiten zijn geen data beschikbaar. Daarmee is Brabant-Zuidoost, samen met Brabant-West, de regio met relatief de meeste incidenten met GHB (ca 50%). Er zijn echter geen aanwijzingen dat dit aandeel in recente jaren is toegenomen.

Registratiegegevens van ziekenhuizen in **Brabant-West** laten een piek (65%) in het aandeel GHB-intoxicaties in het jaar 2015 zien. Daarna is er een dalende trend zichtbaar en kwam dit aandeel in 2018 uit op zijn laagste niveau (39%) sinds begin van de registratie.

In **Oost-Nederland** laten de ziekenhuis- en ambulancedata geen eenduidige ontwikkeling zien; terwijl het aandeel GHB-intoxicaties bij de ziekenhuizen relatief laag is en toenam tussen 2017 (11%) en 2018 (22%), laten de ambulance data een sterke en consistente daling zien van 69% in 2011 naar 26% in 2018.

Ook in **Groningen** moet bij de interpretatie van de gegevens rekening worden gehouden met het geringe aantal gemelde incidenten vóór het jaar 2018, waarin de registratie van de ambulancedata sterk verbeterde. De data zijn hierdoor niet geschikt om trends te herkennen. Anno 2018 ligt het aandeel GHB-intoxicaties bij de ambulance op 31%. Bij ziekenhuizen in de regio Groningen is dit 14%, de laagste waarde sinds het begin van de MDI.

In **Gelderland-Midden** duiden de data van de ambulance en forensisch artsen op een (kleine) piek in het jaar 2014, toen 53% van de drugsincidenten bij deze diensten GHB-gerelateerd was. De daaropvolgende lichte daling bij alle drie de diensten lijkt rond het jaar 2017 voorbij, waarna het aandeel GHB-incidenten weer lijkt te stijgen.

Buiten de hierboven genoemde peilstationregio's zijn data beschikbaar van zeven ziekenhuizen, welke – wegens het kleine aantal geregistreerde drugsincidenten - zijn samengevoegd onder "overige" (figuur 3b en zie bijlage 1). Ziekenhuizen in **Weert, Lelystad en Goes** leveren hier relatief de grootste bijdrage, naast data uit **Maastricht, Purmerend, Vlissingen en Meppel**. Opvallend is de sterke stijging in het aandeel GHB-intoxicaties in deze geografisch wijdverspreide ziekenhuizen van ruim 20% in 2015 naar 40% in 2016. Sindsdien daalt het aandeel in de meeste van deze ziekenhuizen weer, naar 25% in 2018.

Op **EHBO-posten** nam het aandeel GHB-intoxicaties af tussen 2009 (31%) en 2018 (17%) en kwam daarmee ongeveer uit op het gemiddelde over alle diensten (2018: 23%).

Daarmee duiden de data van de MDI in het geval van Amsterdam en Gelderland-Zuid erop dat het *aandeel* GHB-gerelateerde incidenten weliswaar hoog, maar (over de tijdspanne van tien jaar) stabiel is *ten opzichte van het totaal aantal drugsincidenten*. In Zuid-Holland zijn de gegevens schaars, maar suggereren ook hier dat het aandeel incidenten met GHB stabiel is. Buiten de signaalregio's lijkt alleen Gelderland-Midden een recente toename in het aandeel GHB-intoxicaties te zien. Echter, ook hier evenaren de waarden in 2018 niet de eerdere piek. Daarmee ligt het aandeel incidenten met GHB in 2018 in geen regio hoger dan op basis van de schommelingen te verwachten zou zijn. Voor uitspraken over een mogelijke toename in het totaal *aantal* incidenten met GHB zijn deze data niet geschikt.

⇒ *Het aandeel incidenten met GHB in Amsterdam, Gelderland-Zuid en Zuid-Holland is stabiel (o.b.v. meldingen bij de MDI). Daarbuiten fluctueert dit sterk en komt in 2018 niet boven deze schommelingen uit.*

2.4 GHB leidt tot ernstige gezondheidsverstoringen

De MDI verzamelt informatie over de mate van intoxicatie bij de gemelde incidenten (zie box 1). De mate van intoxicatie wordt gegeven voor enkelvoudig drugsgebruik (al dan niet in combinatie met alcohol) en de brede groep "combinatiegebruik" (meerdere drugs). Vergeleken met andere drugs leidt enkelvoudig gebruik van GHB relatief het vaakst tot ernstige gezondheidsincidenten, zelfs meer dan combinatiegebruik van verschillende drugs (figuren 4 en 5).

- Gemiddeld over de meetperiode van tien jaar waren bij ziekenhuizen (figuur 4) en ambulancediensten respectievelijk 84% en 88% van de GHB-intoxicaties matig of ernstig van aard (ter vergelijking ecstasy: 67% en 75%). Dit zijn patiënten die slecht of helemaal niet meer aanspreekbaar zijn; in het geval van GHB meestal door een coma.
- Op EHBO-posten, waar de mate van intoxicatie bij alle drugs gemiddeld veel lager ligt, was 61% van de GHB-intoxicaties matig of ernstig van aard, vergeleken met 22% bij ecstasy-intoxicaties (figuur 5).
- In 2018 was dit aandeel onverminderd hoog.

⇒ *Intoxicaties met GHB zijn vaker ernstig van aard dan bij andere drugs.*

Box 1: Mate van intoxicatie.

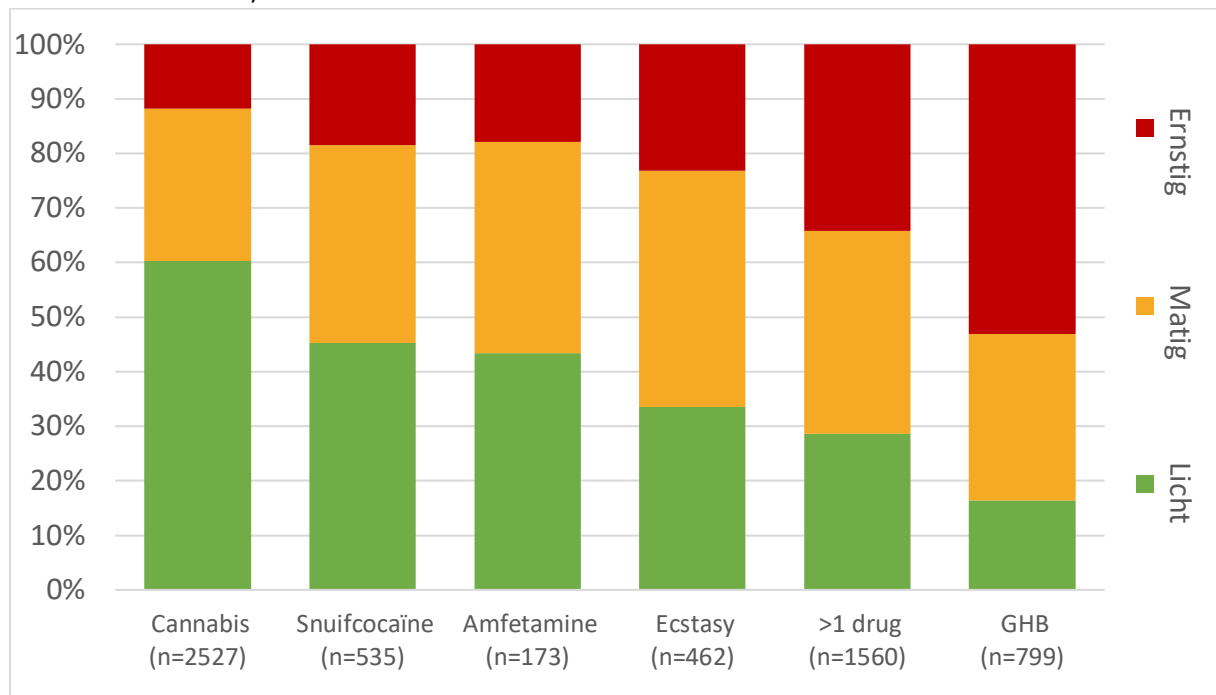
Licht: goed aanspreekbaar, gebruik merkbaar

Matig: onvoldoende aanspreekbaar, duidelijk onder invloed

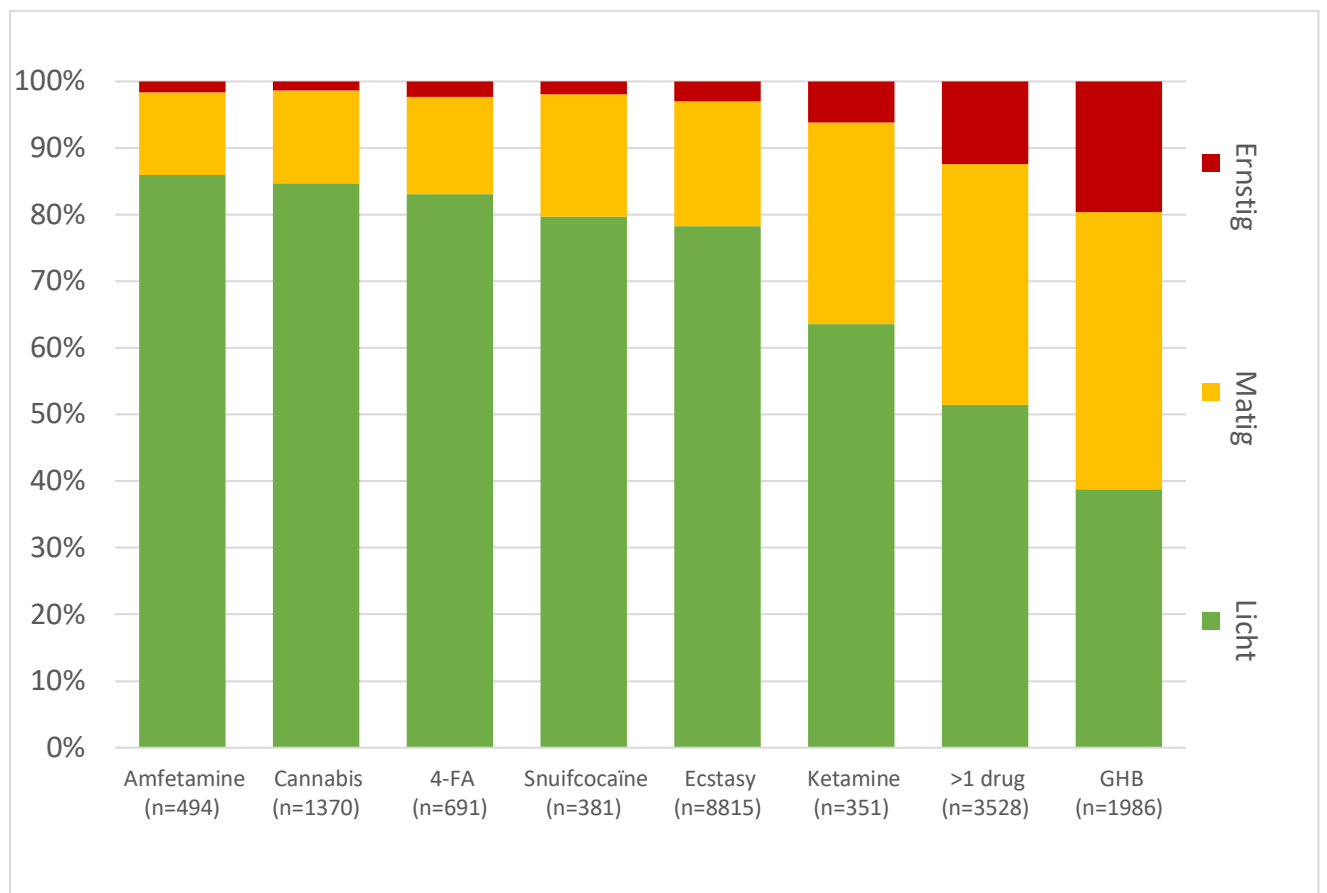
Ernstig: verminderd aanspreekbaar (EMV < 15) wegens (sub)comateuze toestand of geagiteerd/agressief gedrag, eventueel in combinatie met gestoorde vitale parameters (temperatuur, pols, bloeddruk).

Mate van intoxicatie wordt gegeven voor de incidenten waar slechts één drug is gebruikt (al dan niet met alcohol) en voor de niet nader uitgesplitste groep 'combinatiegebruik' (meerdere drugs, eventueel ook met alcohol). Bij gebruik van meerdere drugs is de bijdrage van elke middel apart aan de mate van intoxicatie niet te bepalen.

Figuur 4. Mate van intoxicatie per type drug of bij combinatiegebruik, geregistreerd bij MDI-ziekenhuizen, 2009-2018.



Figuur 5. Mate van intoxicatie per type drug of bij combinatiegebruik, geregistreerd op EHBO-posten, 2009-2018.



2.5 Samenvatting en conclusies

- In de database van MDI en LIS zijn meer dan 10.000 acute gezondheidsincidenten geregistreerd die samenhangen met het gebruik van GHB, dat is 22% van de totale registratie in 2009-2018. Gezien het beperkte gebruik van GHB in de bevolking is het percentage GHB-incidenten heel hoog.
- De MDI rapporteert het *aandeel* incidenten na GHB-gebruik op het totaal aan drugsincidenten. De registratie is niet geschikt om uitspraken te doen over het absolute *aantal* GHB incidenten in een regio of in het land of een verandering daarin over jaren.
- Op landelijk niveau is er geen duidelijke toe- of afname zichtbaar in het aandeel gemelde GHB-incidenten.
- Er bestaan duidelijke regionale verschillen in de mate waarin GHB bijdraagt aan het totaal aan drugsgerelateerde incidenten. Het aandeel incidenten met GHB is aanzienlijk lager in de Randstad dan in regio's buiten de Randstad.
- Het aandeel incidenten met GHB in de signaalregio's Amsterdam, Gelderland-Zuid en Zuid-Holland is stabiel (o.b.v. meldingen bij de MDI). Uit de regio Utrecht worden geen drugsincidenten aangeleverd aan MDI en LIS.
- Buiten de signaalregio's schommelt het aandeel GHB-intoxicaties regionaal deels sterk door de jaren heen. Toch ligt in geen van de regio's, waarvan data beschikbaar zijn, de piek van het aandeel GHB-intoxicaties in de afgelopen 3 jaar (2016 – 2018).
- Intoxicaties met GHB gemeld bij de MDI zijn vaak ernstig van aard. Een groot deel van de patiënten is zo fors onder invloed dat zij slecht of niet meer aanspreekbaar zijn (ongeveer 60-90% van de patiënten die uitsluitend de drug GHB hebben gebruikt, al dan niet met alcohol). Dit is veel hoger dan bij andere drugs.

3. GHB op de SEH's

Dit hoofdstuk beschrijft de antwoorden op een vragenlijst die begin 2019 digitaal is verspreid onder alle 87 Spoedeisende Hulp afdelingen (SEH's) van algemene en academische ziekenhuizen in Nederland om te inventariseren hoeveel drugsgerelateerde consulten op de SEH plaatsvonden en hoeveel daarvan samenhangen met het gebruik van GHB. Daarnaast is specifiek gevraagd naar type GHB-gebruik (eenmalig, recreatief, chronisch), reden van het consult (GHB-intoxicatie of -onttrekking). Tenslotte is aan de SEH's gevraagd een top vijf te maken van drugs waarvoor de meeste consulten plaatsvinden en een top vijf van drugs waar de artsen die te maken hebben met de SEH zich het meeste zorgen over maken. De vragenlijst is opgenomen in bijlage 3. Voor het digitaliseren van de vragenlijst is gebruik gemaakt van het softwareprogramma LimeSurvey versie 3.17.2^e.

Van de 87 ziekenhuizen met een SEH zijn er 84 die 24/7 open zijn. De andere drie zijn alleen overdag en in de avond bereikbaar. Om de respons te verhogen zijn verschillende kanalen voor de werving ingezet. Naast het direct sturen van de link aan het secretariaat of manager van de SEH, heeft de vereniging van SEH-artsen een oproep gedaan aan haar leden om de enquête te beantwoorden en zijn SEH's waar geen respons kwam verschillende keren gebeld met het verzoek om de lijst in te vullen. Uiteindelijk hebben **78 SEH-medewerkers** gehoor gegeven aan deze oproep en de lijst geheel of gedeeltelijk ingevuld. Van hen hebben 44 alle vragen volledig ingevuld, 32 hebben een deel van de vragen beantwoord en 2 zijn vrijwel direct na de start gestopt.

- De 44 respondenten die de vragenlijst volledig hebben ingevuld zijn werkzaam bij 42 ziekenhuizen; daar kwamen 19 ziekenhuizen bij met onvolledig ingevulde vragenlijsten.
- In totaal participeerden 61 ziekenhuizen aan de quick scan.
- In elke provincie is een complete vragenlijst beschikbaar van tenminste één ziekenhuis.
- De respons uit de provincie Noord-Holland was beperkt, even als die uit ziekenhuizen in de zogeheten 'Bible Belt'.
- De vragenlijsten die incompleet waren bevatten wel informatie over de gevraagde schatting van het aantal GHB- en drugsincidenten.

Zoals ook in hoofdstuk 4 wordt toegelicht is de gebruikte methode niet meer dan een **globale inventarisatie** die zwaar leunt op het geheugen en de inschatting van de respondenten. Dat hangt samen met het ontbreken van een registratie in veel ziekenhuizen waarin drugsincidenten makkelijk te herkennen en te tellen zijn. Als er wel een registratie is die hiervoor gebruikt kan worden, dan is deze vaak van recente datum en is het niet mogelijk om een vergelijking te maken met vijf jaar geleden.

- Het ontbreken van een registratie van drugsincidenten was voor de ziekenhuizen die geen vragenlijst hebben ingevuld de meest genoemde reden om de vragen niet in te vullen. Invullen van een schatting van het aantal drugsincidenten werd beschouwd als een te grote en onnauwkeurige gok, die de representativiteit van het onderzoek niet ten goede zou komen.

^e Limesurvey GmbH. LimeSurvey: An Open Source survey tool. LimeSurvey GmbH, Hamburg, Germany. URL <http://www.limesurvey.org>

- Vijf ziekenhuizen hebben geantwoord niet binnen de deadline te kunnen antwoorden of geen tijd te hebben.
- Met drie ziekenhuizen kon de onderzoeker geen contact krijgen.

Als ook de informatie van ziekenhuizen wordt meegeteld uit hoofdstuk 2 (met SEH's die deelnemen aan de MDI en het LIS) en hoofdstuk 5 (verdiepende interviews in 4 signaalregio's en 4 regio's die niet in het NRC-artikel zijn genoemd), dan kan een beeld over de aard en omvang van acute GHB-problemen worden gevormd in 65 ziekenhuizen, **driekwart van alle ziekenhuizen met een SEH in Nederland.**

Hierna worden de belangrijkste resultaten opgesomd voor de vier signaalregio's (Utrecht, Rotterdam, Amsterdam, Nijmegen). Daarna worden opvallende zaken uit de rest van het land besproken. Deze informatie is alleen afkomstig van de hierboven genoemde vragenlijsten en niet uit de bronnen in de hoofdstukken 2 en 5.

3.1 Totstandkoming van de gegevens

Ieder ziekenhuis is gevraagd om een vragenlijst in te laten vullen door een SEH-arts of door de leidinggevende op de SEH. Van de 61 ziekenhuizen die meededen waren drie ziekenhuizen anoniem.

- De meeste ziekenhuizen vulden de vragenlijst in op basis van een inschatting die tot stand kwam vanuit expert opinion of door navragen bij collega SEH-artsen en verpleegkundigen. De respondenten overlegden met tussen 0 en 10 collega's over de antwoorden.
- Twaalf ziekenhuizen vulden de vragenlijst in op basis van een registratie, die overigens meestal wel cijfers over 2018 gaf maar niet over 5 jaar geleden:
 - 7 hadden beschikking over gegevens over drugsgebruik uit het EPD (het elektronisch patiëntendossier). Het aantal drugsincidenten is hier goed uit te halen, maar GHB-incidenten moeten vaak handmatig worden opgezocht.
 - Twee ziekenhuizen onderzochten zelf GHB-intoxicaties op de SEH waardoor deze ook exacte cijfers paraat hadden.
 - Eén ziekenhuis geeft de cijfers direct door aan het Trimbos waardoor er exacte getallen bekend zijn.
 - Van twee ziekenhuizen is het onduidelijk hoe de registratie heeft plaatsgevonden.

3.2 De GHB-incidenten in de vier signaalregio's en in de rest van Nederland

Utrecht

In Utrecht zijn de gegevens van twee ziekenhuizen meegenomen in onderstaande beschrijving. Van andere ziekenhuizen ontbraken te veel gegevens. Het aantal GHB gerelateerde presentaties op de SEH is zodoende een onderschatting van het totale aantal.

- In 2018 werden in deze twee Utrechtse ziekenhuizen naar schatting 500 patiënten op de SEH gezien die zich presenteerden met drugsgelateerde problematiek. In verband met ontbrekende gegevens is het niet mogelijk om een exact percentage GHB-gerelateerde presentaties weer te geven. Geschatte percentages lopen uiteen van 10 tot 55%.

- De ziekenhuizen zien met name GHB-*intoxicaties* op de SEH (80%) en maar weinig acute incidenten door GHB-onttrekking.
- Het type GHB-gebruiker verschilt tussen beide ziekenhuizen: 60% recidivisten in het ene ziekenhuis versus 10% recidivisten in het andere (en voor de rest patiënten die voor de eerste keer komen met een GHB-probleem).
- Beide ziekenhuizen maken zich van alle drugs het meest zorgen over GHB.
- Het aantal drugsgerelateerde SEH-presentaties is gestegen in vergelijking met vijf jaar geleden. Het aantal presentaties gerelateerd aan GHB is respectievelijk iets tot een stuk vaker waargenomen op de SEH's in Utrecht. Deze toenames zijn gebaseerd op waarnemingen van SEH-artsen in de beide centra en zijn niet gebaseerd op een daadwerkelijke telling.

Rotterdam

In Rotterdam zijn de data van vijf ziekenhuizen meegenomen.

- In 2018 werden daar naar schatting 3000 drugsgerelateerde SEH-presentaties gezien.
- Ongeveer 6% van de gevallen betrof GHB.
- Ook in Rotterdam staan *intoxicaties* met GHB veruit op de voorgrond (70% of meer intoxicaties versus maximaal 30% onthouding). In drie van de vijf ziekenhuizen is het aandeel intoxicaties 94% of hoger.
- Het percentage nieuwe patiënten ten opzichte van recidiverende patiënten ligt tussen 50 en 70%. Recidivisten worden met name op SEH's in perifere ziekenhuizen teruggezien en niet academisch.
- GHB is ook in Rotterdam in elk ziekenhuis in de top 3 terug te vinden als het gaat om drugsgerelateerde problematiek die zich het meest op de SEH presenteert. In drie van de vijf Rotterdamse ziekenhuizen leidt GHB op dit moment tot de grootste zorgen.
- Er zijn geen eenduidige trends binnen de ziekenhuizen hoe het aantal drugsincidenten en het aantal GHB-incidenten zich in de afgelopen vijf jaar hebben ontwikkeld. In regio Rotterdam zijn hierover geen eensluidende conclusies te trekken.

Amsterdam

In Amsterdam hebben vier ziekenhuizen gegevens aangeleverd (cijfers uit de beide locaties van het academisch centrum ontbreken).

- In 2018 werden ongeveer 1650 gevallen van drugsgerelateerde SEH-presentaties gezien.
- 18 tot 60% van de gevallen betrof GHB.
- De Amsterdamse ziekenhuizen zien vrijwel uitsluitend GHB-*intoxicaties* en zelden een GHB-onttrekking.
- De meeste patiënten die zich hier presenteren (90%) doen dit voor het eerst in verband met een intoxicatie door GHB-gebruik.
- GHB wordt in de Amsterdamse ziekenhuizen op de 2e of 3e plek gezet van meest voorkomende drugs- of alcoholgerelateerde presentaties op de SEH.
- De zorgen om GHB zijn echter groot en alle respondenten zetten GHB op de eerste of tweede plaats.
- Het aantal drugsgerelateerde presentaties op de SEH lijkt stabiel te zijn of licht te stijgen.
- GHB-presentaties worden op de Amsterdamse SEH's iets vaker gezien in recente jaren.

Nijmegen

In Nijmegen werden antwoorden ingestuurd door één ziekenhuis.

- Het aantal drugs gerelateerde SEH-presentaties werd door dit ziekenhuis in 2018 op 350 gevallen geschat.
- In 43% van de gevallen was er GHB gebruikt.
- 80% van de gevallen betrof een *intoxicatie* (geen onttrekking van GHB).
- De helft van de patiënten die zich presenteerde deed dit al eerder in het kader van GHB, de andere helft van de patiënten presenteerde zich voor het eerst.
- GHB staat in Nijmegen tweede op de lijst behandelingen wegens drugsgebruik
- GHB heeft de eerste plaats op de lijst zorgen over drugs.
- Het aantal drugsgerelateerde presentaties is de afgelopen vijf jaar in Nijmegen licht gestegen.
- Voor het doen van een uitspraak over trends in de GHB-gerelateerde presentaties op de SEH zijn te weinig gegevens voorhanden.

Zuiden van Nederland

In Noord-Brabant, Zeeland en Limburg bestaat de meerderheid van acute GHB-incidenten op de SEH uit chronische GHB-gebruikers met onttrekkingsverschijnselen, Dat is een opvallend verschil met het noorden van het land, waar juist vaker incidentele GHB-gebruikers met een acute intoxicatie worden gezien.

Oosten van Nederland

In het gebied tussen Apeldoorn, Zwolle, Enschede en Arnhem hebben zes ziekenhuizen de vragenlijst (gedeeltelijk) ingevuld.

- Door het ontbreken van gegevens is er geen schatting te maken van het aantal patiënten dat zich in 2018 met drugsproblematiek op de SEH presenteerde, laat staan het relatieve aandeel van de patiënten dat op de SEH werd gezien in verband met GHB.
- Twee ziekenhuizen menen een lichte toename in GHB-gerelateerde presentaties te zien waar de andere ziekenhuizen inschatten dat de aantallen gelijk zijn gebleven.
- De meeste patiënten (90% of hoger) presenteren zich in het oosten met een GHB-intoxicatie.
- Verder opvallend is het aantal recidiverende patiënten dat zich in de ziekenhuizen presenteert tussen 30 en 95%. Met name in de grotere steden in het oosten van het land rapporteerden 75 en 95% recidivisten.

Noorden van Nederland

Hiertoe rekenen we dat deel van Nederland dat ligt ten noorden van Purmerend en ten noorden van de provincie Overijssel. Zeven ziekenhuizen hebben hier gegevens over aangeleverd.

- Zij schatten in zo'n 500 patiënten op de SEH in 2018 te hebben gezien in verband met drugsgebruik.
- In zo'n 170 gevallen was hierbij GHB in het spel, ongeveer 35%.
- Waar het ene ziekenhuis een duidelijk een stijging in het aantal GHB gerelateerde SEH bezoeken waarneemt, ziet een ander centrum (in Friesland) juist een forse afname. Die wordt toegeschreven aan een aantal aanhoudingen in de provincie die de politie recentelijk heeft verricht waardoor er minder GHB circuleert. Alle andere ziekenhuizen menen dat het aantal aan GHB gelinkte SEH bezoeken over de afgelopen 5 jaar gelijk is gebleven.

- In al deze ziekenhuizen presenteren patiënten zich meestal met een intoxicatie van GHB (80-90% of hoger).
- De verdeling tussen het aantal nieuwe patiënten en recidivisten verschilt tussen de ziekenhuizen wel enorm, van 20% nieuwe patiënten in het ene centrum naar 90% nieuwe patiënten in een ander centrum.

Westen van Nederland

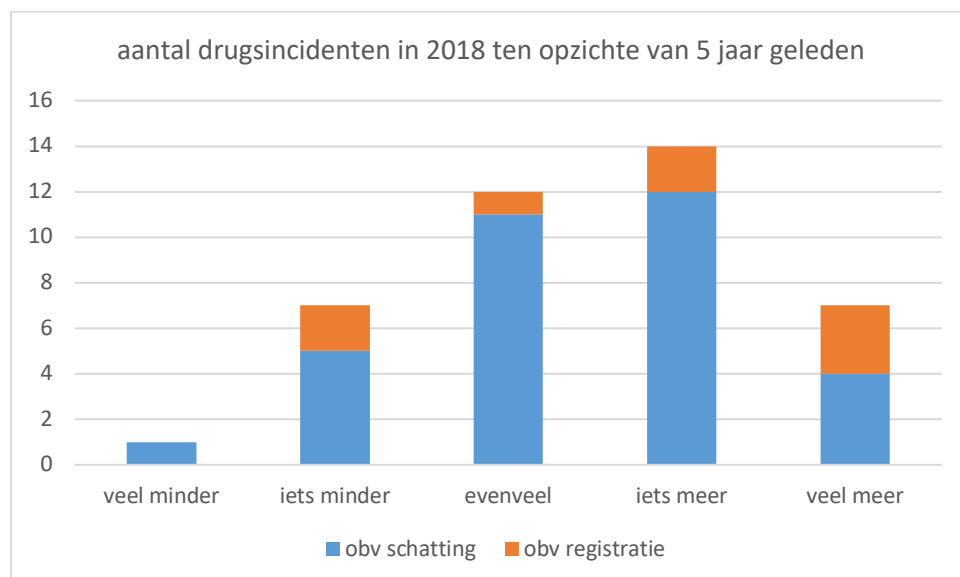
Uit het westen van Nederland is geen nieuwe informatie toe te voegen bovenop wat al werd gerapporteerd door de ziekenhuizen uit de signaalregio's die in het westen van Nederland liggen (Rotterdam, Amsterdam en Utrecht). De informatie uit de ziekenhuizen die gegevens hebben ingevuld was hiervoor te summier.

3.3 Trends in de afgelopen vijf jaar

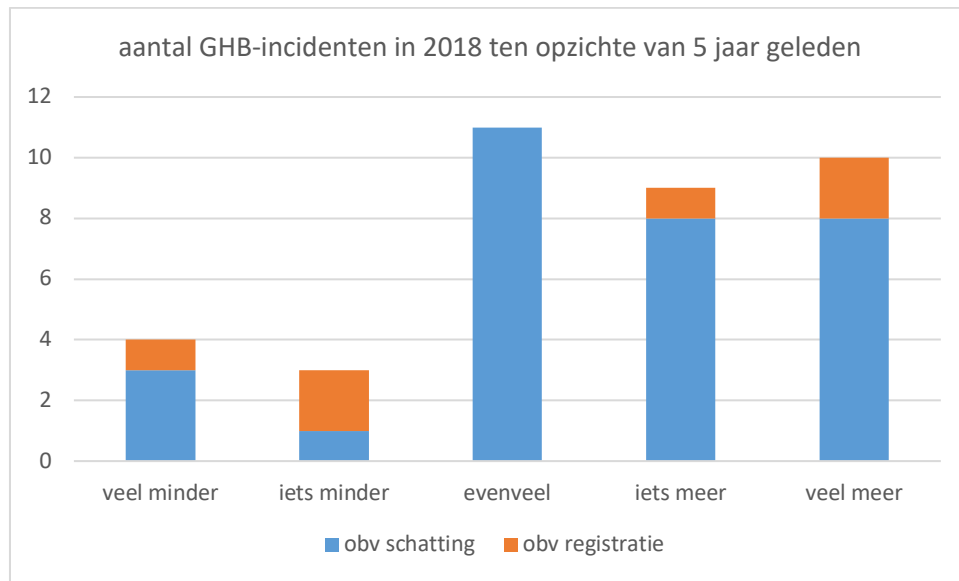
Figuren 1a en b tonen de ontwikkelingen in drugs- en GHB-incidenten in de afgelopen vijf jaar op basis van een voorzichtige schatting uit ziekenhuizen, meestal gebaseerd op expert opinion en overleg met collega's en in enkele gevallen op basis van een registratie. Het betreft hier met nadruk dus overwegend impressies, geen harde cijfers.

- Het aantal drugsincidenten is volgens deze voorzichtige uitspraken in de helft (n=21) van de ziekenhuizen iets of fors toegenomen.
- De andere helft (n=20) heeft het vermoeden dat er de afgelopen jaar geen duidelijke verandering is geweest, of dat er zelfs sprake is van een lichte daling in het aantal drugsincidenten dat zij behandelen.
- Voor GHB geldt een vergelijkbaar beeld: het aantal ziekenhuizen dat in de afgelopen jaren een lichte of forse toename zag in het aantal GHB-incidenten dat zij hebben behandeld (n=19) is ongeveer gelijk aan het aantal ziekenhuizen waar de indruk bestaat dat het aantal GHB-incidenten de afgelopen vijf jaar stabiel of van jaar tot jaar licht schommelend is geweest of zelfs in de afgelopen vijf jaar licht of fors is afgenomen (n=18).

Figuur 1a. Aantal drugsincidenten in 2018 ten opzichte van 5 jaar geleden, o.b.v. schatting en registratie van ziekenhuizen met voldoende informatie



Figuur 1b. Aantal GHB-incidenten in 2018 ten opzichte van 5 jaar geleden, o.b.v. schatting en registratie van ziekenhuizen met voldoende informatie



De respondenten op de vragenlijst hebben uiteenlopende verklaringen voor de trend in GHB-gebruik die zij de afgelopen jaren zagen.

Waar een **toename van GHB-incidenten** werd gezien, wordt gedacht dat dit onder andere samenhangt met:

- Het bekender worden van de drug onder gebruikers
- Normalisatie van drugsgebruik algemeen en ook van GHB
- Samenhang met festivals in de zomer.

Een **afname van GHB-incidenten** zou daarentegen vooral het gevolg zijn van:

- Een afname van nieuwe gebruikers en patiënten die voor de eerste keer op de SEH komen. Er zijn wel meer chronische gebruikers en recidivisten, maar die compenseren in absolute aantallen niet de daling in nieuwe gebruikers. Dit werd door veel ziekenhuizen opgemerkt.
- Overstap naar het gebruik van andere drugs door een toenemend slecht imago van GHB. Met name worden cocaïne en ecstasy genoemd als de drugs die op de plaats van GHB zijn gekomen
- Ingrepen van politie en uit de hoek van preventiewerkers
- Regionale afname van bekendheid en populariteit van GHB
- Toename van kennis over de gevaren en ongewenste effecten van GHB-gebruik.
- Een verschuiving van festivals naar de winter.

Over het algemeen wordt gezien dat ziekenhuizen die meer drugsgelateerde SEH-presentaties waarnemen ook meer GHB-gelateerde SEH-presentaties zien.

- Met andere woorden: de toename in GHB-incidenten is niet uniek maar onderdeel van een toename in drugsincidenten in het algemeen.
- Twee ziekenhuizen zijn daarop een uitzondering: zij zagen in 2018 minder drugsgelateerde SEH-presentaties maar eenzelfde absoluut aantal SEH-presentaties dat samenhangt met het gebruik van GHB. Hier is dus sprake van een relatieve toename van GHB-incidenten.

- Uit de opmerkingen toegevoegd aan de vragenlijst blijkt dat het heersende idee over een (onevenredige) toename van GHB-incidenten op de SEH, mogelijk kan samenhangen met het ernstige klinische beeld van de overgrote meerderheid van GHB-intoxicaties, de heftige verschijnselen (vaak met agressie) bij het ontwaken uit het GHB-coma, de hoge mate van recidive en de uiterst moeilijk te behandelen afhankelijkheid van GHB.

3.4 Zorgen om drugs en GHB

In de top 5 (uit een lijst van 12 drugs en alcohol) van middelen waarvoor de meeste SEH-behandelingen plaatsvinden en in de top 5 waarover de meeste zorgen zijn, staan dezelfde middelen: alcohol, GHB, ecstasy, cocaïne en amfetamine (tabel 1).

- GHB wordt als de meest problematische drug gezien in 11 van de 38 ziekenhuizen die deze vraag heeft beantwoord.
- GHB staat op de tweede plek, na alcohol, in 19 van de 38 ziekenhuizen.
- Alcohol wordt als een groot probleem gezien. *Overall* zijn er meer zorgen over alcohol dan over GHB. Normalisatie speelt in het gebruik een grote rol. Artsen maken zich hier zorgen over, met name ook omdat het voornamelijk jongeren zijn die frequent binnenkomen met een alcoholintoxicatie.
- Over GHB wordt opgemerkt dat het gevaarlijk is en ook dat de verslaving slecht behandelbaar is. Tevens zijn de gevolgen van de verslaving erg van invloed op het leven van de patiënt. Dit geldt ook voor de behandelbaarheid van GHB-intoxicatie/onttrekking op de SEH.

Tabel 1. Top 5 drugs die behandeld worden op de SEH en Top 5 drugs waar artsen zich het meest zorgen om maakten

Ranking	Het vaakst behandeld	Meeste zorgen over
1	Alcohol	Alcohol
2	GHB	GHB
3	Ecstasy	Cocaïne
4	Cocaïne	Ecstasy
5	Amfetamine	Amfetamine

o.b.v. antwoorden uit 38 ziekenhuizen

Zorgwekkend is ook het combinatiegebruik.

- In naar schatting een derde van de GHB-incidenten is de patiënt uitsluitend onder invloed van GHB
- In een derde van de gevallen was er alcohol bij gedronken
- Door de derde groep was een mix van GHB met andere drugs of medicijnen en in de helft van de gevallen ook nog alcohol gebruikt.

Twee respondenten benadrukten dat problematisch gebruik van opioïden en alcoholverslaving het meeste voorkomen in Nederland. Daar liggen dus, vanwege de absolute aantallen, de grootste zorgen. Bovendien kan ook een overdosis opioïden snel lethaal zijn en om deze reden erg gevaarlijk.

3.5 Beperkingen van de enquête

De respondenten merken met nadruk op dat niet alleen het geven van een schatting over wat er vijf jaar geleden speelde lastig is, maar dat ook het krijgen van een goed beeld aan GHB- en drugsincidenten op dit moment moeilijk is. Er wordt veel nadruk gelegd op het woord 'schatten' en de forse beperkingen die daaraan kleven. Het is dus uitdrukkelijk niet de bedoeling om de hier gepresenteerde cijfers en trends als absolute gegevens te zien. Nogmaals benadrukken we ook dat niet alle ziekenhuizen aan alle vragen hebben bijgedragen. De in dit hoofdstuk gepresenteerde ontwikkelingen kunnen wel worden gezien als **een indicatie voor de Nederlandse situatie**, zoals past bij de opzet van een quick scan.

Ook wordt er vermeld dat sommige vragen in de lijst onduidelijk geformuleerd zijn en het niet helder is of alcohol ook meegerekend moet worden.

3.6 Samenvatting en conclusies

Uit de respons van 78 medewerkers op 61 van de 87 SEH's in ziekenhuizen in Nederland komt het volgende beeld naar voren, voornamelijk gebaseerd op schattingen en impressies wegens het grotendeels ontbreken van harde registratiegegevens:

- In de signaalregio's Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Nijmegen heerst in de meeste ziekenhuizen de impressie dat het aantal drugsgerelateerde incidenten de afgelopen vijf jaar is gestegen. Sommige ziekenhuizen in deze regio's zien echter geen veranderingen in het aantal drugsincidenten de afgelopen vijf jaar of zelfs een lichte afname.
- Voor GHB geldt in de signaalregio's eenzelfde beeld. In een aantal ziekenhuizen met registratiegegevens zijn cijfers over GHB-incidenten echter minder makkelijk beschikbaar dan cijfers over drugsincidenten algemeen, omdat de GHB-incidenten handmatig in het systeem opgezocht moeten worden.
- *Overall* in Nederland schat ongeveer de helft van de responderende ziekenhuizen dat in hun ziekenhuis sprake is van een toename in het aantal drugsincidenten en de andere helft heeft de impressie dat het aantal drugsincidenten de afgelopen vijf jaar gelijk is gebleven of zelfs afnam.
- Voor GHB-incidenten wordt een vergelijkbaar beeld geschetst.
- In alle ziekenhuizen, behalve twee, waar een stijging van GHB-incidenten lijkt te zijn, is dit onderdeel van een bredere toename van incidenten met ook andere drugs. In de twee ziekenhuizen die hier een uitzondering op zijn nam wel het aantal GHB-incidenten toe, terwijl het aantal drugsincidenten gelijk bleef.

Grote verschillen worden gemeld tussen regio's, en zelfs tussen ziekenhuizen binnen eenzelfde regio, met betrekking tot de GHB-problematiek

- In regio's die bekend staan om hun hardnekkige GHB-verslavingsproblematiek lijkt er sprake te zijn van meer chronische GHB-gebruikers en onttrekkingsbeelden op de SEH.
- In andere regio's overheersen de GHB-intoxicaties
- GHB is in twee-derde van de gevallen gecombineerd gebruik met andere drugs, medicijnen en/of alcohol.
- De zorgen over GHB onder het medisch personeel zijn groot en GHB staat op de tweede plaats van zowel de Top 5 aan middelen waarvoor de meeste

behandelingen plaatsvinden als waar de meeste zorgen over bestaan. Op de eerste plaats van beide Top 5's staat alcohol.

- De zorgen hangen samen met het ernstige klinische beeld van de overgrote meerderheid van GHB-intoxicaties, de heftige verschijnselen (vaak met agressie) bij het ontwaken uit het GHB-coma, de hoge mate van recidive en de uiterst moeilijk te behandelen afhankelijkheid van GHB.

4. GHB bij de forensisch artsen

Forensisch artsen zien over het algemeen een ander deel van de GHB-populatie dan ziekenhuismedewerkers. Forensisch artsen bieden medische zorg aan arrestanten, onderzoeken letsels bij slachtoffers van een misdrijf en zijn verantwoordelijk voor de lijkshouw en het onderzoeken van mogelijke doodsoorzaken bij overledenen bij wie de verdenking bestaat op niet-natuurlijk overlijden. Waar medewerkers van de SEH vaak te maken krijgen met acute GHB-intoxicaties, zien forensisch artsen vaak GHB-onttrekking bij arrestanten met een GHB-afhankelijkheid die acute onthoudingssymptomen ontwikkelen. Forensisch artsen zijn in Nederland georganiseerd binnen de 25 GGD-regio's.

De hoofdvraag in dit hoofdstuk is of er een toename aan incidenten met GHB heeft plaatsgevonden ten opzichte van het totaal aan drugsincidenten, in vergelijking met 5 jaar geleden. Een uniforme registratie hiervoor is niet voorhanden, zodat de vraag verkennend is getoetst via vragenlijsten aan forensisch artsen met het verzoek een inschatting te geven van GHB- en drugsincidenten. Dit hoofdstuk levert daarom alleen een globale inschatting. Aan de resultaten kleven alle nadelen die passen bij een onderzoek waarbij een beroep wordt gedaan op het geheugen van de respondent die wordt gevraagd naar absolute aantallen. Ook kunnen op basis van de antwoorden van één of enkele forensisch artsen uit een regio geen zekere conclusies worden getrokken die voor de hele regio gelden. Het blijft bij de impressie van enkele respondenten en het resultaat gaat niet verder dan 'aanwijzingen voor' ...

4.1 Methoden

De **vragenlijst** voor de forensisch artsen bestond uit 24 vragen. Deze vragen staan vermeld in bijlage 4. Hierin werd onder meer gevraagd om een schatting van het aantal GHB-gevallen nu en vijf jaar geleden, de ernst van de intoxicatie of onttrekking (onder andere middels de vraag of het nodig was de patiënt in te sturen naar een SEH of een speciale penitentiaire inrichting met behandelcapaciteit voor GHB), en ter vergelijking een schatting over het aantal drugsintoxicaties in het algemeen en vijf jaar geleden. De vragenlijst werd uitgedeeld aan alle aanwezigen op het voorjaarssymposium van het Forensisch Medisch Genootschap (FMG) op 29 maart 2019 waarop het thema 'Drugs' centraal stond. Onder de aanwezigen bevonden zich voornamelijk forensisch artsen, maar ook medewerkers van de politie, ambulance en overheid. Zij kregen bij het verlaten van de zaal bij de eerste koffiepauze de papieren vragenlijst uitgedeeld en ingevulde vragenlijsten konden gedurende de rest van de dag worden ingeleverd. De respondenten kregen geen beloning voor deelname.

42 **respondenten** hebben de vragenlijst ingevuld; 35 respondenten vulden de lijst in voor één enkele GGD-regio en 6 voor meerdere regio's. De 35 vragenlijsten die één regio betreffen zijn ingevuld door forensisch artsen van:

- GGD Amsterdam (6)
- Forensisch Artsen Rotterdam-Rijnmond (FARR) (4)
- GGD Fryslan (2)
- GGD Groningen (2)
- GGD Haaglanden (1)

- GGD Brabant Zuid-Oost (1)
- GGD West-Brabant (1)
- GGD Hart voor Brabant (2)
- GGD Hollands Midden (3)
- GGD Hollands Noorden (2)
- GGD IJsselland (2)
- GGD Kennemerland (1)
- GGD Noord-Oost Gelderland (3)
- GGD Gelderland-Midden (1)
- GGD Zeeland (1)
- GGD Zuid-Limburg (3)
- GGD Limburg-Noord (1).

De 6 vragenlijsten die voor meerdere regio's waren ingevuld gingen over

- Fryslân/ Amsterdam
- Flevoland/ Gooi & Vechtstreek
- Amsterdam/ Hollands Noorden
- Hart voor Brabant/ Brabant Zuid-Oost (2)
- Hart voor Brabant/ Brabant Zuid-Oost/ Brabant West/ Gelderland-Zuid.

De forensisch artsen van GGD-regio's Utrecht, Haaglanden en Gelderland-Zuid zijn alleen verantwoordelijk voor de lijkschouw. In deze regio's is een externe partij verantwoordelijk voor de arrestantenzorg (de Forensisch Medische Maatschappij Utrecht (FMMU); de organisatie Arts&Zorg in regio Haaglanden en in de regio Gelderland-Zuid zijn dit GGD Gelderland-Midden en een aantal huisartsen. Door deze partijen is ook nog één vragenlijst (digitaal) ingevuld, waarmee het totaal aan ingevulde lijsten op 43 komt. Van 12 respondenten is bekend hoeveel uur per week zij werkzaam zijn als forensisch arts, variërend van 8 tot 40 uur per week, met een gemiddelde van 24,8 uur per week.

4.2 Resultaten

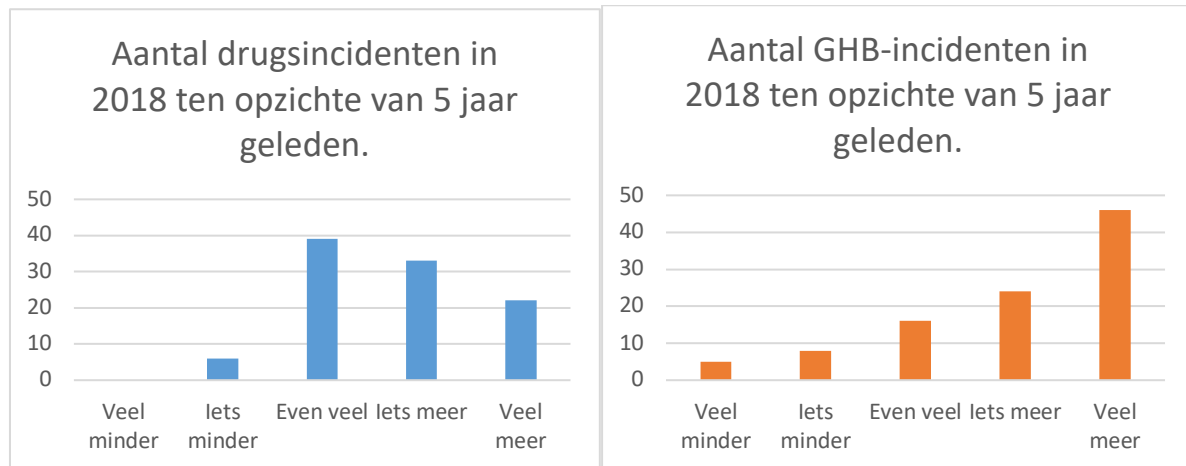
Van de 43 respondenten hebben 36 schattingen gegeven op de vraag of het **aantal drugsincidenten** is toegenomen, afgenomen of ongeveer gelijk is gebleven, nu ten opzichte van 5 jaar geleden (figuur 1a).

- Geen van de respondenten gaf aan dat het aantal drugsincidenten 'veel minder' is geworden
- 6% gaf 'iets minder' aan
- 39% gaf aan dat dit ongeveer gelijk is gebleven
- 33% gaf aan dat het tegenwoordig 'iets meer' incidenten betreft
- 22% geeft 'veel meer' aan.

Van de 43 respondenten hebben 37 dezelfde vraag beantwoord voor het **aantal GHB-incidenten** (figuur 1b):

- 5% gaf aan dat dit nu 'veel minder' is dan 5 jaar geleden
- 8% meldde 'iets minder'
- 16% gaf aan dat deze aantallen ongeveer gelijk zijn gebleven
- 24% gaf 'iets meer' aan
- 46% antwoordde 'veel meer'.

Er zijn meer respondenten die een toename van GHB-incidenten zien (70%) dan die een toename van drugsincidenten in het algemeen waarnemen (55%). Waar meer drugsincidenten zijn herkend werd in alle gevallen ook een toename van GHB gezien. De conclusie die hieruit getrokken kan worden is dat een waargenomen toename van GHB-incidenten niet uniek is voor GHB, maar dat er in het algemeen een stijging in drugsincidenten lijkt te zijn, waarbij die van GHB mogelijk nog meer stijgen dan de incidenten met andere drugs.



Figuur 1a en b. Het percentage respondenten dat veel minder, iets minder, even veel, iets meer of veel meer drugsincidenten (a) en GHB-incidenten (b) rapporteert in 2018 ten opzichte van 5 jaar geleden.

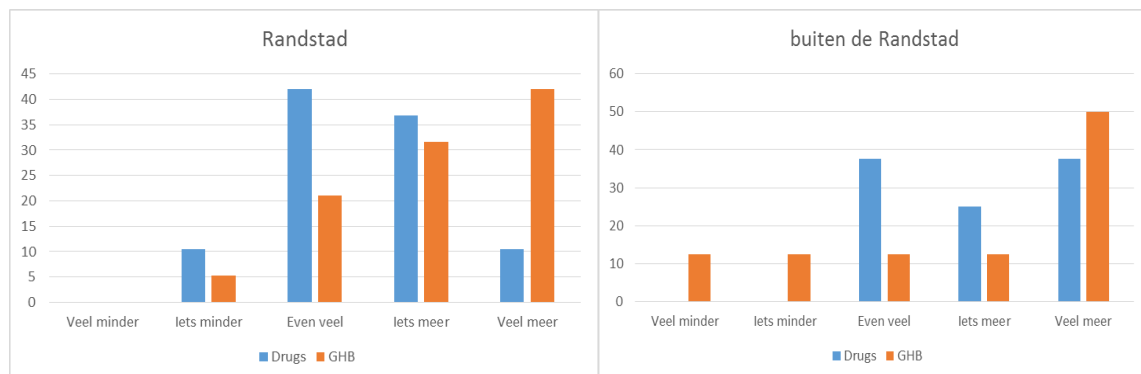
Ook is gekeken naar eventuele **regionale verschillen** bij de geschatte aantallen en verhoudingen. Tot de Randstad rekenen we de provincies Noord-Holland, Zuid-Holland en Utrecht (gebieden met duizend of meer inwoners per vierkante kilometer, zoals gedefinieerd door het CBS).

- Van de ingevulde vragenlijsten vallen 20 regio's in de categorie 'Randstad', waarvan in 19 deze vraag is beantwoord (zie figuur 2a).
- Hiervan gaf niemand aan 'veel minder' drugsincidenten te zien, 10% gaf aan 'iets minder', 42% gaf aan dat dit ongeveer gelijk is gebleven, 38% gaf 'iets meer' aan en 10% in de Randstad gaf aan 'veel meer' drugsincidenten in 2018 te hebben gezien.
- Voor GHB gaf 0% 'veel minder' aan, 5% 'iets minder', 21% 'even veel', 32% 'iets meer' en 42% gaf aan 'veel meer' GHB-incidenten te zien ten opzichte van 5 jaar geleden.

De overige provincies (Friesland, Drenthe, Groningen, Overijssel, Gelderland, Flevoland, Brabant, Zeeland en Limburg) worden hierna aangeduid als 'buiten de Randstad'.

- Van de ingevulde vragenlijsten vallen 21 regio's in de categorie 'buiten de Randstad', waarvan in 16 deze vraag is beantwoord (zie figuur 2b).
- Niemand zag minder drugsincidenten, 37,5% gaf aan dat dit ongeveer gelijk is gebleven, 25% gaf 'iets meer' aan en 37,5% van respondenten van buiten de Randstad gaf aan 'veel meer' drugsincidenten in 2018 te hebben gezien.
- Voor GHB gaf 12,5% 'veel minder', 'iets minder', 'even veel' en 'iets meer' aan, en 50% gaf aan 'veel meer' GHB-incidenten te zien ten opzichte van 5 jaar geleden.

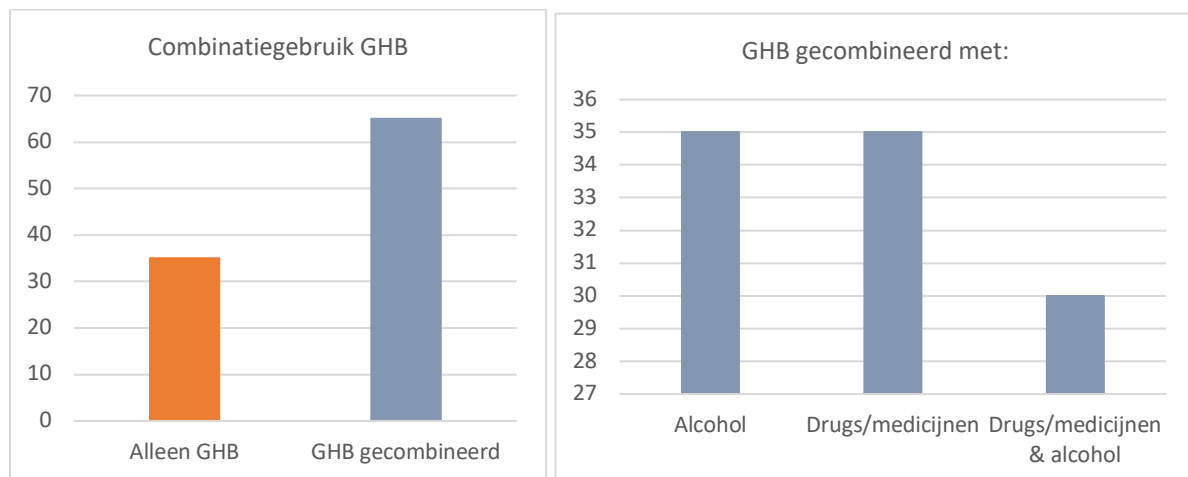
De twee vragenlijsten die ingevuld zijn voor zowel een regio in de Randstad als een regio buiten de Randstad (Fryslân/ Amsterdam en Flevoland/ Gooi & Vechtstreek) zijn buiten beschouwing gelaten.



Figuur 2a en b. Het percentage respondenten dat veel minder, iets minder, even veel, iets meer of veel meer drugsincidenten en GHB-incidenten rapporteert in 2018 ten opzichte van 5 jaar geleden voor de Randstad (a) en de provincie (b).

22 respondenten hebben de vragen over **combinatiegebruik** beantwoord (figuur 3a en b). In totaal gaf 35% aan dat er alléén sprake was van GHB-consumptie, en in 65% was er sprake van GHB gecombineerd met één of meerdere andere middelen en/of alcohol:

- Van dit combinatiegebruik bestond 35% uit de combinatie GHB en alcohol
- 35% uit de combinatie GHB en drugs en/of medicijnen
- 30% uit de combinatie GHB en drugs en/of medicijnen en alcohol.



Figuur 3a en b: Percentages waarbij de behandeling vermoedelijk alléén GHB betrof of GHB werd gecombineerd (a) en met welke middelen GHB gecombineerd werd (b).

De mate van combinatiegebruik binnen en buiten de Randstad is vergelijkbaar (in de Randstad gaat het in 59% van de gevallen om combinatiegebruik, buiten de Randstad om 68%). Vanwege de opsplitsing in verschillende categorieën betreft het maar een klein absoluut aantal antwoorden per categorie en dat betekent dat er met enige slagen om de arm naar deze gegevens gekeken moet worden.

In 33 vragenlijsten werd een schatting gegeven over de behandelingen voor een **intoxicatie** en voor een **onttrekking**. De inschatting was dat 42% van de GHB-

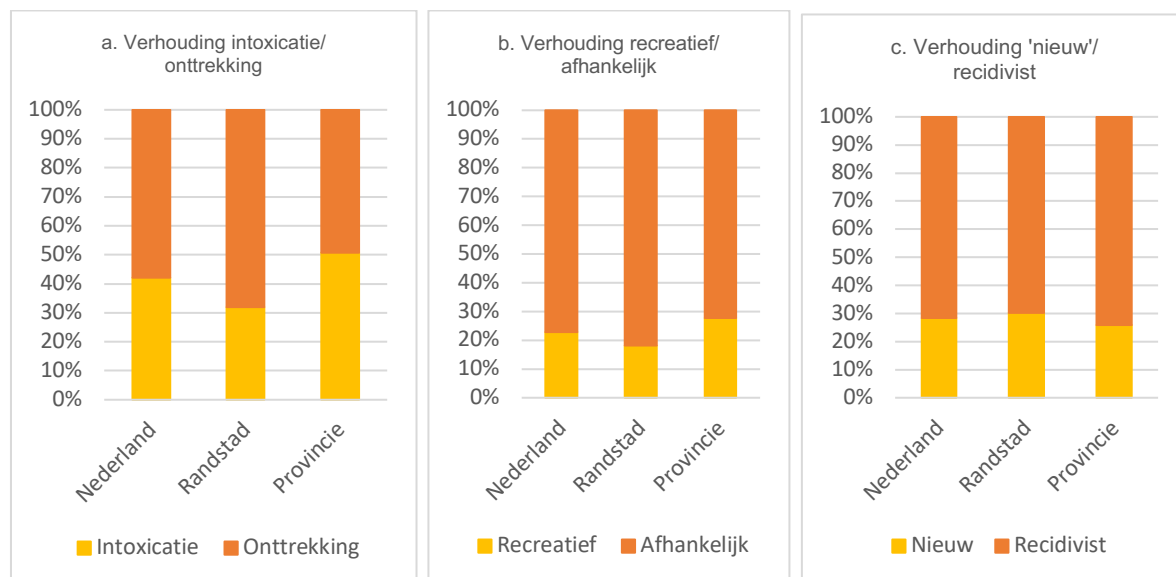
behandelingen door een forensisch arts te maken zou hebben met een GHB-intoxicatie, en 58% van de gevallen, een krappe meerderheid, voor een onttrekking (figuur 4a).

- In de Randstad was de schatting 32% behandeling wegens een intoxicatie en 68% voor onttrekking.
- Buiten de Randstad was dit 51% (intoxicatie) en 49% (onttrekking).

36 respondenten hebben een schatting gegeven van de behandelingen voor (vermoedelijk) een **recreatieve GHB-gebruiker en een afhankelijke GHB-gebruiker** (figuur 4b). Opvallend is dat driekwart van de behandelingen een patiënt betreft die afhankelijk is van GHB.

- De schatting in de Randstad was 18% van de behandelingen voor recreatieve en 82% voor afhankelijke GHB-gebruikers.
- Buiten de Randstad was dit 28% en 72%.
- Dit past bij de bevinding in de paragraaf hierboven dat in de Randstad forensisch artsen meer patiënten behandelen voor een onttrekking dan voor acute intoxicatie, vergeleken met buiten de Randstad.

De vraag of het een '**nieuwe**' GHB-gebruiker, niet eerder behandeld door de forensische dienst, of een '**recidivist**', iemand die al vaker is behandeld, betrof werd in 37 vragenlijsten beantwoord. In 28% van de gevallen ging het om een 'nieuwe' gebruiker, en in 72% om een 'recidivist', de verhouding was in en buiten de Randstad vergelijkbaar (figuur 4c).



Figuur 4. Verhoudingen van behandelingen voor intoxicatie versus onttrekking (a), behandelingen van een recreatieve gebruiker versus een afhankelijke gebruiker (b) en behandelingen van een 'nieuwe' gebruiker en een recidivist (c) voor heel Nederland en opgesplitst in de Randstad en de provincie (buiten de Randstad).

In 2 vragenlijsten meldde de respondent een **overledene** te hebben geschouwd die vermoedelijk was overleden door (de gevolgen van) GHB-gebruik.

Een **top-5** van drugs (uit een lijst van 12 drugs) waarvoor forensisch artsen het vaakst behandelingen uitvoerden (op basis van 38 respondenten, tabel 1), en een top-5 van de drugs waarover zij zich het meest zorgen maakten (op basis van 37 antwoorden, tabel 2) laat zien dat op beide lijsten dezelfde drugs staan, maar in andere volgorde. GHB is de drug waar de meeste zorgen over bestaan. Ruim driekwart van de forensisch artsen die

deze vraag hebben beantwoord, maken zich de meeste zorgen om GHB; het andere kwart heeft GHB op de tweede of derde plaats gezet.

HET VAAKST BEHANDELD	DRUG	AANTAL KEER IN TOP-5
1	Heroïne/methadon	33
2	GHB	31
3	Cocaïne	27
4	Cannabis	18
5	Amfetamine	16

Tabel 1. Top-5 van drugs waarvoor forensisch artsen het vaakst arrestanten behandelen.

MEESTE ZORGEN OVER...	DRUG	AANTAL KEER IN TOP-5
1	GHB	37
2	Heroïne/methadon	19
3	Cocaïne	17
4	Amfetamine	16
5	Cannabis	13

Tabel 2. Top-5 van drugs waarover forensisch artsen zich het meeste zorgen maken.

In de open velden van de vragenlijst werd zinvolle **achtergrondinformatie** gegeven:

- De afgelopen jaren is binnen de forensische diensten **meer kennis** verworven over hoe om te gaan met GHB-gebruik. Er is 'nu meer informatie [over GHB] bekend en er zijn betere richtlijnen en protocollen.' 'Vergeleken met 5 jaar geleden is GHB meer routine geworden, ook voor de politie. In het verleden was de politie banger om GHB-gebruikers in te sluiten en werden GHB-gebruikers eerder weer vrijgelaten, uit angst voor de ernst van de onttrekkingsverschijnselen in de cel.'
- Ondanks het bestaan van goede behandelrichtlijn wordt een GHB-intoxicatie of -onttrekking nog altijd als **zorgelijk** ervaren, met name bij een GHB-afhankelijke gebruiker. Het klinisch beeld kan heftig zijn en veel indruk maken.
- Er zijn ook forse zorgen over het '**vele combinatiegebruik met GHB**, met name de combinaties alcohol/GHB/ecstasy en GHB/amfetamine.'
- Uit het oogpunt van risicomijding zijn **alertheid op GHB-gebruik** en bewustzijn fors toegenomen. 'Als het woord GHB bij een arrestant maar valt springen alle signalen op rood en worden wij gebeld.'
- Er zijn in enkele regio's aanwijzingen voor een 'toename in aantal (recidiverende) gebruikers'. Dat beperkt zich niet tot de bekende regio's die te maken hebben met GHB-problematiek (zoals Noord-Brabant, Noord-Holland en Friesland), maar ook in regio's als Groningen en Gelderland. 'De 'oude' GHB-gebruikers keren steeds terug en intussen komen er nieuwe gebruikers bij.' Er lijkt sprake van 'een toename in GHB-afhankelijke [gebruikers] is' die meer worden 'verwezen en behandeld'.
- Volgens enkelen is de **lage prijs** een belangrijke factor die bijdraagt aan de populariteit van GHB. 'GHB is erg geliefd' en er zijn zorgen over het gemak waarmee het middel te bereiden is, de beschikbaarheid van het product en de

grondstoffen. 'Het gebruik is veel meer genormaliseerd'. 'Bijna dagelijks worden personen gezien die drugs hebben gebruikt en ook bijna dagelijks is dit GHB.'

- Bovengenoemde redenen kunnen een logische verklaring zijn voor (een deel) van de toename van GHB-incidenten in een aantal regio's.

Er zijn ook regio's waar een toename van acute GHB-problematiek niet wordt herkend.

- Uit regio 'IJsselland komt het signaal 'meer andere soorten drugs' te zien.
- De GGD Hollands Midden ziet dat, ondanks dat het totaal aan intoxicaties naar schatting is toegenomen, het probleem 'GHB de laatste 2 jaar licht is afgenomen.' Een afname in GHB-incidenten kan mogelijk worden verklaard door 'rechtstreeks vervoer naar de SEH en scholing van de politie.'
- Ook de respondenten uit regio Brabant zien geen grote verandering in de omvang van GHB-problemen. Een enkeling heeft de indruk dat er 'geen toename in GHB-gebruik in deze regio' is.

4.3 Samenvatting en conclusies

Is er nu sprake van een toename, afname of stabiele situatie van het aantal acute GHB-incidenten die door forensisch artsen worden behandeld? Daarop geeft deze inventarisatie geen definitief antwoord, maar wel aanwijzingen die de denkrichting kunnen bepalen. De antwoorden wijzen erop dat zowel drugs- als GHB-incidenten over de jaren zijn toegenomen, met een relatief sterkere stijging voor de incidenten met GHB.

- Iets meer dan de helft van de respondenten zag in meer of mindere mate een toename in het aantal drugsincidenten en iets minder dan de helft van de respondenten meende dat het aantal drugsincidenten ongeveer gelijk is gebleven, of zelfs afnam.
- Voor het aantal GHB-incidenten ziet meer dan twee-derde een toename in aantal incidenten.

Ook komt naar voren dat GHB-incidenten vaak samenhangen met het gebruik van ook andere drugs naast GHB. In 65% van de gevallen (acuut GHB-incident behandeld door een forensisch arts) werd GHB met een andere drug en/of alcohol gecombineerd.

Forensisch artsen zien (veel) meer afhankelijke gebruikers dan recreatieve GHB-gebruikers. Vaak is het dezelfde GHB-gebruiker die telkens weer opnieuw met acute problemen aan de forensisch arts wordt gepresenteerd. Het illustreert de hardnekkigheid van de verslaving en laat zien dat problematische GHB-gebruikers over het algemeen weinig succes lijken te hebben in het willen en/of kunnen afkicken. Bij bovenstaande past ook de bevinding dat forensisch artsen vaker een GHB-onttrekking behandelen dan een GHB-intoxicatie.

De top-5 van drugs waarvoor het vaakst behandeld wordt en de top-5 waarover de forensisch artsen zich het meeste zorgen maken bestaan uit dezelfde drugs, maar in een andere volgorde. De drugs die de forensisch arts het vaakst behandelt zijn heroïne/methadon, GHB, cocaïne, cannabis en amfetamine. GHB in de top-5 op de tweede plek. Dit is een opvallend hoge positionering, gezien het lage gebruik van GHB in de algemene bevolking.

De top-5 van drugs waarover de respondenten zich het meeste zorgen maken bestond uit GHB, heroïne/methadon, cocaïne, amfetamine en cannabis. Opvallend is dat alle respondenten die deze vraag hebben beantwoord, GHB in hun top-3 van meest zorgelijke drugs hadden geplaatst, en ruim driekwart hiervan zelfs op de eerste plaats. Dat betekent dat driekwart van de forensisch artsen zich het meeste zorgen maakt om GHB ten opzichte van andere drugs, waaronder ook heroïne. Het op veel grotere schaal gebruikte ecstasy haalde zelfs de top-5 niet. Dit geeft een duidelijk signaal af, namelijk dat GHB-gebruik als zeer zorgelijk wordt gezien door forensisch artsen.

Forensisch artsen maken zich met name zorgen om de verslaafde, recidiverende gebruiker. Ook worden er zorgen geuit over het gemak waarmee GHB gemaakt kan worden, en hoe goedkoop het middel is. Daarnaast valt op dat zorgen ook geuit worden door regio's die niet direct bekend staan om bestaande GHB-problematiek (Heerenveen, Heerhugowaard, Twenterand en Rucphen). De zorgen bestaan ook in de regio's Groningen, Gelderland, Haaglanden en Rotterdam.

Uit de opmerkingen van de forensisch artsen komt ook een positieve trend naar voren. Het lijkt erop dat er tegenwoordig beter kan worden omgegaan met GHB-gebruikers door scholing, meer alertheid en protocollen dan een aantal jaar geleden.

5. Verdiepende informatie uit signaal- en controleregio's

Inleiding, methode en gebruikte termen

SEH-artsen van het Erasmus MC in Rotterdam, het Diaconessenhuis in Utrecht, het OLVG in Amsterdam en het Radboudumc in Nijmegen spraken eind 2018 in NRC hun zorg uit over het aantal presentaties met GHB op de SEH. Zij gaven aan een toename in het aantal acute gezondheidsincidenten met GHB waar te nemen. Dit hoofdstuk beschrijft de hoofdpunten uit interviews die zijn gehouden met een groep van 51 stakeholders uit deze vier 'signaalregio's' en uit vier controleregio's, met het doel achtergrondinformatie te verzamelen om de gerapporteerde toename te duiden.

- Als controleregio's kozen wij de regio's Alkmaar, Groningen/Friesland, Zeeland en Limburg, vanwege bestaande contacten en de brede geografische spreiding.
- Als relevante stakeholders interviewden wij in de signaal- en controleregio's medisch personeel werkzaam op de SEH, preventiewerkers van instellingen voor verslavingszorg en medewerkers van de maatschappelijke opvang, de gemeente en politie.

Er vonden 18 interviews plaats met '**medisch personeel**': medewerkers van een ziekenhuis - voornamelijk van de spoedeisende hulp (SEH) en ambulancemedewerkers. Het betrof tien SEH-artsen, één Teamhoofd SEH, één internist, één intensivist & Medisch Coördinator SEH, één coördinator SEH, één internist-intensivist, één SEH-arts en Medisch Hoofd SEH, één Medisch Manager Acute Zorg en één ambulancemedewerker & verpleegkundig specialist-in-opleiding.

- Zij hebben zicht op zowel de recreatieve als de afhankelijke GHB-gebruiker die acute medische zorg nodig heeft vanwege een intoxicatie met GHB, onttrekking bij een GHB-verslaving of een letsel dat is opgelopen onder invloed van GHB.

De 9 geïnterviewde '**preventiewerkers**' zijn werkzaam in een instelling voor verslavingszorg en houden zich bezig met drugspreventie. Onder hen zit ook één coördinator Preventie Jeugd en één senior preventiewerker.

- Zij komen in hun werk in aanraking met recreatieve GHB-gebruikers die gebruik maken van de testservice, of op feesten en festivals waar zij voorlichting geven. Afhankelijke gebruikers vallen meestal buiten hun blikveld.

Uit de '**verslavingszorg**' zijn verder één manager en één coördinator Thuisbegeleiding geïnterviewd.

- Zij zijn betrokken bij de behandeling van patiënten met een afhankelijkheid van GHB en hebben minder zicht op de recreatieve gebruiker.

De 14 geïnterviewde '**(beleids)medewerkers bij de gemeente**' zijn afkomstig van verschillende afdelingen van een gemeente of GGD. Voor deze *quick scan* zijn een epidemioloog/onderzoeker, een epidemioloog/forensisch arts, een beleidsadviseur Jeugd, een beleidsadviseur Volksgezondheid, een procesregisseur Veiligheidshuis, een beleidsadviseur Publieke Gezondheid, Maatschappelijke Opvang en Begeleid Wonen, een beleidsmedewerker Maatschappelijke Ontwikkeling afdeling Jeugd, een verpleegkundig specialist Volksgezondheid, een beleidsmedewerker Wonen, een beleidsmedewerker Woonoverlast, een beleidsmedewerker Openbare Orde, een beleidsadviseur Orde en

Veiligheid, een ambtenaar Volksgezondheid, WMO en Verslavingspreventie en een beleidsmedewerker Veiligheid geïnterviewd.

- Zij leverden informatie over zowel het recreatief als afhankelijk GHB-gebruik. Ook zijn zij ervan op de hoogte van de instanties en hulpdiensten in de regio die betrokken zijn bij bestaande drugs- en GHB-problematiek.

De 7 medewerkers '**maatschappelijke opvang**' betroffen één sociaal psychiatrisch verpleegkundige (spv'er) en verslavingsdeskundige, één ondersteuner, twee medewerkers Begeleid Wonen, één vrijwilliger en twee ervaringswerkers geïnterviewd.

- Deze groep komt in hun werk voornamelijk in aanraking met problematische of afhankelijke GHB-gebruikers, waarbij in de meeste gevallen sprake is van multiproblematiek op veel sociale domeinen. Over het algemeen is de maatschappelijke opvang niet betrokken bij recreatieve GHB-gebruikers.

Tenslotte is één '**politieagent**' geïnterviewd.

- De hulp van de politie wordt ingeroepen bij overlast van zowel recreatieve als afhankelijke GHB-gebruikers. De geïnterviewde politieagent heeft in zijn werk voornamelijk te maken met afhankelijke GHB-gebruikers die voor overlast zorgen, verward op straat lopen of delicten plegen.

In dit rapport is onderscheid gemaakt tussen drie groepen GHB-gebruikers:

- '**Recreatieve gebruikers**': gebruik voor plezier of ontspanning, zonder dat dit een ernstig versturende invloed heeft op werk, school of hobby's of sociale contacten. Het gebruik is matig en gecontroleerd en neemt uitsluitend een klein deel van de tijd in beslag.
- '**Afhankelijke gebruikers**': besteden veel tijd aan gebruik en herstel, hebben moeite met minderen of stoppen, een sterk verlangen om te gebruiken, gaan door met gebruik ondanks de wetenschap dat gebruik schade oplevert, besteden minder aandacht aan werk, school, hobby's of sociale contacten, hebben tolerantie ontwikkeld en krijgen last van onthoudingsverschijnselen bij abrupt stoppen.
- '**Problematisch gebruikers**': hebben het GHB-gebruik niet meer onder controle, maar het gebruik heeft (nog) geen zichtbare invloed op het functioneren, de sociale omgeving of hobby's en zij zijn (nog) niet bekend bij hulpverlenende instanties. De term problematisch gebruik beschrijft in dit rapport het tussenstadium tussen recreatief gebruik en GHB-afhankelijkheid.

De semi-gestructureerde interviews hadden vier hoofdthema's:

1. Ontwikkelingen in gebruik en problematiek van GHB en van drugs in het algemeen in de afgelopen jaren
2. Beschrijving van het profiel van de doorsnee GHB-gebruiker waar de geïnterviewde het meest mee in aanraking komt
3. Belangrijkste zorgen met betrekking tot GHB en drugs in het algemeen
4. De organisatie van ketenzorg en samenwerking met ketenpartners in de regio.

De interviews geven een indicatief beeld van de lokale situatie, maar zijn niet geschikt om harde conclusies te trekken over drugs- en GHB-problematiek in de deelnemende regio's of in het hele land. De geschetste situatie is gebaseerd op de waarnemingen van een beperkt aantal personen, die ieder zicht hebben op slechts een deel van de totale GHB-problematiek. De bevindingen kunnen wel als richtinggevend worden beschouwd.

5.1 Ontwikkelingen in gebruik en problematiek van GHB

GHB-incidenten op de SEH

Het geïnterviewde medisch personeel is eensgezind in hun conclusie dat er de afgelopen jaren een stijging valt waar te nemen in het aantal drugsgerelateerde incidenten *in het algemeen*. Welke drug de grootste bijdrage levert aan de groei, verschilt. Met betrekking tot GHB-gerelateerde incidenten zien sommige ziekenhuizen dat deze sneller in aantal stijgen dan andere drugs, in andere ziekenhuizen stijgen GHB-incidenten net zo hard als andere drugsincidenten en in weer andere ziekenhuizen is het aantal GHB-incidenten naar verhouding juist afgenomen.

In de **signaalregio's** lijkt er over het algemeen een stijging in het aantal incidenten met GHB te zijn en hiervoor worden verschillende oorzaken genoemd:

- Het betreft vaak meer incidenten met dezelfde persoon (hierna: recidivist)
- Er is een stijging van het aantal gebruikers dat van recreatief naar regelmatig gebruik is gegaan
- Er is sprake van een toename in het aantal recreatieve gebruikers.

De stijging wordt echter niet door alle ziekenhuizen binnen de signaalregio's waargenomen. Sommige ziekenhuizen geven aan dat het aantal GHB-incidenten juist gestabiliseerd lijkt te zijn over de afgelopen jaren. De aard en omvang van GHB-incidenten op de SEH kunnen dus niet alleen tussen regio's verschillen, maar ook binnen regio's.

Ook in de **controleregio's** lijken sterke regionale verschillen te bestaan in het aantal presentaties met GHB op de SEH ten opzichte van een aantal jaar geleden.

- Een aantal ziekenhuizen geeft aan een sterke stijging te zien in het aantal GHB-incidenten. Hierbij wordt aangegeven dat de GHB-gebruiker in voorgaande jaren bijna nooit op de SEH belandde, en er nu sprake is van structurele en regelmatige presentaties van een aantal keer per week.
- Andere ziekenhuizen geven aan een subtiele stijging waar te nemen, waarbij de drug met name onder recreatieve gebruikers meer gebruikt lijkt te worden.
- Er zijn ook ziekenhuizen die aangeven dat het aantal incidenten met GHB gestabiliseerd lijkt te zijn of zelfs afgenomen.
- Voor weer andere ziekenhuizen geldt dat GHB-gebruikers zich in voorgaande jaren zelden tot nooit op de SEH presenteerden, en dat geldt nog steeds.

Wat opvalt in de ziekenhuizen die een sterke toename waarnemen, is dat de stijging wordt toegeschreven aan meer incidenten met dezelfde personen, een hogere recidive-gehalte.

- In een aantal van deze ziekenhuizen was de GHB-problematiek al aanwezig en werd erger.
- Andere ziekenhuizen zagen in voorgaande jaren geen GHB-incidenten, terwijl dit inmiddels structureel een aantal keer per week of per maand is. '*GHB is er ineens*'. Sommige stakeholders in de regio herkennen dit beeld, maar anderen weer niet.

"Een aantal jaar geleden hoorden we die verhalen over van GHB afhankelijke gebruikers helemaal niet. En toen ging het van een enkeling naar een paar per jaar die van GHB-afhankelijk zijn en bij begeleid wonen terecht komen. Sinds drie jaar is het er ineens." **(Maatschappelijke opvang)**

“Acht jaar geleden hadden we geen afhankelijke GHB-gebruikers. Nu hebben we een groep.” **(Politie)**

Andere ziekenhuizen rapporteren juist een redelijk stabiel recidive-gehalte, maar zien meer presentaties van ‘unieke’ patiënten die recreatief GHB gebruiken. Dit geldt voor zowel de signaalregio’s als de controleregio’s.

- Ook waar wordt aangegeven dat het aantal incidenten met GHB lijkt te zijn gestabiliseerd, gaat het naar verhouding vaker om dezelfde gebruiker die regelmatig is gaan gebruiken.
- In andere gevallen is het aantal incidenten ongeveer gelijk gebleven, maar ‘heft’ juist de stijging in recreatieve gebruikers de daling in afhankelijke gebruikers op, of andersom. Het lijkt erop dat er in sommige regio’s al sprake was van een relatief kleine groep van GHB-afhankelijke gebruikers die met regelmaat op de SEH belanden, waar er in de afgelopen paar jaar enkele bij zijn gekomen. Deze lijken te zijn voortgevloeid uit de groep recreatieve gebruikers, maar hebben het gebruik niet meer onder controle.

“Sommige van de patiënten met een GHB-afhankelijkheid die frequent op de SEH belanden zagen we jaren geleden ook al, maar daar zijn er nu wel een paar bij gekomen. Daarnaast valt het op dat de ‘recreatieve’ gebruikers vaker al geofende GHB-gebruikers zijn, die regelmatig gebruiken in plaats van af en toe.”

(Medisch personeel)

In de controleregio’s wordt in sommige gevallen ook een afname in het aantal presentaties van GHB op de SEH waargenomen.

- Een belangrijke reden die hiervoor gegeven wordt is een verslechtering van het imago van GHB bij uitgaanders in sommige regio’s. Na een campagne waarbij de nadruk lag op het gevaar van bewustzijnsverlies (‘outgaan’) lijkt het GHB-gebruik onder uitgaanders afgenomen te zijn. Preventiewerkers in zowel signaal- als controleregio’s geven aan dat GHB onder het uitgaanspubliek vooral als een ‘loserdrug’ wordt gezien. Andere drugs zoals ecstasy, ketamine en lachgas zijn populairder onder deze groep, en gebruik van deze drugs lijkt wel toegenomen.
- Een andere reden voor een daling van SEH-presentaties is het beschikbaar zijn van betere protocollen voor GHB-incidenten, bij medisch personeel en andere hulpverlenende instanties. Het gaat onder meer om het protocol voor de detoxificatie van GHB en de behandeling na detoxificatie^f dat in 2013 werd opgesteld door het Nijmegen Institute for Science-Practitioners in Addiction (NISPA) en waarvan een revisie verscheen in 2016.
- Ook hebben verschillende hulpverleners veel ervaring opgebouwd met de eerste opvang bij GHB-incidenten. In een aantal regio’s is al jarenlang sprake van een groep afhankelijke gebruikers. Hulpverleners hebben deze vaste kern inmiddels leren kennen en weten beter hoe ze met deze groep om moeten gaan.

^f Kamal R, Dijkstra BAG & DeJong CAJ (2012). Protocol GHB-detoxificatie in klinische setting. Practice-based aanbevelingen voor de detoxificatie van patiënten met een stoornis in het gebruik van GHB. Nijmegen: NISPA.

“Outgaan drukt een stempel op de feeststemming. GHB lijkt daardoor ook in het uitgaansleven minder geaccepteerd. Dat was *not done* om te doen, en ik heb het idee dat dat nog steeds zo is.” **(Preventiewerker)**

Er zijn ook regio's en ziekenhuizen die aangeven dat er zelden tot nooit sprake was van een GHB-presentatie in welke vorm dan ook, en dat dat nog steeds zo is. In deze gebieden lijkt GHB wel op zeer kleine schaal recreatief gebruikt te worden, maar vraagt de problematiek rondom andere drugs en alcohol meer de aandacht.

5.2 Profiel van de GHB-gebruiker

In de praktijk worden drie groepen GHB-gebruikers herkend: GHB-afhankelijke en recreatieve GHB-gebruikers, met daartussen een groep die meer en frequenter gebruikt dan recreatieve gebruikers, maar (nog) niet alle kenmerken van afhankelijkheid vertonen, zoals een duidelijke impact van het gebruik op het dagelijks functioneren. Zij worden omschreven als een 'vrij onzichtbare groep GHB-gebruikers die van sporadisch naar problematisch GHB-gebruik zijn gegaan, maar tot dusver buiten beeld van hulpdiensten zijn gebleven'.

- Het profiel van de groep met een afhankelijkheid van GHB-afhankelijk lijkt homogener dan dat van de recreatieve gebruiker qua geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en sociaaleconomische klasse.
- Voor alle groepen geldt dat GHB veel gecombineerd wordt met andere drugs en alcohol. Uitsluitend GHB-gebruik lijkt iets meer voor te komen bij de groep afhankelijke GHB-gebruikers, vooral als er geen financiële middelen zijn om te (blijven) combineren.

Deze drie groepen lijken in vrijwel alle regio's aanwezig te zijn, al verschilt de perceptie van de omvang van de groepen evenals de verhouding ten opzichte van elkaar. In sommige regio's is een verschuiving gaande van de verhouding tussen de groepen.

Recreatieve gebruikers van GHB zijn in alle regio's aanwezig, meestal op beperkte schaal door het slechte imago van GHB. Het betreft mannen en vrouwen, over het algemeen tussen de 20 en 40 jaar, van verschillende opleidingsniveaus en veelal goed functionerend in de maatschappij. Deze groep neemt GHB op feestjes en tijdens het uitgaan, en gebruikt GHB om 'af te koelen' na een feest waarop ze ook ecstasy, cocaïne of speed gebruikten. Soms wordt GHB gebruikt als lustopwekkend middel bij seks. Er bestaan regionale verschillen in het imago van GHB:

- In de regio's waar GHB een negatief imago heeft lijkt GHB-gebruik onder uitgaanders te verminderen.
- In een beperkt aantal signaalregio's en controleregio's bestaat echter het vermoeden dat het recreatieve gebruik van GHB onder het uitgaanspubliek toeneemt. GHB-gebruik wordt hier tijdens het uitgaan steeds 'normaler' gevonden.

“Ik zie dat het meer gebruikt wordt in het uitgaansleven, dat het normaler is om te gebruiken en dat de groep die het gebruikt steeds groter en jonger wordt.” **(Medisch personeel)**

“Wij zien minder recreatieve GHB-presentaties op de SEH dan voorheen. Het aantal patiënten dat per ongeluk een overdosis neemt tijdens een feestje en op de SEH belandt is nu verminderd.” **(Medisch personeel)**

Van belang is om te benadrukken dat de groep recreatieve GHB-gebruikers moeilijk in beeld te brengen is. Slechts een klein deel van deze groep komt met hulpdiensten in aanraking, voornamelijk bij een overdosis waarbij zij medische hulp zoeken. GHB-gebruikers maken zelden gebruik van een DIMS⁹ testservice om GHB te laten testen. Schattingen over de omvang van de lokale groep recreatieve gebruikers zijn daarom lastig te maken.

Afhankelijke GHB-gebruikers vormen een relatief kleine, maar hardnekkige groep in een aantal regio's. Zij komen naar verhouding vaker en met meer verschillende (hulp)diensten in aanraking en zijn daarom beter in beeld. De meeste regio's melden dat het grootste aandeel van de gezondheidsincidenten is toe te schrijven aan de groep afhankelijke GHB-gebruikers.

- Het betreft voornamelijk jonge mannen, met een leeftijd tussen de 20 en 35 jaar, die (sterk) verminderd functioneren in de maatschappij, vaak problemen hebben op meerdere maatschappelijke gebieden, en herhaaldelijk in aanraking komen met hulpdiensten.
- Gebruik vindt thuis plaats, op straat, of samen met andere gebruikers in een besloten groep.
- Er is vaak, maar niet altijd, sprake van meervoudige problematiek op verschillende fronten (zoals dakloosheid en meldingen bij Veilig Thuis), waar de GHB-afhankelijkheid als extra complicerende factor is bijgekomen.
- Er zijn echter ook afhankelijke GHB-gebruikers die voorheen goed functioneerden in de maatschappij, en volledig zijn afgeleden door het GHB-gebruik.

Uit de interviews komt het beeld naar voren dat kwetsbare personen met een lage sociaaleconomische status, een hogere werkloosheid in de regio, en met een traumatische voorgeschiedenis vatbaarder zijn voor verslavingen zoals aan GHB. Het zou echter onterecht zijn om te concluderen dat GHB-afhankelijkheid exclusief toebehoort aan 'kwetsbare mensen buiten de Randstad die uitzichtloos in de maatschappij staan en een gebrekkige opvoeding hebben gehad.'

“Ik herken de afhankelijke GHB-gebruiker aan de dikte van het dossier. Deze persoon heeft vaak al een lange weg bewandeld op het zorgpad.” **(Maatschappelijke opvang)**

“Deze groep gebruikt GHB om te ontsnappen aan hun realiteit.” **(Medisch personeel)**

“Over het algemeen wordt 'het GHB-probleem' gezien als iets wat aan laag opgeleide mensen met weinig kansen toebehoort. Maar GHB-gebruikers kunnen ook jong, succesvol, hoogopgeleid en goed functionerend zijn.” **(Medisch personeel)**

⁹ DIMS = Drugs Informatie en Monitoring Systeem, een landelijk netwerk van inleverpunten bij de preventieafdeling van verslavingszorginstellingen waar gebruikers een drugssample kunnen inleveren en geflankeerd door een preventieboodschap informatie krijgen over de samenstelling.

"[De van GHB-afhankelijke gebruiker, red.] kon goed verwoorden wat het probleem was en was verbaal sterk. Hij had een verleden waarin hij goed gesetteld en financieel onafhankelijk was. Hij functioneert niet meer, maar deed dat wel." (**Gemeente**)

Problematisch GHB-gebruik, waarmee wordt bedoeld dat het gebruik zo regelmatig is dat de gebruiker zijn leven al moet aanpassen vanwege een sterke behoefte om telkens een nieuwe dosis GHB te nemen, zit tussen recreatief gebruik en afhankelijkheid in. De problematisch GHB-gebruiker functioneert nog in de maatschappij en kan het gebruik verbergen voor de omgeving en de hulpdiensten. Deze groep dreigt af te glijden en in de groep afhankelijk gebruikers terecht te komen.

"De nieuwe aanwas komt eraan. We merken nu al dat er meer problematische GHB-gebruikers zijn." (**Maatschappelijke opvang**)

Combinatiegebruik

De geïnterviewden bemerken dat GHB opvallend veel wordt gecombineerd met andere drugs:

- Bij de groep *recreatieve* gebruikers wordt GHB op feestjes en festivals veel gecombineerd met andere bekende partydrugs, zoals ecstasy en amfetamine, maar ook met alcohol. Daarnaast wordt GHB vaak gebruikt om 'af te koelen' tijdens een afterparty of thuis, nadat er op het feest stimulerende middelen ('uppers') zijn genomen.
- Gebruik van alleen GHB, zonder andere middelen, komt wel voor onder de recreatieve gebruikers, maar dit is dan met name in combinatie met experimentele seks tussen stellen, of voor seksfeestjes.
- De groep *afhankelijke* GHB-gebruikers combineert GHB vooral met amfetamine, voornamelijk om de tegengestelde effecten van beide drugs in 'balans' te brengen. Wanneer de GHB zorgt voor verminderd bewustzijn of de gebruiker dreigt *out* te gaan, wordt een beetje amfetamine gebruikt om dit te voorkomen. Andersom wordt er GHB gebruikt om de effecten te dempen als de gebruiker na het innemen van amfetamine overgestimuleerd raakt.
- Uitsluitend gebruik van GHB zonder andere middelen komt bij GHB-afhankelijke gebruikers ook wel voor, maar beperkt zich met name tot de gebruikers die geen financiële ruimte (meer) hebben om te kunnen combineren. GHB is namelijk relatief goedkoop.

5.3 Zorgen om GHB

GHB is een drug om je zorgen over te maken.

Dat vinden zowel geïnterviewden die een toename zien in het aantal GHB-incidenten of GHB-afhankelijken in hun werkveld, als geïnterviewden die de GHB-problematiek beschrijven als stabiel sinds jaren of zelfs op zijn retour. Er zijn zorgen op vele vlakken:

- De potentie van de drug, de hoge verslavingsgevoeligheid, de mate van ontregeling bij een afhankelijkheid en de onderschatting van dit gevaar worden als het meest zorgelijk ervaren.
- Ook de hoge mate van terugval na detoxificatie wordt vaak genoemd.
- Daarnaast wordt het zorgelijk gevonden hoe goedkoop en makkelijk verkrijgbaar het middel is. Over het algemeen geldt dat een lage prijs en eenvoudige verkrijgbaarheid faciliterende factoren zijn in drugsgebruik.

- Ook de hoge kosten voor de maatschappij doordat de van GHB-afhankelijke gebruiker veelvuldig en met verschillende sociale hulpdiensten in aanraking komt, is zorgelijk.
- Als laatste worden zorgen geuit over de onbekende omvang van een 'onzichtbare groep' problematische GHB-gebruikers die regelmatig gebruiken en gebruik niet meer onder controle hebben, maar het gebruik wel nog weten te verbergen voor hun omgeving.

"Als je weinig in de buidel hebt, maar wel van de wereld moet raken, is GHB ideaal."
(Maatschappelijke opvang)

"Een mixdrankje is duurder dan een buisje GHB." **(Medisch personeel)**

"Ik maak me met name zorgen om de onwetendheid over gecombineerd gebruik en de effecten van GHB. We vragen wel aan de gebruiker of ze bewust zijn van de risico's van GHB-gebruik, en soms krijgen we een geïrriteerd 'Jahaaa' als antwoord, maar als je doorvraagt blijken ze eigenlijk niet te weten wat de risico's zijn."
(Preventiewerker)

In de regio's waar de aantallen incidenten of de ontwikkeling van GHB-gebruik geen directe aanleiding tot bezorgdheid is, worden zorgen geuit over de potentie van de drug en over de onwetendheid van gebruikers met betrekking tot de gevaren van overdosis en combinatiegebruik.

"Ik maak me om GHB *an sich* wel zorgen. Hoe gek iemand ervan kan worden, en hoe uitzichtloos het kan zijn. Ik raad alle drugs af, maar als iemand het over GHB heeft ben ik extra op mijn hoede." **(Preventiewerker)**

"Het is een behoorlijk ernstige verslaving, met een heel hoog recidive gehalte. Het feit dat het makkelijk te krijgen is, goedkoop is en dat mensen extreem geïsoleerd raken uit hun normale context is heel zorgelijk." **(SEH-arts)**

In de regio's waar sprake is van een (kleine maar) hardnekkige groep afhankelijke GHB-gebruikers, lijken de zorgen om onwetendheid of verslavingsgevoeligheid voorbij. Hier gaat de aandacht vooral uit naar de continue terugval, de mate van ontregeling bij het individu en de omgeving van de gebruiker die de afhankelijkheid mede in stand houdt.

- Vanwege de hoge mate van terugval bij GHB voelt het behandelen van een GHB-afhankelijkheid soms als 'water naar de zee dragen.' Door de heftige onttrekkingsverschijnselen is afkicken van GHB moeilijk vol te houden, waardoor voortijdige uitstroom uit de behandeling geregeld voorkomt.
- Dit heeft ook te maken met de beperkte mogelijkheden om deze gebruiker snel en op maat gemaakte zorg aan te kunnen bieden.
- Omdat de afhankelijke GHB-gebruiker deze zorg niet of niet snel genoeg kan krijgen, worden herhaaldelijk maatschappelijke kosten gemaakt door instanties welke niet toegerust zijn op het opvangen van een verslaafde, zoals de ambulance en de politie.
- Als de detoxificatie wel succesvol is geweest, is vaak de omgeving waarin een gebruiker oorspronkelijk is begonnen met GHB gebruiken niet of onvoldoende veranderd. Dit kan ook bijdragen aan terugval.

Er lijkt zich bij een GHB-afhankelijkheid een cyclus te vormen van herhaaldelijk gemaakte maatschappelijke zorgkosten, zonder blijvende uitstroom uit het zorgcircuit. Op de financiële druk die dit geeft op de Nederlandse hulpinstanties wordt verderop in dit rapport ingegaan.

"Iemand klopt aan, maakt de stap om hulp te zoeken, maar er gaat tijd overheen of het papierwerk is niet in orde, en weg is-ie. Er wordt niet gauw genoeg iets gedaan. Op het moment dat de gebruiker zegt: 'Ik wil ervan af' moeten we ze eigenlijk de dag daarna al geplaatst hebben." **(Maatschappelijke opvang)**

"Historisch gezien is drugsgebruik altijd een golfbeweging. Ik denk dat GHB-gebruik ook een golfbeweging is. Maar als je hier niks mee doet, dan weet je niet hoe hoog de golf gaat worden. Hoe groot de schade dan is. Ik denk dat GHB forse schade kan geven, aan het individu en de maatschappij." **(Verslavingszorg)**

Tenslotte enkele zorgen over de 'problematische gebruikers', een groep die als zorgmijndend wordt gezien, omdat zij (nog) niet in aanraking komen met instanties of hulpverleners:

- Er is onduidelijkheid over de omvang van deze groep.
- Een belemmerende factor bij het in beeld krijgen is dat de gebruiker de omvang van zijn/haar GHB-gebruik vaak bagatelliseert of verhult, omdat het middel op veel plekken een slecht imago heeft. Verdere ontsporing van het gebruik is de opmaat tot GHB-afhankelijkheid.

"Ik bang dat er nog een groep is die we niet zien. GHB is pas een probleem als iemand out gaat, of minder gaat functioneren. Tot die tijd is de GHB-gebruiker buiten beeld van hulpverleners, en misschien ook van zijn omgeving. Ik denk dat die groep een stuk groter is dan we denken." **(Medisch personeel)**

"Recreatief gebruik kan heel lang goed gaan, maar uiteindelijk lopen ze tegen de lamp. Het grootste GHB-gebruik is denk ik (nog) niet zichtbaar. Ze weten wat ze moeten gebruiken om nog te functioneren." **(Maatschappelijke opvang)**

Een afhankelijkheid van GHB is wezenlijk anders dan van andere middelen

Vrijwel alle geïnterviewden beschouwen GHB als een zeer gevaarlijke drug, ook als het gebruik in de eigen regio niet zorgwekkend is. Een GHB-afhankelijkheid wordt opvallend vaak vergeleken met een heroïne- of andere opiaatafhankelijkheid. Maar waar de van heroïne afhankelijke gebruiker nog afhankelijk is van de dealer, kan een van GHB afhankelijke gebruiker zijn drug zelf maken. Daarnaast werd aangegeven dat de van GHB afhankelijke gebruiker een meer ontregeld en geïsoleerd bestaan lijkt te hebben, en nog moeilijker te bereiken en te motiveren is om af te kicken. Dit heeft er mede toe geleid dat GHB-gebruik een contra-indicatie voor maatschappelijke opvang kan zijn.

"Wat me opviel was dat de intensiteit van de GHB-verslaving veel heftiger was dan de opiaatverslaving. De rush is heel kort, dus je bent continu aan het gebruiken. Misschien is wel zo ernstig, dat je er niet tegen op kunt boksen. Dat idee kreeg ik van mijn cliënten in elk geval wel. Die waren alleen maar bezig met gebruik." **(Gemeente)**

"De GHB-gebruiker is zo verstoringend omdat ze niet aanspreekbaar zijn. Hun realiteitszin en verantwoordelijkheidsgevoel is er gewoon niet." **(Maatschappelijke opvang)**

"Ecstasy hoor ik veel meer, maar daar schrik ik minder van." **(Preventiewerker)**

Een afhankelijkheid van GHB wordt door de ondervraagden in de regio's die dit type gebruiker tegenkomen, als 'wezenlijk anders' omschreven dan een afhankelijkheid van andere harddrugs. Door het zeer frequente gebruik van GHB over de dag, waarbij de gebruiker elke paar uur een buisje moet nemen om niet te gaan onttrekken, is er nauwelijks een 'helder moment'. Een gesprek om beslissingen te nemen op het gebied van detoxificatie of het beperken van de schade van gebruik (*harm reduction*), is niet goed mogelijk.

"De afhankelijke GHB-gebruikers zijn moeilijk te helpen. Ze zijn doorlopend onder invloed, waardoor woorden niet aankomen en we ze niet kunnen bereiken. Dit proces van continu onder invloed zijn creëert afstand met andere bezoekers van ons centrum [die van andere drugs afhankelijk zijn, red.] Als ik wil weten of iemand GHB gebruikt heeft als ik met een groepje aan het praten ben, dan klap ik een keertje onverwacht keihard in mijn handen. Iedereen kijkt op of knippert. De GHB-er reageert helemaal niet." **(Maatschappelijke opvang)**

Ook op het gebied van functioneren en ontregeling wordt er opgemerkt dat er een afstand is tussen de van GHB-afhankelijke gebruiker en personen die afhankelijk zijn van andere drugs.

- Personen die afhankelijk zijn van cocaïne, amfetamine of cannabis kunnen over het algemeen nog wel tot op zekere hoogte functioneren, terwijl dit bij een GHB-afhankelijkheid in zijn geheel niet mogelijk lijkt te zijn.
- Het karakter van de GHB-afhankelijkheid, met weinig motivatie om te stoppen met gebruik, regelmatig verminderd bewustzijn, verwardheid en agressie, en de heftigheid van de onttrekking, draagt ertoe bij dat de huidige aanpak in de verslavingszorg voor de GHB-gebruiker ontoereikend is. Zo is motivatie bijvoorbeeld de belangrijkste pijler voor een succesvolle detoxificatie, en is het moeilijker om een gebruiker te motiveren als deze verminderd aanspreekbaar is.
- De agressie en verwardheid van de gebruiker kan de hulpverleners zelf in gevaar brengen. De heftige onttrekking bij GHB kan ertoe bijdragen dat de procedure voor detoxificatie voortijdig door de gebruiker wordt afgebroken, en deze weer op straat terecht komt.

Al deze aspecten lijken succesvolle verslavingszorg voor de GHB-gebruiker te bemoeilijken. Er is sterke behoefte aan een multidisciplinaire, sluitende, en voor het individu op maat gemaakte aanpak, waarbij heldere afspraken worden gemaakt over de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen.

"Doorzetten is lastig door de heftige afkickverschijnselen. Het komt vaker voor dat een GHB-er voortijdig de kliniek verlaat dan bij een detoxificatie van andere middelen." **(Verslavingszorg)**

"GHB is echt anders door het continue terugval proces, plus het van de wereld raken waardoor je half psychotisch over straat loopt, met agressieve uitingen. Dat continue

proces is bijna niet te onderbreken bij GHB. Tegen dit spul kun je niet aanwerken. Na 30 jaar voelt dat echt zo voor mij.” **(Maatschappelijke opvang)**

Een lichtpuntje is dat de afhankelijkheid van een gebruiker zich vaak zó snel ontwikkelt, dat een deel van de sociale omgeving nog intact en hoopvol gestemd is. Sociale steun uit dit netwerk kan bijdragen aan het voorkómen van terugval na een detoxificatie.

Zorgen over een normalisering van drugsgebruik

Het merendeel van de geïnterviewden ziet dat in een brede groep van uitgaanders het taboe rondom gebruik verminderd is. Er wordt makkelijker over het eigen drugsgebruik en er is minder terughoudendheid om zichtbaar onder invloed te zijn van middelen.^h Het slikken van een ecstasypilletje ervaren jongeren niet meer als raar of illegaal. En dat geldt ook voor het recreatieve gebruik van GHB. In vrijwel alle regio's wordt opgemerkt dat het gebruik van GHB tijdens of na het uitgaan niet als vreemd gezien wordt, ook al lijkt gebruik in een aantal regio's hooguit op kleine schaal voor te komen.

“Het is normaler om GHB te gebruiken, gewoon in de kroeg. Soms komen ze al met 18-19 jaar bij ons binnen met acute GHB-intoxicaties, vaak in combinatie met alcohol.” **(Medisch personeel)**

Opvallend is ook dat GHB over het algemeen niet als een 'coole' drug wordt gezien, maar overwegend een slecht imago heeft:

“Net als bij heroïne roept GHB het beeld op van een junk en kapotgaan. Wellicht dat jongeren daardoor wat meer terughoudend zijn in het gebruik van GHB. Een groep die al vatbaar is voor verslaving is kwetsbaarder.” **(Preventiewerker)**

Dit negatieve imago kan ertoe bijdragen dat GHB-gebruik door de gebruiker gebagatelliseerd of verhuld wordt. Daarnaast kan een onderschatting van de gevaren van de drug ertoe bijdragen dat er een nonchalante houding wordt aangenomen ten opzichte van gebruik. Deze nonchalance over het eigen gebruik van GHB lijkt zich niet te beperken tot de recreatieve gebruiker.

“De nonchalante houding van de afhankelijke GHB-gebruiker als hij voor de zoveelste keer wakker wordt op de SEH is opvallend. Naast hem ligt een patiënt die, niet door eigen toedoen, vecht voor zijn leven, en hij doet dit zichzelf meermaals aan en lijkt het geen probleem te vinden.” **(Medisch personeel)**

GHB in de media

GHB haalt regelmatig de televisie, zoals in de vierdelige documentaireserie 'Tygo in de GHB' waarin enkele GHB-gebruikers met een zware afhankelijkheid werden geportretteerd. Het geschetste beeld is volgens de ondervraagden een goede weerspiegeling van de werkelijkheid: de schaduwkant van extreem GHB-gebruik, de bijna niet te doorbreken cyclus van gebruik en het isolement van de gebruiker.

^h Goossens, F.X. & Van Hasselt, N.E. (2015). Strategische Verkenning Uitgaansdrugs 2015: Denkrichtingen voor de preventie van (gezondheidsschade door) het gebruik van uitgaansdrugs onder jongeren en jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Regio's waarin de GHB-problemen beperkt zijn beoordeelden de beeldvorming in de media als te eenzijdig en te ongenueanceerd. De weergave van het heftige beeld van de afhankelijke GHB-gebruiker kan ertoe bijdragen dat sporadische incidenten met GHB 'opgeblazen worden' en soms moeilijk in perspectief te plaatsen zijn. Ook was voor sommigen de documentaire een *ver-van-mijn-bed-show*, omdat zij aangaven weinig tot nooit met deze extreme GHB-afhankelijkheid in aanraking te komen in hun werk.
- Regio's die meer met recreatief GHB-gebruik te maken zeggen te hebben, vermoeden echter dat het beeld in de media een onderbelichting is van het probleem. Zo is er relatief weinig aandacht voor de stadse, recreatieve gebruiker en het gebruik van GHB als 'partydrug.' Hierdoor wekt het mediabeeld volgens hen de illusie dat GHB alleen een 'plattelandsprobleem is' en alleen 'vat heeft op de hopeloze gevallen.'

"In de media is weinig aandacht voor het afglijden van een functionerend mens naar een iemand met een GHB-afhankelijkheid die totaal buiten de maatschappij is komen te staan." **(Medisch personeel)**

- Ook de regio's waar relatief veel GHB-afhankelijkheid voorkomt, vermoeden dat het mediabeeld een onderschatting van het probleem weergeeft. De afhankelijke gebruiker thuis wordt volgens hen goed in beeld gebracht, maar het beeld van de overlast voor de omgeving en de omvang van de inzet van hulpdiensten wordt maar matig belicht. Opvallend is ook dat juist in deze regio's het beeld van de recreatieve GHB-gebruiker niet herkend wordt.

"De media laat wel vaak alleen de huiselijke sfeer zien. De thuisgebruikers. Ze laten niet de situaties zien die ik in mijn werk tegenkom, zoals de schreeuwende gebruiker op straat of de moeder die beide kinderen moet afstaan aan Veilig Thuis." **(Medisch personeel)**

"Ik herken het beeld van de recreatief gebruikende jongeren niet echt. Ik ken niemand die onschuldig is begonnen met recreatief GHB, en daarna ontspoord is. Die zie ik niet. Ik zie allemaal mensen waarvan we al wisten dat ze overlast bezorgden en die al onderdeel van een problematische groep waren." **(Politie)**

5.4 Knelpunten in het zorgsysteem

Zaken die succesvol en langdurig afkicken het meest bemoeilijken zijn volgens de geïnterviewden de lage motivatie van de gebruiker, de lange wachttijden in de verslavingszorg, het complexe administratieve proces om een gebruiker op te kunnen laten nemen in een afkickkliniek, de nieuwe privacywetgeving die uitwisseling van persoonsgegevens beperkt, en het terugplaatsen van de gebruiker in een onaangepaste omgeving na detoxificatie.

- De afhankelijke GHB-gebruiker blijkt bijzonder moeilijk te motiveren te zijn om af te kicken. Deze GHB-gebruiker is 'vluchtig' en 'zorgmijndend' en vaak wordt de ernst van de afhankelijkheid onderschat door de gebruiker. Niet alleen bestaat bij de meeste gebruikers de motivatie niet om af te kicken, als deze motivatie er is lijkt deze van zeer korte duur te zijn. De lange wachttijden in de verslavingszorg vormen op dat moment een probleem, omdat de GHB-gebruiker door een beperkt

aantal plekken in de kliniek meestal niet direct opgenomen kan worden voor detoxificatie. Ook in de tijd die nodig is om de volledige administratie voor een opname in de kliniek op orde te krijgen worden er gemotiveerde gebruikers verloren.

"En als je hem dan uiteindelijk in de 'ja'-stand hebt om af te kicken loop je vervolgens tegen een heel scala aan praktische problemen aan. Iemand moet ingeschreven staan, iemand moet een zorgverzekering hebben, iemand moet een huisarts hebben, iemand moet een verwijzing van de huisarts hebben... En daarna komt dan de wachtlijst van de GGZ. Soms zit daar maanden tussen, en daar raak je echt mensen in kwijt."

(Gemeente)

"We hebben een verslavingszorgsysteem dat gekort en uitgehold wordt, terwijl je deze mensen acuut moet kunnen helpen." **(Maatschappelijke opvang)**

- Een probleem dat samenhangt met de lange wachttijden in de verslavingszorg, is dat de overlast gevende gebruiker het probleem wordt van een andere instantie die niet toegerust is op het omgaan met verslavingen, zoals de spoedzorg of de politie. De spoedzorg moet deze mensen als ze buiten levensgevaar zijn weer ontslaan, en de politie kan in de meeste gevallen de afhankelijke gebruiker niet vasthouden. De conclusie die daarbij wordt gegeven door een meerderheid van de respondenten is dat er 'geen goede plek is om deze mensen op te vangen,' en dat zij 'tussen wal en schip' belanden.

"De verslaafde heeft over het algemeen geen spoedzorg nodig, maar wel structureel psychiatrische of verslavingszorg. Op dit moment is de GGZ daar niet goed genoeg voor geëquipeerd." **(Medisch personeel)**

- Een knelpunt dat bijdraagt aan de hoge mate van terugval bij GHB, is het na detoxificatie terugplaatsen van de gebruiker in zijn oude omgeving. De omgeving waarin het GHB-gebruik is begonnen en uit de hand liep, is niet aangepakt of veranderd. Dit kan zorgen voor een frustrerende cyclus van symptoombestrijding van verschillende hulpdiensten, zonder de oorsprong van de GHB-afhankelijkheid aan te pakken.

"Terugkeren na het afkicken naar je eigen omgeving waar je met dezelfde problemen, mensen en situaties te maken krijgt, is funest. Je schuld is nog net zo hoog, je thuissituatie is nog hetzelfde, je wereld is nog net zo klein, en jouw coping-stijlen zijn ook niet veranderd. Hoe kun je dan uit de cyclus van gebruik stappen?"

(Preventiewerker)

Door het NISPA zijn in 2016 aanbevelingen gedaan voor een beter op elkaar afgestemde aanpak in het ketenzorgsysteem bij GHB-problematiekⁱ, maar het merendeel van de ondervraagden geeft aan hier niet van op de hoogte te zijn, of dat de implementatie van deze aanbevelingen onvoldoende is. De wens om deze multidisciplinaire aanpak structureel te bewerkstelligen lijkt landelijk aanwezig te zijn, maar het gevoel van urgentie verschilt wel tussen regio's. Zo wordt het in regio's waar weinig tot geen GHB-

ⁱ Otte R.A., Verbrugge C.A.G., Dijkstra B.A.G. (2016). Aanbevelingen voor ketenzorg bij GHB-gerelateerde problemen. Nijmegen: NISPA. Boekengilde Enschede.

gebruik lijkt plaats te vinden beschouwd als een goed idee, maar heeft de implementatie geen prioriteit boven andere drugsgelateerde agendapunten. In andere regio's waar recreatief en problematisch GHB-gebruik lijkt toe te nemen, is deze multidisciplinaire aanpak voor een deel in gang gezet. Soms in samenwerking met andere instanties, soms binnen de eigen instantie. In de regio's waar verschillende hulpinstanties vrijwel dagelijks met GHB-afhankelijkheid in aanraking komen, lijkt een sluitende aanpak tussen verschillende ketenpartners een absolute noodzaak.

"Sinds een aantal jaar zien we presentaties van GHB op de eerste hulp. Die zagen we hiervoor überhaupt niet. We zijn nu wel aan het kijken hoe we daarmee om moeten gaan. De intoxicaties lijken ernstiger, maar het kan ook zijn dat ze eerder naar ons toe worden gebracht. We zien nu ook soms presentaties van onttrekking. Eerst was dit incidenteel, nu zien we ze structureel. GHB op de SEH heeft nu dusdanig vorm gekregen dat we er intern afspraken over moeten maken. Er is binnen ons ziekenhuis een werkgroep bezig om tussen verschillende afdelingen te bepalen wie welke verantwoordelijkheden heeft." **(Medisch personeel)**

"Er is geen goede aansluiting tussen het ziekenhuis en psychiatrie/ verslavingszorg. Daarin kan heel veel verbeterd worden. Groeioverleg, structuur opbouwen, en elkaar beter weten te vinden. Dat begint met dezelfde taal spreken. Acut is bij ons binnen een minuut, maar bij de GGZ kan dringende zorg iets zijn waar je dagen of weken op wacht. Dus wat is acut? We moeten weten van elkaar hoe dat werkt." **(Medisch personeel)**

"We moeten met meerdere partijen om de tafel. Spoedzorg, politie, daklozenopvang, verslavingszorg, buurtcentrum... Het beeld van de gebruikers wordt wel helderder, maar het plan is onduidelijk. Wie doet wat voor deze persoon?" **(Gemeente)**

- Een onderwerp dat opvallend vaak wordt aangeduid als bottleneck voor deze multidisciplinaire aanpak is de privacywetgeving. Door de beperking van het uitwisselen van persoonsgegevens tussen de instanties is het vaak onduidelijk welke stappen al (herhaaldelijk) zijn doorlopen voor dezelfde persoon, en welke gebruiker recent met een instantie te maken heeft gekregen en hoe vaak. Dit maakt het bijzonder moeilijk om een sluitende en op maat gemaakte multidisciplinaire aanpak voor een specifieke gebruiker te ontwikkelen, al lijken er mogelijkheden te zijn om dit probleem te overbruggen binnen de huidige privacywetgeving.

Zorgkosten en inzet van hulpdiensten

De van GHB afhankelijke gebruiker maakt relatief veel gebruik van hulpdiensten en sociale instanties ten opzichte van gebruikers die afhankelijk zijn van andere drugs. Hierdoor kan een regio al grote problemen ervaren met de inzet en capaciteit van bijvoorbeeld de ambulance en politie door een relatief kleine groep afhankelijke gebruikers.

"We hebben één patiënt die iedereen bij voornaam kent. Die komt soms wel drie keer op een dag. Deze patiënt is altijd comateus, en aan het onttrekken bij het ontwaken. We zien deze patiënt een paar keer per week. Als we de patiënt een poosje niet zien, is dat omdat deze ergens anders opgenomen is." **(Medisch personeel)**

Op de spoedeisende hulp kost vooral de regelmatigheid waarmee dezelfde gebruiker op de SEH wordt binnengebracht, evenals de lange ligduur, veel financiële middelen en personeelscapaciteit. Bij de afhankelijke gebruiker die op de SEH belandt, moet ook regelmatig beveiliging worden ingezet omdat de kans aanzienlijk is deze bij het ontwaken verward, geagiteerd of agressief is. Dit aan GHB-afhankelijkheid gerelateerde gedrag zorgt er ook voor dat bij onwelwordingen op straat waarbij GHB betrokken is altijd de politie meegestuurd wordt. Ook zorgt deze groep gebruikers voor relatief veel overlast op straat ten opzichte van andere drugsgebruikers.

“Het is eigenlijk best een kleine groep gebruikers, maar we hebben er veel last van. In totaal zijn het er misschien minder dan een dozijn, en van enkele hiervan krijgen we erg veel meldingen. Heel weinig mensen die heel veel overlast produceren. En dan tel ik de overlast van de dealers niet eens mee, dit zijn alleen de gebruikers.” **(Politie)**

Ook de verslavingszorg geeft aan dat de kosten voor de zorg voor een afhankelijke GHB-gebruiker niet in verhouding staan tot de kosten voor een van andere drugs afhankelijke gebruiker. De hoge terugval bij GHB drukt enorm op het budget van de verslavingszorg. Verreweg de meeste opgenomen patiënten lukt het niet om de behandeling de eerste keer af te maken, of clean te blijven na detoxificatie⁷. Daarnaast brengt de detoxificatie van een afhankelijke GHB-gebruiker op zichzelf hogere kosten met zich mee dan de detoxificatie van bijvoorbeeld een cocaïneafhankelijkheid, omdat er een ander protocol gevolgd wordt voor GHB-detoxificatie.

“Voor GHB-detox hanteren we een wezenlijk ander protocol met één-op-één verpleging. Het vraagt veel meer van onze professionele inzet, en van onze financiële inzet. Ik krijg hetzelfde bedrag per cliënt, maar een GHB-detox kost meer.” **(Verslavingszorg)**

“We hebben er nu ééntje clean, van de tien tot vijftien die naar de kliniek zijn gegaan. De rest is allemaal teruggevallen.” **(Gemeente)**

In een beperkt aantal signaalregio's en controleregio's lijkt er sprake van een hardnekkige groep afhankelijke GHB-gebruikers. Omdat GHB-gebruik ook vaak achter de voordeur plaatsvindt^j, is de precieze omvang van deze groep vaak onduidelijk. In de meeste gevallen lijkt het om een relatief kleine groep te gaan, van enkele tot enkele tientallen gebruikers. Ondanks de vermoedelijk beperkte omvang, is deze groep verantwoordelijk voor een relatief groot aandeel van de meldingen voor overlast op straat, gebruik van maatschappelijke opvang, verslavingszorg, en medische zorg in de ambulance en op de spoedeisende hulp. De inzet van hulpdiensten groeit exponentieel met het aantal afhankelijke GHB-gebruikers. Hierdoor kan een groei van enkele gebruikers al zorgen voor een regionaal probleem waar veel partijen last van hebben, terwijl het totale aantal GHB-gebruikers nog steeds relatief klein kan zijn ten opzichte van andere drugsgebruikers. Dit is een belangrijk aspect om mee te nemen bij de definitie van de grootte van een 'drugsprobleem' in een regio.

^j Nijkamp, L. & Lemmers, L. (2018) Bezieling en bereikbaarheid: De aanpak van drugsproblematiek en GHB-problematiek in het bijzonder in de gemeente Twenterand. Utrecht: Trimbos-instituut.

“Ik kan me voorstellen dat als je meerdere afhankelijke gebruikers hebt in je regio, dat je dan een groot probleem hebt. Ik heb er twee gezien, maar als je er daar tien van hebt, dan is dat niet te doen. Dat is zo intensief.” **(Gemeente)**

“Wij zien ze niet zoveel, de GHB-verslaafden. Maar toch zijn we met een klein aantal al heel druk. We maken ons niet zoveel zorgen om GHB omdat we geen toename zien, maar die mag er ook echt niet komen.” **(Gemeente)**

Preventie en beleid

Regionaal zijn er verschillen in preventiestrategieën en beleid ter voorkoming van drugs- en GHB-problematiek.

- In de signaalregio's werken verschillende partijen samen in projecten gericht op drugs- en alcoholpreventie in het algemeen, maar er zijn niet altijd aparte plannen voor GHB.
- In de controleregio's waar de GHB-problematiek kleinschalig is maar in opkomst lijkt te zijn, beginnen partijen elkaar beginnen op te zoeken om een multidisciplinaire aanpak te bewerkstelligen, waarin ook specifiek aandacht wordt besteed aan GHB bij preventie en voorlichting.
- In de regio's met langduriger problematiek op het gebied van GHB, lijkt multidisciplinair overleg en een plan van aanpak op het gebied van preventie en beleid een absolute noodzaak. Dit is in meer of mindere mate al bewerkstelligd in de vorm van een beleidsplan of preventiestrategie.

5.5 Samenvatting en conclusies

De interviews met sleutelfiguren uit de signaalregio's (Rotterdam, Utrecht, Amsterdam en Nijmegen) en controleregio's (Alkmaar, Groningen/Friesland, Zeeland en Limburg) geven een indruk van de lokale situatie, maar zijn niet geschikt om harde conclusies te trekken over drugs- en GHB-problematiek in de deelnemende regio's, noch in het hele land.

- De geïnterviewden zagen allen de afgelopen jaren een **stijging in het aantal drugsgelateerde incidenten**. Welke drug de grootste bijdrage levert aan de groei, verschilt.
- Sommige ziekenhuizen merken dat het aantal GHB-gelateerde incidenten sneller stijgt dan andere drugs, in andere ziekenhuizen stijgen GHB- en drugsincidenten even hard en in een derde groep ziekenhuizen is het aantal GHB-incidenten naar verhouding juist afgenomen.
- In de *signaalregio's* zijn verschillende oorzaken voor een waargenomen stijging van GHB-incidenten: er is sprake van hoger recidive-gehalte (zelfde persoon komt vaak terug), het aantal regelmatige gebruikers is gestegen en ook het aantal recreatieve gebruikers neemt toe.
- Sommige ziekenhuizen in de signaalregio's zien echter geen stijging, maar een stabilisering van het aantal GHB-incidenten. Er zijn dus niet alleen *tussen regio's*, maar ook *binnen regio's* verschillen.
- Ook in de *controleregio's* lijken sterke regionale verschillen te bestaan in het aantal presentaties met GHB op de SEH ten opzichte van een aantal jaar geleden.
- In ziekenhuizen waar sprake lijkt van een afname van GHB-incidenten wordt gesuggereerd dat dit zou kunnen samenhangen met een verslechtering van het imago van GHB bij sommige uitgaanders, beschikbaarheid van betere protocollen

voor GHB-incidenten bij medisch personeel en andere hulpverlenende instanties en de inmiddels opgebouwde ervaring met de eerste opvang bij GHB-incidenten.

- Er zijn ook regio's en ziekenhuizen die aangeven dat er zelden tot nooit sprake was van een GHB-presentatie in welke vorm dan ook, en dat dat nog steeds zo is. Hier vraagt de problematiek rondom andere drugs en alcohol meer de aandacht.

In de praktijk worden **drie groepen GHB-gebruikers** herkend:

- Gebruikers die afhankelijk zijn van GHB: een relatief kleine, maar hardnekkige groep in een aantal regio's. Zij komen naar verhouding vaker en met meer verschillende (hulp)diensten in aanraking en zijn daarom beter in beeld. Vaak, maar niet altijd, is sprake van meervoudige problematiek op verschillende fronten.
- Recreatieve GHB-gebruikers: de omvang is moeilijk te schatten want slechts een klein deel van deze groep komt met hulpdiensten in aanraking.
- Problematische gebruikers (tussen recreatief en afhankelijk in): meer en frequenter gebruik, maar (nog) niet met alle kenmerken van afhankelijkheid, zoals een duidelijke impact van het gebruik op het dagelijks functioneren. Ook dit is een vrij onzichtbare groep die nog functioneert nog in de maatschappij en het gebruik kan verbergen voor de omgeving en hulpdiensten.

Zorgen over GHB:

- GHB is goedkoop, makkelijk verkrijgbaar en wordt opvallend veel gecombineerd met andere drugs.
- GHB is een potente drug met hoge verslavingsgevoeligheid, een grote mate van ontregeling bij afhankelijkheid, een hoge mate van terugval na detoxificatie en onderschatting/ bagatellisering van het gevaar, wat een opmaat kan zijn tot GHB-afhankelijkheid.
- Zorgen bestaan over de onbekende omvang van een 'onzichtbare groep' problematische GHB-gebruikers.
- Een GHB-afhankelijkheid wordt vaak vergeleken met een heroïneverslaving, maar de van GHB afhankelijke gebruiker leidt nóg meer een ontregeld en geïsoleerd bestaan en is nóg moeilijker te bereiken en te motiveren om af te kicken. Door het zeer frequente gebruik van GHB over de dag (elke paar uur een buisje), regelmatig verminderd bewustzijn, verwardheid en agressie, en de heftigheid van de onttrekking is er nauwelijks een 'helder moment'. Een gesprek om beslissingen te nemen of om de gebruiker te motiveren om te stoppen met gebruik is niet goed mogelijk. Dit zijn redenen die ertoe bijdragen dat de huidige aanpak in de verslavingszorg ontoereikend is.
- De agressie en verwardheid van de gebruiker kan de hulpverleners zelf in gevaar brengen. GHB-gebruik is daarom soms een contra-indicatie voor maatschappelijke opvang. Door de heftige onttrekking bij GHB kan de patiënt een ingezette detoxificatie-periode ook voortijdig afbreken en weer op straat belanden.
- De hoge terugval bij GHB drukt enorm op het budget van de verslavingszorg.
- De van GHB-afhankelijke gebruiker komt ook veelvuldig met andere hulpdiensten in aanraking. Dat leidt tot grote belasting van de capaciteit van bijvoorbeeld de ambulance en politie door een relatief kleine groep afhankelijke gebruikers en hoge kosten voor de maatschappij.
- Een lichtpuntje is dat de afhankelijkheid van een gebruiker zich vaak zó snel ontwikkelt, dat een deel van de sociale omgeving nog intact is. Sociale steun kan bijdragen aan het voorkómen van terugval na een detoxificatie.

Afgezien van een lage motivatie van een GHB-gebruiker om af te kicken zijn er **knelpunten in het zorgsysteem** die behandeling bemoeilijken. De GHB-gebruiker belandt 'tussen wal en schip':

- Door lange wachttijden in de verslavingszorg en een complex administratief proces kan de GHB-gebruiker meestal niet direct opgenomen worden in een afkickkliniek.
- Dan wordt de overlast gevende gebruiker het probleem van een andere instantie die niet toegerust is op het omgaan met verslavingen, zoals de spoedzorg (die de patiënt weer ontslaat als deze buiten levensgevaar is) of de politie (die in de meeste gevallen de afhankelijke gebruiker niet kan vasthouden).
- De nieuwe privacywetgeving beperkt intussen de uitwisseling van persoonsgegevens tussen diensten.
- Als er toch detoxificatie heeft plaatsgevonden wordt de ex-gebruiker teruggeplaatst in de oude, onaangepaste omgeving. De kans op terugval is dan heel hoog en leidt tot een frustrerende cyclus van symptoombestrijding door verschillende hulpdiensten, zonder de oorsprong van de GHB-afhankelijkheid aan te pakken.
- Hoewel in 2016 aanbevelingen zijn gedaan voor een beter op elkaar afgestemde, multidisciplinaire aanpak in het ketenzorgsysteem bij GHB-problematiek^k, is het merendeel van de ondervraagden hier niet van op de hoogte, of de implementatie van de aanbevelingen is onvoldoende.

Regionaal zijn er verschillen in preventiestrategieën en beleid ter voorkoming van drugs- en GHB-problematiek. Multidisciplinair overleg en een plan van aanpak op het gebied van preventie en beleid zijn een absolute noodzaak.

^k Otte R.A., Verbrugge C.A.G., Dijkstra B.A.G. (2016). Aanbevelingen voor ketenzorg bij GHB-gerelateerde problemen. Nijmegen: NISPA. Boekengilde Enschede.

6. Discussie en conclusies

In deze quick scan is geïnventariseerd of er in Nederland sprake is van een explosieve toename van acute gezondheidsincidenten samenhangend met het gebruik van GHB, zoals eind 2018 in de media werd gesuggereerd.

- Daarvoor zijn de bestaande registratiegegevens geanalyseerd over drugs- en GHB-incidenten die van 2009-2018 zijn verzameld in de Monitor Drugsincidenten (MDI) van het Trimbos-instituut en het Letsel Informatiesysteem (LIS) van Veiligheid NL, zijn enquêtes uitgezet onder medewerkers van de spoedeisende hulp afdelingen van ziekenhuizen in Nederland en onder forensisch artsen, en zijn in signaal- en controleregio's diepteinterviews gehouden met 51 sleutelfiguren om achtergrondinformatie te verzamelen waarmee de gesignaleerde ontwikkelingen in GHB-incidenten in perspectief kunnen worden geplaatst.
- De quick scan heeft geenszins de illusie volledig te zijn of antwoord te kunnen geven op het absolute aantal GHB-incidenten dat in Nederland plaatsvindt, omdat de bronnen grotendeels bestaan uit schattingen, impressies en meningen van een aantal, maar lang niet alle, betrokken partijen en personen.
- Desalniettemin komt er een breed gedragen beeld van de GHB-problematiek in Nederland naar voren, waarin er grote zorgen bestaan over de acute en chronische gevolgen GHB-gebruik, zeker gezien het relatief beperkte gebruik van GHB in de bevolking, vergeleken met andere drugs.

Zoals de afgelopen jaren uit een veelheid aan signalen helder werd, blijkt ook uit deze quick scan dat de GHB-problematiek tussen en zelfs binnen regio's fors kan verschillen.

Binnen de signaalregio's (waar vier grote ziekenhuizen de alarmbellen lieten rinkelen over een toename van SEH-presentaties samenhangend met GHB-gebruik), zijn ook ziekenhuizen die geen toename of mogelijk zelfs een afname van GHB zien. Ook in de rest van Nederland zijn verschillen tussen en binnen regio's: ongeveer de helft van de SEH's die de vragenlijst hebben beantwoord zien een toename van drugs- en ook GHB-incidenten, de andere helft ziet geen opvallende verschuivingen in de afgelopen vijf jaar of zelfs een afname.

- In de ziekenhuizen die een toename zien kan mogelijk sprake zijn van verschuiving van het probleem, waarbij ambulances GHB-patiënten de laatste jaren veel vaker afleveren bij ziekenhuizen met veel ervaring in de behandeling van GHB, zodat andere ziekenhuizen in de regio deze patiënten minder vaak zien.
- Mogelijk speelt mee dat een toename van GHB-problematiek niet uniek is voor GHB, maar wel extra opvallend is vanwege de ernstige klinische beelden waarmee deze patiënten zich presenteren. Uit de reacties op de quick scan komt naar voren dat ongeveer de helft van de SEH's ook een toename ziet van acute gezondheidsincidenten na het gebruik van andere drugs. Deze patiënten zijn echter over het algemeen minder zorg-intensief, terwijl GHB-gebruikers een relatief lange opnameduur op de SEH hebben en bij ontwaken uit hun coma regelmatig agressief en opgewonden worden.
- Ook zijn juist over GHB-patiënten de zorgen groot vanwege de toename van recidivisten, die telkens weer met een acuut beeld van intoxicatie of onttrekking, soms vele keren per week, op de SEH belanden. Ook al betreft het een relatief kleine groep, de uitzichtloze frequentie waarmee zij telkens weer terugkomen stemt soms tot wanhoop.

- In een aantal regio's waar een toename wordt waargenomen, hangt dit samen met een toename van het recreatief gebruik.
- In andere regio's met een toename betreft het vooral een kleine groep chronische gebruikers, die voor relatief veel overlast zorgen. De 'omvang' van GHB-problematiek in deze regio's gaat niet alleen over de aantallen gebruikers, maar ook over de frequentie waarin zij een acuut beroep doen op de gezondheidszorg en de mate waarin zij overlast geven.

Er zijn echter ook regio's waar, door politie optreden, ingrijpen van preventiewerkers, een verslechterend imago van GHB of toegenomen kennis over de risico's van gebruik, een afname wordt gezien van acute GHB-problemen.

- Voor de regio's waar sprake lijkt van een afname van GHB-problemen, is het mogelijk dat er inderdaad minder GHB gebruikt wordt, of dat het GHB-gebruik en de problemen minder worden gezien. Veel problematisch GHB-gebruik vindt thuis achter de voordeur plaats. In de interviews met sleutelfiguren is er herhaaldelijk op gewezen dat GHB-gebruikers als 'zorgmijndend' bestempeld kunnen worden. Het bagatelliseren of ontkennen van een drugsafhankelijkheid komt natuurlijk vaker voor, maar vooral de GHB-gebruiker komt pas heel laat tot het inzicht dat het gebruik is ontaard in een verslaving. GHB-gebruikers houden heel lang vol dat GHB helemaal niet zoveel kwaad kan, dat zij er juist een betere versie van zichzelf door zijn. Dat terwijl de omstanders een verslaving aan GHB juist vergelijken met een ernstige verslaving aan heroïne, die het leven volledig ruïneert.
- Afhankelijke GHB-gebruikers zijn moeilijker te bereiken dan andere harddrugsgebruikers. Doordat de tijd tussen twee doses zo kort is, en onttrekking zo snel optreedt, is er bij GHB-gebruikers nooit een 'helder moment' waarop de persoon zelf helder kan nadenken over zijn of haar situatie of aanspreekbaar/bereikbaar is door anderen.

De **eindconclusie** is dat de aard en omvang van acute GHB-problemen in Nederland regionaal sterk kunnen verschillen. Hoewel het een relatief kleine groep gebruikers betreft, doen zij vaak een beroep op de gezondheidszorg vanwege een acute intoxicatie of onttrekking, waarbij het klinisch beeld vaak heel ernstig is. Er zijn aanwijzingen dat het aantal acute GHB-incidenten in een aantal regio's toeneemt, maar dat geldt over het algemeen ook voor acute gezondheidsincidenten met andere drugs.

Bijlage 1. Samenstelling van de peilstationregio's uit de gecombineerde MDI en LIS-data, 2009-2018. Deelnemende instelling en het totaal aantal gemelde incidenten. LIS ziekenhuizen zijn cursief weergegeven. Uitsluitend diensten met tenminste 100 gemelde incidenten zijn geïncludeerd.

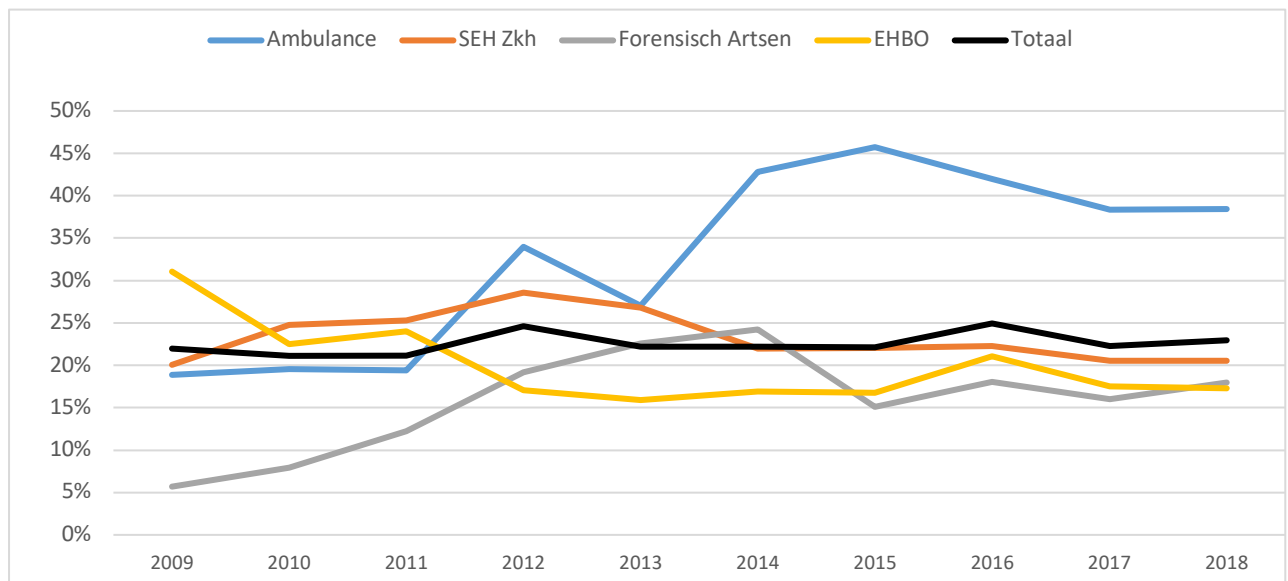
Regio	Ambulance	Ziekenhuis	Forensisch Artsen	EHBO
Amsterdam	Ambulance Amsterdam (1635)	OLVG (4679) <i>VU Medisch Centrum (1777)</i> <i>AMC Amsterdam (1062)</i>	GGD Amsterdam (1635)	-
Zuid-Holland	Ambulancezorg Rdam (1036)	ErasmusMC (251) <i>Reinier de Graaf Gasthuis (106)</i>	FARR (286)	-
Oost NL	Ambulance Oost (788)	Medisch Spectrum Twente (929) <i>Streekzkh Kon. Beatrix (113)</i>	-	-
Gelderland Zuid	RAV Gelderland Zuid (1394)	<i>CZW Nijmegen (102)*</i> <i>RadboudUMC (617)*</i> <i>Maasziekenhuis Pantein (205)</i>	-	-
Gelderland Midden	RAV VGGM (1528)	Gelderse Vallei (337)** <i>Gelderse Vallei (443)**</i>	GGD VGGM (490)	-
Groningen	RAV Groningen (345)	UMCG (163) <i>Ommelander Zkh Winschoten (122)</i> <i>Ommelander Zkh Delfzijl (11)</i>	-	
Brabant West		<i>Bravis Bergen op Zoom (559)</i> <i>Bravis Roosendaal (100)</i>	-	
Brabant Zuid-Oost	RAV Brabant Zuid-Oost (2190)	Catharinaziekenhuis (208) Elkerliek (123)	GGD Brabant Zuid-Oost (215)	-
Overige	Ambulance Waterland (35)	Waterland Zkh Purmerend (57) MaastrichtUMC (4) <i>St. Jans Gasthuis Weert (277)</i> <i>Admiraal de Ruyterzkh Goes (270)</i> <i>Admiraal de Ruyterzkh Vliss. (13)</i> <i>MC-Groep Zuiderzee Lelyst (506)</i> <i>Diaconessenhuis Meppel (104)</i>		EMS (16471) Educare (731) St Emergency Care (88) St Total Medical Support (105) KNV EHBO Arnhem Presikh. (16) St Event Medical Support (53) Medevent (402)

* CWZ Nijmegen (LIS) vervangt CWZ Nijmegen (MDI) en RadboudUMC (LIS) vervangt RadboudUMC (MDI) in verband met betere volledigheid.

** Zowel de LIS- als de MDI data van Gelderse Vallei zijn geïncludeerd.

Bijlage 2

Aandeel incidenten waarbij GHB (al dan niet in combinatie met een of meerdere andere drug(s)) een rol speelde, ten opzichte van het totaal aantal incidenten in eenzelfde jaar binnen eenzelfde dienst, per dienst, per jaar.



Totaal aantal drugsincidenten

Ambulances	975	1327	2038	844	947	561	656	999	1082	1728
SEH-ziekenhuizen	1082	823	811	1008	1185	1407	1346	1637	2057	2275
Forensisch Artsen	123	177	327	417	341	227	239	277	250	250
EHBO	789	1026	1091	1261	1610	2234	2544	2741	2516	2305
<i>Totaal</i>	<i>2969</i>	<i>3353</i>	<i>4267</i>	<i>3530</i>	<i>4083</i>	<i>4429</i>	<i>4785</i>	<i>5654</i>	<i>5905</i>	<i>6108</i>

Inclusief de ambulancedata uit Amsterdam. Ambulancedata 2009-2011 bevatten een relatief grote bijdrage van de ambulance Amsterdam. In de hoofdstad wordt het beeld gedomineerd door incidenten met cannabis. Vanaf 2012 zijn er geen gegevens van ambulance Amsterdam meer beschikbaar. Dit verklaart de schijnbare toename van GHB-incidenten bij de ambulance tussen 2011 en 2012.

Bijlage 3: Vragenlijst GHB voor SEH's

(digitaal beschikbaar via Limesurvey¹)

1. Naam ziekenhuis:
2. Plaats:
3. Werkt uw ziekenhuis met SEH-artsen? J/N

4. De vragen 6 t/m 9 zullen gaan over het aantal SEH-behandelingen (intoxicaties en letsels) na drugs- of GHB-gebruik. Kunt u deze vragen beantwoorden aan de hand van een registratie of maakt u een schatting?
 een registratie
 een schatting
5. hoe is deze schatting tot stand gekomen? / kunt u deze registratie kort toelichten?

6. **In 2018**, hoeveel SEH-behandelingen (intoxicaties en letsels) vonden er plaats waarbij **drugs** een rol hebben gespeeld? ...

7. Hoeveel patiënten werden **5 jaar geleden** op uw SEH behandeld na **drugs**gebruik?
 Veel minder – iets minder – ongeveer even veel - iets meer – veel meer

8. **In 2018**, hoeveel SEH-behandelingen (intoxicaties en letsels) vonden er plaats waarbij **GHB** een rol heeft gespeeld? ...

9. Hoeveel patiënten werden **5 jaar geleden** op uw SEH behandeld na **GHB**-gebruik?
 Veel minder – iets minder – ongeveer even veel - iets meer – veel meer

10. Kunt u een verklaring/ toelichting geven op de overeenkomsten of verschillen tussen 2018 en 5 jaar geleden?

11. Van alle SEH-behandelingen **in 2018** waarbij GHB een rol speelde, kunt u een schatting geven van:
 % alleen GHB
 % GHB en alcohol
 % GHB en andere drugs en/of medicijnen
 % GHB en andere drugs en/of medicijnen en alcohol
(CHECK: totaal = 100%)

12. Bij hoeveel van de SEH-behandelingen na **GHB**-gebruik **5 jaar geleden** was er combinatiegebruik (met alcohol en/of drugs, en/of medicijnen)?
 Veel minder – iets minder – ongeveer even veel - iets meer – veel meer

13. **In 2018**, kunt u een schatting geven van het percentage SEH-behandelingen vanwege GHB wegens:
 GHB-intoxicatie: ...%
 GHB-onttrekking: ...%
(CHECK: totaal = 100%)

¹ Limesurvey GmbH. LimeSurvey: An Open Source survey tool. LimeSurvey GmbH, Hamburg, Germany. URL <http://www.limesurvey.org>

14. **In 2018**, kunt u een schatting geven van het percentage SEH-behandelingen vanwege GHB bij:

"Recreatieve" GHB-gebruikers: ...%

Patiënten met een GHB-afhankelijkheid: ...%

(CHECK: totaal = 100%)

15. **In 2018**, kunt u een schatting geven van het percentage SEH-behandelingen vanwege GHB bij:

Nieuwe patiënten (niet eerder voor GHB op de SEH behandeld): ...%

"Recidivisten" (al vaker vanwege GHB op de SEH geweest): ...%

(CHECK: totaal = 100%)

16. **In 2018**, kunt u een schatting geven van het percentage SEH-behandelingen vanwege GHB waarbij de patiënt niet aanspreekbaar/ in coma binnenkwam:

...%

17. **In 2018**, kunt u een top 5 samenstellen van de drugs **waarvoor u het vaakst SEH-patiënten behandelt?** (1= het vaakst, 5= het minst vaak *van de top 5*)

Keuze uit:

Amfetamine, cannabis, cocaïne, ecstasy, GHB, ketamine, lachgas, LSD, heroïne/methadon, paddo's/truffels, 2C-B, 4-FA

18. **In 2018**, kunt u een top 5 samenstellen van de drugs **waarover u zich het meeste zorgen maakt?** (1= het meest, 5= het minst *van de top 5*)

Keuze uit:

Amfetamine, cannabis, cocaïne, ecstasy, GHB, ketamine, lachgas, LSD, heroïne/methadon, paddo's/truffels, 2C-B, 4-FA

19. Met hoeveel personen heeft u over het beantwoorden van deze vragen van gedachten gewisseld?

...

20. Heeft u nog opmerkingen?

....

21. Als wij aanvullende vragen hebben, met wie zouden wij contact mogen opnemen?

....

22. Als u de eindrapportage wilt ontvangen: naar welk email adres kunnen we dit sturen?

....

EINDE
HARTELIJK DANK !!!

Bijlage 4 Vragenlijst GHB voor forensisch artsen

Vragenlijst Forensisch Artsen	
1.	Naam GGD/ organisatie:
2.	Plaats:
3.	In 2018, hoeveel behandelingen (intoxicaties en letsels) vonden er ongeveer door u plaats waarbij drugs een rol hebben gespeeld?
4.	Hoeveel patiënten werden er 5 jaar geleden behandeld na drugsgebruik?
5.	In 2018, hoeveel behandelingen (intoxicaties en letsels) vonden er plaats waarbij GHB een rol heeft gespeeld?
6.	Hoeveel patiënten werden er 5 jaar geleden behandeld na GHB-gebruik?
7.	Kunt u een verklaring/ toelichting geven op de overeenkomsten of verschillen tussen 2018 en 5 jaar geleden?
8.	Van alle behandelingen in 2018, kunt u een schatting geven van het percentage voor alleen GHB-gebruik, GHB met alcohol, GHB met andere drugs en/of medicijnen, GHB en andere drugs en/of medicijnen en alcohol?
9.	Bij hoeveel van de behandelingen na GHB-gebruik 5 jaar geleden was er combinatiegebruik (met alcohol en/of drugs en/of medicijnen)?
10.	In 2018, kunt u een schatting geven van het percentage behandelingen vanwege een GHB-intoxicatie en/of GHB-onttrekking?
11.	In 2018, kunt u een schatting geven van het percentage behandelingen bij recreatieve gebruikers en/of patiënten met een GHB-afhankelijkheid?
12.	In 2018, kunt u een schatting geven van het percentage behandelingen vanwege GHB bij nieuwe patiënten en recidivisten?
13.	In 2018, kunt u een schatting geven van het percentage behandelingen vanwege GHB waarbij de patiënt niet aanspreekbaar/ in coma binnenkwam?
14.	In 2018, kunt u een top-5 samenstellen van de drugs waarvoor u het vaakst patiënten behandeld heeft?
15.	In 2018, kunt u een top-5 samenstellen van de drugs waarover u zich het meeste zorgen maakt?
16.	In 2018, hoe vaak heeft u een persoon onder invloed van drugs ingestuurd naar de SEH?
17.	Hoeveel procent hiervan was GHB-gebruiker?
18.	Hoe vaak heeft u 5 jaar geleden een persoon onder invloed van drugs ingestuurd naar de SEH?
19.	Hoeveel procent hiervan was GHB-gebruiker?
20.	In 2018, hoe vaak heeft u een GHB verslaafde overgeplaatst naar een speciale PI (Scheveningen, Zwolle) vanwege GHB gebruik?
21.	Hoe vaak was dit 5 jaar geleden?
22.	Heeft u nog opmerkingen?
23.	Als wij aanvullende vragen hebben, met wie mogen wij dan contact opnemen?
24.	Als u de eindrapportage wilt ontvangen: naar welk emailadres mogen we dit sturen?

De antwoordoptie voor de vragen 1, 2, 7 en 22 betrof een vrij veld. Respondenten hadden hier de mogelijkheid om toelichtingen of opmerkingen uit te schrijven of uit te typen. Bij de vragen 3, 5, 16 en 17 werd om een numerieke invoer (cijfers) gevraagd. Voor het beantwoorden van de vragen 4, 6, 9, 18, 19, 20 en 21 werd gebruik gemaakt van een 5-punts Likertschaal^m met de volgende 5 antwoordopties: 'veel minder', 'iets minder', 'ongeveer even veel', 'iets meer' en 'veel meer'. De Likertschaal wordt gebruikt om moeilijk te kwantificeren gegevens (zoals in dit geval ontbrekende exacte aantallen) toch te kunnen ondervragen². Het moeilijk te kwantificeren gegeven is bij deze vragenlijst een schatting van de respondent. Bij de vragen 8, 10, 11, 12, 13 werd om cumulatieve percentages gevraagd om verhoudingen te kunnen duiden, waarbij het totaal 100% moest zijn. Een antwoord op vraag 8 zou bijvoorbeeld kunnen zijn: Van alle behandelingen in 2018 betrof 25% alleen GHB, 25% GHB met alcohol, 25% GHB met andere drugs en/of medicijnen en 25% GHB met andere drugs en/of medicijnen en alcohol. Bij de vragen 14 en 15 werd de respondent gevraagd om een top-5 samen te stellen waarvoor het vaakst een behandeling uit werd gevoerd, en welke drugs het

^m Likert, Rensis (1932), "A Technique for the Measurement of Attitudes", Archives of Psychology 140: p 1-55

meeste zorgelijk werd bevonden. Voor de top-5 kon gekozen worden uit 12 middelen: amfetamine, cannabis, cocaïne, ecstasy, GHB, ketamine, lachgas, LSD, heroïne/methadon, paddo's/truffels, 2C-B, 4-FA. 'Alcohol' was op de (papieren) vragenlijst geëb antwoordoptie. Bij vraag 23 en 24 werd om persoonsgegevens gevraagd van de respondent voor aanvullende vragen en voor het eventuele ontvangen van de rapportage. Volgens de privacywetgeving verzamelt Het Trimbos-instituut alleen die persoonsgegevens die nodig zijn voor de doeleinden waarvoor deze worden verzameld en worden de persoonsgegevens alleen verwerkt voor die doeleinden³. Dit werd duidelijk bij de twee vragen aangegeven middels de volgende tekst:

"Het Trimbos-instituut vraagt om uw naam, telefoonnummer en emailadres om eventueel contact met u op te nemen als er vragen zijn naar aanleiding van de ingevulde vragenlijst. Deze gegevens zullen enkel voor dit doel gebruikt worden. Door uw gegevens in te vullen stemt u in met het volgende:

- 1. Mijn deelname is vrijwillig en ik mag te allen tijde stoppen door contact op te nemen met het onderzoeksteam via cneree@trimbos.nl. Hier hoef ik geen reden voor op te geven en dit heeft voor mij geen verdere gevolgen.*
- 2. Mijn persoonsgegevens worden bewaard tot maximaal 6 maanden nadat het onderzoek is afgerond. Daarna worden mijn persoonsgegevens verwijderd.*
- 3. Gegevens die ik invul zullen niet tot mij persoonlijk herleidbaar zijn in resultaten en rapportages. Wel zullen de gegevens herleidbaar zijn tot het ziekenhuis of de instelling waarvoor ik de vragenlijst invul.*

Wilt u meer weten over hoe het Trimbos-instituut omgaat met uw privacy (en wat uw rechten zijn), bekijk dan ons Privacy Statement of neem contact op via cneree@trimbos.nl."

