

Detoxificatieprotocol voor Gamma-Hydroxyboterzuur (GHB) in ambulante setting

*Practice-based aanbevelingen voor de detoxificatie van
patiënten met een stoornis in het gebruik van GHB*

Conceptversie september 2012

Rama Kamal
Sjacco van Iwaarden
Ernst Franzek
Boukje Dijkstra
Cor de Jong
Namens de wetenschappelijke adviesraad GHB-monitor

NISPA, Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction

De wetenschappelijke adviesraad GHB-Monitor bestaat uit: Prof. dr. Cor de Jong, Prof. dr. Anton Loonen, Hein de Haan, dr. Boukje Dijkstra, Rama Kamal, Sjacco van Iwaarden en Martijn van Noorden.
Feedback op deze practice-based aanbeveling kunt u sturen naar rama.kamal@novadic-kentron.nl.

Disclaimer:

"Dit document wordt aan de ontvanger, op verzoek van de ontvanger, ter beschikking gesteld door de Stichting Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA) te Nijmegen. Het auteursrecht op dit document berust bij het NISPA. Het is aan de ontvanger, of aan enige andere derde, niet toegestaan dit document op enige wijze te verveelvoudigen, openbaar te maken of te wijzigen zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NISPA. Bij gebruik door de ontvanger op de door het NISPA uitdrukkelijk toegestane wijze, dient voor de legitieme gebruikers kenbaar te zijn dat dit document afkomstig is van het NISPA.

Verder geldt ten aanzien van de ontvanger het navolgende, en verplicht de ontvanger zich om aan de legitieme gebruikers het navolgende uitdrukkelijk mee te delen:

Het document is specifiek ontworpen en opgesteld ten behoeve van gebruik door BIG geregistreerde medische professionals.

Het NISPA stelt vast dat (i) de stand van de wetenschap geen statisch gegeven is, (ii) wetenschappelijke inzichten van tijd tot tijd kunnen veranderen, en (iii) meerdere wetenschappelijke inzichten tegelijkertijd kunnen bestaan, zodat van een definitieve wetenschappelijke consensus niet kan worden gesproken. Het onderhavige document sluit zoveel mogelijk aan bij de relevante stand van de wetenschap eind 2011, met het voorbehoud dat andere inzichten nu en in de toekomst mogelijk zijn. De behandelende professional is altijd zelf eindverantwoordelijk voor de keuzes die worden gemaakt met betrekking tot de behandeling van zijn/haar patiënt. De Stichting NISPA is onder meer in het licht van het voorgaande niet aansprakelijk voor enige directe of indirecte schade die derden lijden of stellen te lijden als gevolg van het gebruik van dit document."

Colofon

Deze publicatie is uitgebracht door het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction in opdracht van de Stichting Resultaten Scoren in het kader van het GHB monitorproject

© 2012 NISPA

Postbus 6909, 6503 GK Nijmegen, www.nispa.nl

Auteurs

Rama Kamal, Sjacco van Iwaarden, Ernst Franzek, Boukje Dijkstra en Cor de Jong, namens de wetenschappelijke adviesraad GHB-monitor

Participerende instellingen

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

Subsidie

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Nederland

Naar dit protocol kan als volgt worden verwezen:

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

Inhoud

Inhoud	3
Achtergrond.....	4
Voorwaarden, indicaties en contra-indicaties voor ambulante GHB detoxificatie.....	6
Inhoud en taken tijdens de consulten	7
Uitvoering van de ambulante detoxificatie	8
Referenties.....	9
Bijlage 1 Voorbeeld Afbouwschema Diazepam	10
Bijlage 2 Subjectieve Onthouding Schaal (SOS)	11
Bijlage 3 Objectieve Onthoudings Schaal (OOS)	12
Bijlage 4 VAS craving schaal GHB	13
Bijlage 5 Vignetten.....	14
Bijlage 6 Antwoordenformulier vignetten	18

Achtergrond

De GHB-monitor is een landelijk project waarin zeven verslavingsinstellingen samen werken om te komen tot practice-based protocollen voor GHB detoxificatie en de implementatie van deze protocollen in verslavings- en psychiatrische instellingen. Het ministerie van VWS heeft via het project 'Resultaten Scoren' van GGZ Nederland subsidie toegekend aan de GHB-monitor.

De hieronder beschreven practice based aanbeveling voor ambulante GHB detoxificatie is gebaseerd op een vignettenstudie, waarbij 20 casussen uit de dagelijkse praktijk zijn beoordeeld door een groep experts op gebied van GHB detoxificatie uit heel Nederland. De 20 casussen zijn door deze experts beoordeeld op haalbaarheid en veiligheid van ambulante GHB detoxificatie en tenslotte is men gekomen tot de, verderop in dit document beschreven, indicaties voor ambulante GHB detoxificatie.

In Nederland is een grote behoefte aan een richtlijn voor ambulante detoxificatie van GHB. De hieronder beschreven practice-based aanbeveling is gebaseerd op ervaring in de klinische en ambulante praktijk van de afgelopen jaren. Op basis van de snelle veranderingen in het werkveld, het ontbreken van relevante literatuur en om ethische redenen is het niet mogelijk om op dit moment een protocol op te stellen op basis van klasse 1 wetenschappelijke evidentie.

De genoemde indicatiecriteria in deze practice-based aanbeveling bleken in de afgelopen jaren van toepassing voor een veilige en comfortabele ambulante GHB-detoxificatie. De inschatting van de haalbaarheid van en de verantwoordelijkheid dragen voor een ambulante GHB-detoxificatie blijft echter de taak van een arts!

De drug GHB is in de afgelopen jaren in populariteit toegenomen (1-3). In plaats van GHB wordt ook het analoge GBL (gamma butyrolactone) gebruikt, hetgeen ongeveer een twee maal hogere concentratie heeft dan GHB. De reden van de populariteit is het positief effect op de libido en de euforiserende- en anxiolytische werking. GHB wordt veel gebruikt in de party-scène (4, 5). Uit de klinische praktijk blijkt dat gebruik van GHB bij mensen in korte tijd leidt tot verslaving (6, 7). GHB komt van nature voor in ons lichaam en is een voorloper van gamma-aminoboterzuur (GABA). De effecten van GHB worden toegeschreven aan een agonistische werking op de GABA-B-receptoren in verschillende gebieden in de hersenen (8). Daarnaast neemt de afgifte van acetylcholine en serotonine toe. Bij chronisch GHB gebruik tonen diermodellen aan dat er downregulatie plaatsvindt van GABA-receptoren (9-11). Bij het plotseling staken van GHB-gebruik komen excitatoire neurotransmitters vrij met als gevolg verhoogde dopaminespiegels bij een relatief laag dopamine receptoraantal. Deze verhoogde spiegel van dopamine is waarschijnlijk de oorzaak van de vaak zeer heftig verlopende GHB-detoxificatie met daarbij agitatie, onrust, psychotische verschijnselen en delirante kenmerken (10, 12, 13, 14).

De gemiddelde concentratie van straat-GHB is 650 milligram/milliliter. De concentratie van GBL is ongeveer 3 x hoger dan GHB. In dit praktijk worden de hoeveelheden GHB die een patiënt gebruikt veelal beschreven in milliliters. Nauwkeuriger is om te beschrijven in milligrammen. Eventueel kan van de straat-GHB in het laboratorium de concentratie worden bepaald. Voor ambulante detoxificatie is dit geen noodzaak.

Detoxificatie

Onthoudingsverschijnselen kan men al verwachten bij een gebruik om de 8 uur, hoewel bij een aantal gevallen onthouding beschreven is bij gebruik van slechts 1x per 24 uur. Onthoudingsverschijnselen treden op 1-6 uur na de laatste inname en duren bij een natuurlijk beloop tot een week, waarna ze in heftigheid afnemen.

Symptomen zijn: slapeloosheid, angst, spanning, doemgedachten en tremoren. Minder heftige verschijnselen als transpiratie, hypertensie en tachycardie zijn ook vermeld. Ook misselijkheid en braken worden genoemd. Onthoudingsinsulten kunnen optreden, maar komen eveneens minder vaak voor dan bij alcoholonthouding. Ontwikkeling van een delirium wordt echter veelvuldig gemeld.

Wanneer er eenmaal sprake is van een delirant beeld, kan dit zo'n twee weken of zelfs langer aanhouden. Een onthoudingsdelier kan binnen 24 uur na staken van de GHB ontstaan en blijkt moeilijk behandelbaar en kan levensbedreigend zijn. Ook blijkt uit de praktijk dat een onthoudingsdelier eerst pas na 14 dagen na het stoppen met GHB gebruik kan optreden. Andere complicaties van onthouding kunnen zijn: psychose, rhabdomyolyse, koorts en dehydratie.

Verslavingsinstellingen krijgen steeds vaker de vraag naar behandeling voor GHB-afhankelijkheid (15). Voor detoxificatie van GHB in klinische setting zijn inmiddels verschillende methoden beschreven (11, 16). In de laatste jaren is er in de praktijk steeds meer vraag naar ambulante detoxificatie van GHB. Mogelijk heeft dit te maken met de vroege signalering door huisartsen en specialisten in het algemene ziekenhuis, waardoor gebruikers ook reeds bij lagere doseringen worden doorverwezen naar de verslavingszorg. Mogelijk lukt het een aantal gebruikers om zelf hun GHB gebruik te reduceren tot een lage onderhoudsdosering. Als het gaat om ambulante (of poliklinische) detoxificatie van GHB ontstaat er een lastig dilemma: het is bekend dat ook bij lage dosering en frequentie van gebruik, de detoxificatie moeizaam kan verlopen (12, 19). Tegelijkertijd kan de patiënt niet geobserveerd worden en valt eventueel gebruik in de thuissituatie moeilijk te controleren. Urinecontrole op GHB heeft een dekking van maximaal 10 tot 12 uur (17, 18).

Op dit moment is er in Nederland een landelijke richtlijn met betrekking tot klinische behandeling van het onthoudingssyndroom, maar ontbreekt het vooralsnog aan ambulante richtlijnen. Op basis van de voorgenoemde vignettenstudie wordt hieronder een practice based protocol beschreven voor detoxificatie van GHB en GBL in ambulante setting.

Voorwaarden, indicaties en contra-indicaties voor ambulante GHB detoxificatie

Het vaststellen van een indicatie voor ambulante GHB detoxificatie wordt binnen instelling in principe altijd gedaan door een indicatie-commissie (IC).

Voorwaarden waaraan voldaan moet worden bij een ambulante GHB detoxificatie:

- Er moet een 'coach' zijn in de thuissituatie om de patiënt te begeleiden. Deze coach gebruikt zelf geen middelen en kan de patiënt gedurende de ambulante detox full-time begeleiden.
- De behandelend arts is in staat om de patiënt minimaal drie keer per week te zien en heeft de mogelijkheid om het verloop van de detoxificatie met behulp van onthoudingsschalen te volgen (zie bijlage voor de OOS, SOS en VAS).
- Zo nodig is een directe opname mogelijk in een verslavingskliniek.
- De patiënt heeft een verblijfplaats.

Contra-indicaties voor ambulante GHB-detoxificatie:

- Patiënten die > 50 milliliter GHB (+/- 32 gram) per dag gebruiken.
- Patiënten die frequenter dan 1 maal per 2 uur GHB gebruiken.
- Ernstige GHB-onthoudingsklachten in de voorgeschiedenis.
- Patiënten met een delier in de voorgeschiedenis.
- Patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis die onvoldoende onder controle is, zoals een ernstige depressie, angststoornis, psychotische stoornis of bipolaire stoornis.
- Patiënten met ADHD die ADHD-medicatie onregelmatig gebruiken (zoals Ritalin, dexamfetamine, e.a.).
- Patiënten met fysieke agressie of dreiging gedurende GHB gebruik of tijdens een eerdere GHB-detoxificatie.
- Kinderen in de thuissituatie die door de ambulante detoxificatie worden belast.
- Ernstige somatische afwijkingen zoals: lever- en nierfunctiestoornissen, epilepsie en cardiovasculaire- en pulmonale belasting en afwijkingen.
- Gebruik van andere drugs en alcohol gelijktijdig met GHB gebruik of tijdens detoxificatie.
- Indien de patiënte zwanger is.

Indicaties waarop een ambulante GHB detoxificatie kan worden gestart, mits er geen sprake is van bovengenoemde contra-indicaties:

- Indien de patiënt < 50 milliliter GHB (+/- 32 gram) per dag gebruikt, is ambulante GHB detoxificatie zeker mogelijk. Ambulante detoxificatie bij patiënten die meer dan 50 milliliter GHB (+/- 32 gram) per dag gebruiken, wordt afgeraden in verband met het ontbreken van evidentie dat de detoxificatie dan veilig plaats kan vinden.
- Patiënten die geen GHB gedurende de nacht gebruiken komen in aanmerking voor ambulante detoxificatie vanwege de beperkte mate van afhankelijkheid van GHB.
- Patiënten met milde angst- en stemmingsklachten, ADHD (zonder bijkomend medicatiegebruik), PTSS, borderline persoonlijkheidsstoornis, slaapproblemen, anorexia en boulimia nervosa komen in aanmerking voor het volgen van een ambulante detoxificatie, mits de aandoening stabiel is en de patiënt tijdens de detoxificatie goed wordt begeleid.
- Patiënten waarbij eerdere klinische opnames zijn mislukt.
- Patiënten die maatschappelijk goed zijn geïntegreerd (werk, sociaal netwerk, opleiding, e.a.).

Inhoud en taken tijdens de consulten

van de verslavingsarts (of nurse practitioner onder supervisie van een arts)

Eerste consult: diagnostiek en voorlichting

Voordat de detoxificatie gestart wordt, dient de verslavingsarts of nurse practitioner overlegd te hebben met de huisarts, met als doel hem op de hoogte te stellen van het te doorlopen ambulante detoxificatietraject, zodat de huisarts bij complicaties van de detoxificatie (buiten kantoor tijden) op de hoogte is van het traject. Toestemming van de patiënt voor het verstrekken van deze informatie aan de huisarts is een voorwaarde voor het starten van een ambulant GHB detoxificatietraject.

Inhoud en taken bij het eerste consult:

1. Kennismaking met de patiënt en zijn coach.
2. Beoordeling medische indicatie voor detoxificatie (ambulant of klinisch) aan de hand van gebruik van GHB en somatische en psychiatrische toestand (zie ook de indicatie-criteria die hierboven beschreven zijn). Speciale aandachtspunten bij de anamnese zijn:
 - a. De frequentie van gebruik.
 - b. De ingenomen hoeveelheid per dosis.
 - c. De wijze waarop de patiënt aan zijn GHB komt.
 - d. Eerdere ervaringen met GHB onthouding.
 - e. Insulten in de voorgeschiedenis.
 - f. Psychotische verschijnselen of delier in de voorgeschiedenis.
3. Lichamelijk onderzoek (algemeen somatisch en neurologisch onderzoek)
4. Bespreken van conclusies van de anamnese en bevindingen bij lichamelijk onderzoek.
5. Uitgebreide psycho-educatie met betrekking tot detoxificatie, onthoudingsverschijnselen en medicatie.
6. Invullen van instrumenten om het verloop van de detoxificatie te monitoren:
 - a. Subjectieve OnthoudingsSchaal (SOS): de patiënt wordt gevraagd de lijst 2 keer per dag op vast momenten in te vullen (zie bijlage 2).
 - b. Objectieve OnthoudingsSchaal (OOS): de verslavingsarts / nurse practitioner vult tijdens de controle-consulten de lijst in (zie bijlage 3).
 - c. Visuele Analoge Schaal (VAS): de patiënt wordt gevraagd de VAS lijst eenmaal per dag, in de middag in te invullen (zie bijlage 4).
7. Samen met patiënt en zijn coach definitief starttijdstip bepalen van detoxificatie.
8. Maken van vervolgafspraken.

Tweede consult: start detoxificatie

Vervolgconsulten: monitoren detoxificatie

- Inhoud en taken bij ambulante detoxificatieconsulten (minimaal 3 x per week):
 1. Opnieuw beoordelen van de medische status van patiënt.
 2. OOS lijsten invullen tijdens het gesprek ter monitoring en bewaken van het proces.
 3. De patiënt een SOS en VAS cravinglijst laten invullen.
 4. Tijdens proces van detoxificatie het behandelplan eventueel bijstellen en opnieuw vaststellen.
- Follow-up consult (3 weken na afronden detoxificatie) met als doel:
 1. Terugblik op detoxificatie aan hand van ingevulde OOS, SOS en VAS cravinglijsten.
 2. Beoordeling van huidig toestand aan de hand van de VAS.

Uitvoering van de ambulante detoxificatie

Nadat naar aanleiding van de uitkomst van de indicatiecommissie en de medische beoordeling van de arts gekozen is voor ambulante detoxificatie, kan gestart worden met de daadwerkelijke onthouding. Medicamenteuze ondersteuning van de detoxificatie vindt plaats met behulp van een langwerkende benzodiazepine, zoals diazepam. Medicatie dient gestart te worden op het moment dat patiënt normaliter de volgende dosis GHB gaat gebruiken. In de praktijk blijkt dat, hoewel deze middelen werkzaam zijn via de GABA-A-receptor, ze de onthoudingsverschijnselen bij GHB detoxificatie grotendeels couperen, zeker bij een lage hoeveelheid GHB.

Patiënten kunnen in de praktijk vragen om andere medicatie ter ondersteuning van hun onthoudingssymptomen (zoals medicamenteuze GHB, baclofen, e.a.). Voor deze medicijnen bestaat echter onvoldoende evidentie voor detoxificatie in ambulante setting en tevens kan vaak onvoldoende controle worden gehouden over het gebruik van deze medicijnen in de thuissetting. Voorschrijven van deze medicatie kan derhalve tot levensgevaarlijke situaties leiden, zoals intoxicatie, ademdepressie, bewustzijnsverlies of overlijden.

Detoxificatieschema

Ambulante detoxificatie met behulp van Diazepam:

1. Stoppen met GHB.
2. De eerste dosering Diazepam wordt gegeven op het tijdstip dat de patiënt de volgende dosering zou nemen. De patiënt krijgt dan 10 of 20 milligram diazepam, afhankelijk van de inschatting van de te verwachten onthoudingsklachten.
3. Vervolgens krijgt de patiënt 50 milligram Diazepam verspreid over de dag in tabletten van vijf of tien milligram, afhankelijk van de frequentie van GHB gebruik. Op zo nodige basis wordt Diazepam 10 milligram extra voorgeschreven.
4. De dosering Diazepam wordt twee dagen stabiel op 50 milligram gehouden, daarna start de afbouw op dag 3. De afbouw vindt plaats met 5 milligram Diazepam per dag (zie bijlage 1: voorbeeld afbouwschema Diazepam).
 - Er kan worden gekozen voor een stabilisatieperiode bij het optreden van angstsymptomen of instabiele lichamelijke conditie.
 - Houdt de bloeddruk in de gaten: bij hypertensie enkele dagen stabiliseren.

Referenties

1. Laar MWv. Nationale drugsmonitor, Utrecht: Trimbos Instituut. 2009.
2. Vogels N. Monitor Drugsincidenten tabellenboek 2010. 2011. Utrecht, Trimbos-Instituut. In: Croes EA, editor.
3. Editorial t. The EMCDDA annual report 2010: the state of the drugs problem in Europe. *Euro Surveill.* 2010;15(46). Epub 2010/12/15.
4. Galloway GP, Frederick SL, Staggers FE, Jr., Gonzales M, Stalcup SA, Smith DE. Gamma-hydroxybutyrate: an emerging drug of abuse that causes physical dependence. *Addiction.* 1997;92(1):89-96. Epub 1997/01/01.
5. Nicholson KL, Balster RL. GHB: a new and novel drug of abuse. *Drug Alcohol Depend.* 2001;63(1):1-22. Epub 2001/04/12.
6. Addolorato G, Castelli E, Stefanini GF, Casella G, Caputo F, Marsigli L, et al. An open multicentric study evaluating 4-hydroxybutyric acid sodium salt in the medium-term treatment of 179 alcohol dependent subjects. GHB Study Group. *Alcohol Alcohol.* 1996;31(4):341-5. Epub 1996/07/01.
7. Gallimberti L, Spella MR, Soncini CA, Gessa GL. Gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcohol and heroin dependence. *Alcohol.* 2000;20(3):257-62. Epub 2000/06/28.
8. Snead OC, 3rd, Gibson KM. Gamma-hydroxybutyric acid. *N Engl J Med.* 2005;352(26):2721-32. Epub 2005/07/01.
9. Wong CG, Gibson KM, Snead OC, 3rd. From the street to the brain: neurobiology of the recreational drug gamma-hydroxybutyric acid. *Trends Pharmacol Sci.* 2004;25(1):29-34. Epub 2004/01/16.
10. Gonzalez A, Nutt DJ. Gamma hydroxy butyrate abuse and dependency. *J Psychopharmacol.* 2005;19(2):195-204. Epub 2005/05/06.
11. Boonstra M. Ontwenning van GHB: een voorbeeldpraktijk. *Verslaving;* 2011. p. 3-15.
12. McDonough M, Kennedy N, Glasper A, Bearn J. Clinical features and management of gamma-hydroxybutyrate (GHB) withdrawal: a review. *Drug Alcohol Depend.* 2004;75(1):3-9. Epub 2004/07/01.
13. Carter LP, Koek W, France CP. Behavioral analyses of GHB: receptor mechanisms. *Pharmacol Ther.* 2009;121(1):100-14. Epub 2008/11/18.
14. van Noorden MS, van Dongen LC, Zitman FG, Vergouwen TA. Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known. *Gen Hosp Psychiatry.* 2009;31(4):394-6. Epub 2009/06/27.
15. van Noorden MS, Kamal R, de Jong CA, Vergouwen AC, Zitman FG. [Gamma-hydroxybutyric acid (GHB) dependence and the GHB withdrawal syndrome: diagnosis and treatment]. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2010;154:A1286. Epub 2010/11/03. GHB-afhankelijkheid en -onthoudingssyndroom: diagnostiek en behandeling.
16. de Jong CA, Kamal R, Dijkstra BA, de Haan HA. Gamma-hydroxybutyrate detoxification by titration and tapering. *Eur Addict Res.* 2012;18(1):40-5. Epub 2011/12/07.
17. Villain M, Cirimele V, Ludes B, Kintz P. Ultra-rapid procedure to test for gamma-hydroxybutyric acid in blood and urine by gas chromatography-mass spectrometry. *J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci.* 2003;792(1):83-7. Epub 2003/06/28.
18. Kankaanpää A, Liukkonen R, Ariniemi K. Determination of gamma-hydroxybutyrate (GHB) and its precursors in blood and urine samples: a salting-out approach. *Forensic Sci Int.* 2007;170(2-3):133-8. Epub 2007/07/31.
19. Sivilotti ML, Burns MJ, Aaron CK, Greenberg MJ. Pentobarbital for severe gamma-butyrolactone withdrawal. *Ann Emerg Med.* 2001;38(6):660-5. Epub 2001/11/24.

Bijlage 1 Voorbeeld Afbouwschema Diazepam

Patiënt gebruikt dagelijks 21-22 ml (13,65 – 14,3 gram) GHB, 3 ml (1,95 gram) om de 3 uur, 7 keer per 24 uur. Patiënt wordt ingesteld op diazepam 10 mg om de 4 uur. Patiënt kan gebruik maken van een extra tablet diazepam wanneer het nodig is.

Dag 1:

08:00 uur:	3ml GHB
11:00 uur:	10 mg diazepam
15:00 uur:	10 mg diazepam
19:00 uur:	10 mg diazepam
23:00 uur:	20 mg diazepam

Verder afbouwschema diazepam (in milligrammen) vanaf dag 2 tot en met dag 11:

	dag 2	dag 3	dag 4	dag 5	dag 6	dag 7	dag 8	dag 9	dag 10	dag 11	dag 12	dag 13
08.00	10	10	5	5	5	5	5	5	5	0	0	0
11.00	10	10	10	5	5	5	0	0	0	0	0	0
15.00	10	10	10	10	5	5	5	5	5	5	0	0
19.00	10	10	10	10	10	5	5	0	0	0	0	0
23.00	10	10	10	10	10	10	10	10	5	5	5	0

Bijlage 2 Subjectieve Onthouding Schaal (SOS)

(in te vullen door patiënt)

Naam patiënt:

User (EPD) nummer:

Instelling:

Datum:

Tijd:

Deze lijst wordt gebruikt om een goed beeld te krijgen van de verschijnselen, welke mensen kunnen krijgen, als zij stoppen met het gebruik van verslavende middelen. Hierbij worden uitsluitend gekeken naar jouw eigen indruk wat betreft de onderstaande verschijnselen. Deze vragenlijst kan meerdere keren per dag afgenomen worden. Beantwoordt de vragen door het vakje aan te kruisen onder het antwoord dat het meest van toepassing is op de door jou, op dit moment, beleefde klachten.

	Heel erg	Erg	Nogal	Een Beetje	Helemaal Niet
	4	3	2	1	0
1 Ik voel me angstig					
2 Ik heb het gevoel dat ik moet geeuwen of ik moet echt geeuwen					
3 Ik transpireer (zweet)					
4 Ik heb tranende ogen					
5 Ik heb een loopneus					
6 Ik heb kippenvet					
7 Ik tril					
8 Ik heb het plotseling warm					
9 Ik heb het plotseling koud					
10 Ik heb pijnlijke botten of spieren (heb spierpijn)					
11 Ik voel me rusteloos (moet steeds bewegen)					
12 Ik voel me misselijk					
13 Ik heb het gevoel dat ik moet braken of moet echt braken					
14 Ik heb trekkende spieren					
15 Ik heb kramp in mijn maag					
16 Ik heb diarree					
17 Ik heb het gevoel dat ik moet gebruiken					
18 Ik heb een snelle pols					
19 Ik slaap slecht					
20 Ik ben gejaagd					
21 Ik heb epileptische aanvallen					
22 Ik heb koorts					
23 Ik slaap veel					
24 Ik ben moe					
25 Ik droom levendig					
26 Ik eet veel					
27 Ik droom onplezierig					
28 Ik heb honger					
29 Ik ben sloom, duf, suf					
30 Ik voel me somber					
31 Ik ben traag in beweging					
32 Ik zie dingen die er niet zijn.					
33 Ik hoor dingen die er niet zijn...					
<i>Subtotaal</i>					
TOTAAL					

Bijlage 3 Objectieve Onthoudings Schaal (OOS)

(in te vullen door arts)

Naam patiënt:

User (EPD) nummer:

Instelling:

Datum:

Tijd:

De OOS wordt gebruikt om een goed beeld te krijgen van het verloop van de onthouding bij mensen die stoppen met het gebruik van verslavende middelen. In deze lijst worden zoveel mogelijk meetbare observatiecriteria aangehouden.

Start met de meting van temperatuur, pols en tensie. Vervolgens observeert u het gedrag uit de eerste kolom en bevraagt u de patiënt op het gedrag uit de tweede kolom. U vult dit formulier in door aan te geven of het gedrag aanwezig is (Ja) of niet (Nee) en nadien een optelling hiervan te maken.

Deze vragenlijst kan meerdere keren per dag afgenomen worden.

METING

Temperatuur	
Polsslag	
Tensie	

	OBSERVATIE Observator stelt vast	Aanwezig		ANAMNESTISCHE GEGEVENS Patiënt vertelt	Aanwezig	
		Ja	Nee		Ja	Nee
1	Geeuwen			Slaapt niet		
2	Loopneus			Heeft spierpijn		
3	Kippenvel			Is misselijk		
4	Transpireren (zweeten)			Eet veel		
5	Tranende ogen			Wil gaan gebruiken		
6	Pupilvergroting			Droomt levendig		
7	Trillende handen			Droomt onplezierig		
8	Opstijgingen (warm) en rillingen (koud)			Heeft honger		
9	Rusteloosheid (frequent verandering van houding)			Ziet dingen en die er niet zijn...		
10	Braken			Hoort dingen die er niet zijn...		
11	Spiertrekkingen			Heeft het plotseling koud en warm		
12	Buikkrampen (houdt de buik vast)			Heeft aandrang, diarree		
13	Angst					
14	Misselijkheid					
15	(Epileptische) insulten					
16	Oogt sloom, komt sloom over					
17	Oogt somber, komt somber over					
18	Gespannen, gejaagd					
19	Trilt					
20	Slaperig, slaapt					
21	Vermoeidheid, moe					
22	Traag					
	TOTAAL			TOTAAL		

Bijlage 4 VAS craving schaal GHB

(in te vullen door patiënt)

Naam patiënt:

User (EPD) nummer:

Instelling:

Datum:

Tijdstip:

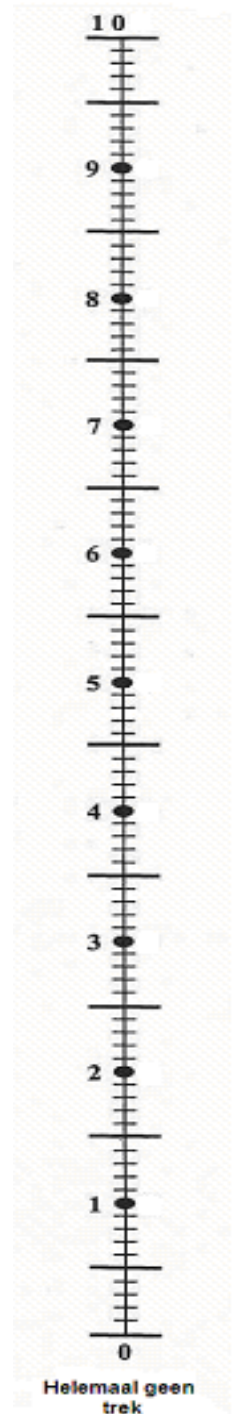
De laatste keer dat ik GHB gebruikt heb is: dagmaandjaar

Uitleg

Als u ooit het middel GHB gebruikt heeft, wilt u dan aangeven hoe sterk uw trek is naar dit middel op dit moment?

Zet een horizontaal streepje op de schaal tussen "Helemaal geen trek" en "Ontzettend sterke trek"

Ontzettend sterke trek



Bijlage 5 Vignetten

Centraal bij de indicatiestelling staan de wegingsfactoren op basis waarvan beslissingen worden genomen over de setting waar de detoxificatie plaatsvindt. Hieronder vindt u 20 vignetten die dienen om te oefenen met de wegingsfactoren als het gaat om de besluitvorming rond de setting van de detoxificatie. Zij kunnen als oefenstof gebruikt worden om met de wegingsfactoren te oefenen. Dit is ook gedaan door een groep van deskundigen op het gebied van detoxificatie middels GHB. Hieronder vindt u eerst de 20 vignetten. Aansluitend vindt u een antwoordenformulier om te oefenen met de wegingsfactoren. Tenslotte zijn histogrammen bijgevoegd met de antwoorden van de groep deskundigen.

Vignet 1: Een 43-jarige man met ADHD.

Een 43-jarige man met in de voorgeschiedenis ambulante behandeling in verband met cocaïne- en cannabisafhankelijkheid, gebruikt op dit moment, sinds een jaar, iedere twee uur 5 milliliter GHB, gedurende 24 uur per dag (dagelijkse dosis 60 milliliter / 39 gram GHB). Op dit moment gebruik hij geen andere middelen. In het verleden is de diagnose ADHD gesteld; waarvoor patiënt geen medicatie gebruikt. Patiënt heeft een eigen woning, heeft sinds een jaar geen werk meer, ontvangt een uitkering. Zijn relatie is in 2008 geëindigd. Er is geen steunsysteem, behoudens contacten met zijn moeder. Geen contact met politie of justitie. Geen somatische problematiek.

Vignet 2: Een 35-jarige man met onthoudingsdelier in de voorgeschiedenis.

Een 35-jarige man gebruikt sinds 10 jaar GHB. Geen andere middelen. Sinds twee maanden gebruikt patiënt iedere 1,5 uur 10 milliliter GHB (dagelijkse dosis 160 milliliter / 104 gram GHB). In het verleden heeft patiënt meerdere keren gepoogd te stoppen; twee maal middels een opname in een verslavingskliniek en meerdere keren thuis met ondersteuning van Diazepam via internet. Patiënt is bekend met forse ontwenningklachten met meerdere malen tijdens de detoxificatie een GHB-onthoudingsdelier. Patiënt woont bij zijn ouders, heeft financiële problemen (5000 euro schuld bij diverse instanties). Ouders willen hem ondersteunen bij het stoppen met GHB. Er is voor zover bekend geen sprake van psychiatrische- danwel somatische problematiek.

Vignet 3: Een 34-jarige vrouw met BPS en forse schulden.

Een 34-jarige vrouw gebruikt sinds vijf jaar dagelijks 100 milliliter / 65 gram GHB in giften van 10 milliliter iedere 1,5 uur. Patiënte gebruikt geen GHB in de nacht, maar neemt voor de nacht 20 milligram Diazepam. Patiënte is twee maal eerder opgenomen geweest in een verslavingskliniek voor detoxificatie van GHB, maar beide keren heeft ze de kliniek na twee dagen opname verlaten. Patiënte is niet bekend met ernstige ontwenningklachten. Geen delier of insult in de voorgeschiedenis. De diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis is vastgesteld. Patiënte woont bij haar ouders, heeft een grote vriendengroep waarvan het grootste gedeelte geen middelen gebruikt. Patiënte heeft 20000 euro schuld, opgebouwd in vijf jaar tijd vanwege het niet hebben van werk en diverse grote uitgaven (waaronder aan GHB). Geen somatische problematiek.

Vignet 4: Een 33-jarige man met GHB-afhankelijkheid en misbruik van Oxazepam.

Een 33-jarige man gebruikt sinds een aantal maanden dagelijks 4 keer 5 milliliter / 3,25 gram GHB verspreid over de dag. Gedurende de nacht gebruikt hij geen GHB. Patiënt is bekend met een recidiverende depressieve stoornis en angstklachten. Patiënt merkt van GHB rustiger en minder angstig te worden. Voor de nacht gebruikt hij 50 milligram Oxazepam. Patiënt is in het verleden verschillende keren bij een psychiatrische instelling in behandeling geweest, maar heeft nooit een detoxificatie ondergaan. Als patiënt geen GHB gebruikt is hij onrustig, gaat hij trillen en zweten en nemen de angstklachten toe. Patiënt heeft een vriendin en een dochter. Goed contact met zijn familie. Er is geen sprake van schulden of somatische co-morbiditeit.

Vignet 5: Een 24-jarige vrouw met mogelijk ADD en alcoholgebruik.

Een 24-jarige vrouw, sedert 4 jaar GHB verslaafd, gebruikt ongeveer 60 ml / 39 gram per dag, om de twee uur. Wordt 's nachts spontaan wakker en gebruikt dan een hoeveelheid. Er is geen sprake van gediagnosticeerde psychopathologie. Patiënte zelf spreekt van faalangst en mogelijk ADD. Woont

alleen, geen relatie momenteel. Werkt 40 uur per week in de horeca. Uitgebreide vriendenkring, en goed contact met ouders en broer en zus. Is erg gemotiveerd om te stoppen, ze heeft het gevoel stil te staan in haar werk vanwege het gebruik. Er is geen sprake van andere verslavingen. Patiënte drinkt in het weekend 3 a 4 glazen alcohol. Geen schulden. Geen somatische problematiek.

Vignet 6: Een 23-jarige man met GHB-afhankelijkheid is graag bij zijn familie.

Een 23-jarige man met een voorgeschiedenis van drie jaar GHB gebruik wordt opnieuw aangemeld. In de voorgeschiedenis is patiënt twee maal opgenomen geweest voor een klinische GHB-detoxificatie toen hij dagelijks 60 milliliter / 39 gram GHB gebruikte, iedere twee uur vijf milliliter. De opnames verliepen wat betreft detoxificatie zonder problemen. Wel verliet patiënt beide keren tegen advies de afdeling om 'bij zijn familie te kunnen zijn'. Patiënt is sinds drie maanden teruggevallen in gebruik, nu dagelijks 30 milliliter / 19,5 gram, iedere vier uur 5 milliliter. Patiënt woont bij zijn ouders, heeft drie broers. Vader en moeder leven beiden nog. Patiënt heeft geen inkomen, werkt af en toe voor zijn vader de administratie bij. Vader werkt als visser. Patiënt heeft geen schulden bij instanties, wel 15000 euro bij zijn moeder. Moeder bekostigt het gebruik van GHB om te voorkomen dat patiënt in het criminele circuit terecht komt en bij anderen schulden gaat maken.

Vignet 7: Een 26-jarige vrouw met anorexia nervosa.

Een 26-jarige vrouw gebruikt sinds vier jaar 15 milliliter GHB / 9,75 gram verdeeld over 2 a 3 porties voor de nacht. Patiënte heeft nooit eerder behandeling gehad voor afhankelijkheid van GHB. Geen gebruik van andere middelen of alcohol. Patiënte gebruikt om te kunnen slapen. Voordat ze GHB leerde kennen was slapen problematisch in verband met angstklachten die verband hielden met haar verleden als prostituee. Patiënte woont bij haar moeder, volgt behandeling bij een andere GGZ-instelling in verband met anorexia nervosa. Behalve een kleine studieschuld, heeft patiënte geen schulden bij instellingen. Somatisch is patiënte verder gezond.

Vignet 8: Een 24-jarige man BPS, ADHD en psychotische klachten.

Een 24-jarige man, bekend met een borderline persoonlijkheidsstoornis en antisociale trekken, ADHD en een psychotische stoornis NAO, drinkt dagelijks drie eenheden alcohol en in de weekenden daarnaast gedurende twee dagen 20 milliliter / 13 gram GHB per dag. Patiënt wil graag van het gebruik van GHB af, hetgeen hij was gaan gebruiken om zich sociaal 'gemakkelijker' te voelen en seksueel beter te kunnen presteren. Patiënt is al meerdere keren 'out' gegaan en op de SEH terecht gekomen en daarvan erg geschrokken. Patiënt wil liever geen GHB meer gebruiken. Patiënt heeft een eigen woning, geen schulden, vrouw en 1 kind van 5 maanden. Somatisch geen bijzonderheden.

Vignet 9: Een 24-jarige man met diverse opnames in het ziekenhuis.

Een 24-jarige man meldt zich op verwijzing van de huisarts bij een instelling voor verslavingszorg in verband met afhankelijkheid van GHB. Hij gebruikt alleen GHB in de weekenden, tot 120 milliliter / 78 gram per dag, iedere 1,5 uur. Hij is verschillende malen in het ziekenhuis opgenomen na een overdosering GHB. Nooit eerder een detoxificatie ondergaan. Patiënt bagatelliseert de ernst van het gebruik. Geeft aan het prettig te vinden om te gebruiken om zijn angst voor sociale situaties tegen te gaan. Er is verder nooit een psychiatrische diagnose gesteld. Patiënt woont bij zijn moeder, ouders zijn gescheiden. Vader is bekend met verslavingsproblematiek. Patiënt heeft werk, geen schulden. Patiënt rookt een aantal keer per week een joint. Geen somatische problematiek.

Vignet 10: Een 38-jarige vrouw die bij haar ouders woont en ook alcohol gebruikt.

Een 38-jarige vrouw wordt opnieuw aangemeld door haar familie omdat er lege 'dopjes' van GHB op haar kamer zijn gevonden. Patiënte is in het verleden meerdere keren ambulant gestopt met GHB gebruik (toen dagelijks 10 milliliter / 6,5 gram) en heeft eenmaal klinisch een detoxificatie gehad in verband met alcoholafhankelijkheid. Op dit moment gebruikt patiënte sinds drie jaar geen alcohol meer, sinds een week wel dagelijks 28 milliliter / 18,2 gram GHB, ongeveer om de zes uur vier milliliter. Patiënte is GHB gaan gebruiken om de craving naar alcohol te onderdrukken. Patiënte woont thuis. Heeft geen werk, maar ook geen schulden. Goed contact met haar ouders, die haar graag willen ondersteunen bij het stoppen met GHB.

Vigniet 11: Een 24-jarige student met GHB-afhankelijkheid en in het weekend alcohol.

Een 24-jarige mannelijke student wordt door zijn huisarts verwezen voor een ambulante GHB-detoxificatie. Hij gebruikt sinds een jaar 25 milliliter / 16,25 gram GHB per dag met een frequentie van 'één dopje' (5 milliliter / 3,25 gram) per vijf uur. Hij heeft zich gemeld bij zijn huisarts omdat hij slechte resultaten behaalde bij zijn studie geneeskunde. De reden dat hij een jaar geleden is gaan gebruiken is vanwege 'stress en angst'. Patiënt woont, met een aantal andere studenten, op een kamer in Rotterdam. Behoudens een lening voor zijn studie zijn er geen schulden. Tijdens bijeenkomsten van de studentenclub drinkt patiënt fors alcohol, maar er zijn, wat betreft alcohol, geen verschijnselen van afhankelijkheid.

Vigniet 12: Een 40-jarige man met een recidiverende depressie.

Een 40-jarige man, die bij een psychiater in behandeling is vanwege een recidiverende depressie ernstig, zonder psychotische kenmerken, wordt bij de verslavingszorg aangemeld vanwege GHB-afhankelijkheid. Hij gebruikt sinds drie jaar dagelijks 60 milliliter / 39 gram GHB: iedere twee uur vijf milliliter / 3,25 gram. Aanvankelijk werkte GHB tegen 'angst', maar patiënt merkt er nu voornamelijk depressief van te worden. Patiënt heeft een eigen woning en sinds vijf jaar een relatie, geen kinderen, werkt als automonteur, geen schulden.

Vigniet 13: Een 32-jarige man die 'out' gaat tijdens autorijden.

Een 32-jarige man gebruikt sinds drie jaar GHB, 30 milliliter / 19,5 gram per dag, iedere vier uur vijf milliliter / 3,25 gram. Een enkele keer gebruikt hij meer en dat is de reden dat hij onlangs tijdens het autorijden 'out' is gegaan. Patiënt is hierdoor zijn rijbewijs en zijn baan kwijt geraakt. Op dit moment ontvangt patiënt een uitkering, het lukt hem nog net om zijn maandelijkse lasten te betalen. Patiënt werkte als koerier, heeft geen relatie, woont in een huurhuis en heeft weinig contact met burens. Patiënt geeft aan geen behoefte te hebben aan sociale contacten, hij heeft dan ook geen 'echte vrienden'. Behalve psoriasis heeft patiënt geen somatische aandoeningen.

Vigniet 14: Een 21-jarige vrouw met GHB-afhankelijkheid in een kledingzaak.

Een 21-jarige vrouw is door haar baas naar de huisarts gestuurd in verband met GHB gebruik. Patiënte werkt in een kledingzaak en vanwege slechte prestaties en het vaak afwezig zijn / ziek zijn heeft haar baas haar voor de keus gesteld: of hulp zoeken of ontslag. Patiënte blijkt dagelijks, sinds een half jaar, 60 milliliter / 39 gram GHB te gebruiken per dag. Als ze werkt gebruikt ze iedere twee uur vijf milliliter / 3,25 gram (in de pauzes). In de weekenden gebruikt patiënte, met name in de avond, soms tot 10 milliliter / 6,5 gram extra. Patiënte vertelt eerder opgenomen te zijn geweest (3 jaar geleden) in een kliniek voor een detoxificatie van GHB. Ze heeft toen medicinale GHB voorgeschreven gekregen en heeft toen geen last gehad van ontwenningsklachten; 'eigenlijk is het daarna heel goed gegaan'. Patiënte was lange tijd abstinente, maar ging een half jaar geleden weer gebruiken in verband met slaapproblemen en stress op het werk. Patiënte woont samen met haar vriend in een appartement. Haar vriend gebruikt dagelijks cannabis, geen andere middelen. Patiënte gebruikt in de weekenden tot 10 eenheden alcohol per dag, geen alcohol door de week en geen andere middelen.

Vigniet 15: Een 28-jarige vrouw met een internetwinkel en relatieproblemen.

Betreft een 28-jarige vrouw met misbruik van alcohol (10 eenheden per dag, alleen in de weekenden), die anderhalf jaar geleden via vrienden in aanraking kwam met GHB en sindsdien dagelijks iedere drie uur vijf milliliter (3,25 gram) GHB gebruikt, dus dagelijks 40 milliliter (26 gram). Patiënte heeft verder een blanco medische voorgeschiedenis. Ze woont sinds kort samen en heeft geen kinderen. Het gebruikt neemt haar zo in beslag dat ze sinds vier maanden haar bedrijf offline heeft gezet (patiënte heeft een eigen internetwinkel in kleding). Haar relatie staat onder grote druk. Patiënte heeft verschillende keren zelf geprobeerd om thuis te stoppen met GHB, maar dit lukte niet vanwege angstklachten, hoofdpijn, spierpijn en slaapproblemen. Op somatisch gebied geen andere problemen. Er zijn geen schulden. Geen contacten met politie en / of justitie.

Vigniet 16: Een 26-jarige vrouw met hallucinaties.

Een 26-jarige vrouw is getrouwd met een gebruikende partner (GHB en alcohol). Patiënte heeft geen kinderen en werkt samen met partner in een eigen bedrijf (uitzendbureau). Patiënte vertelt sinds twee

jaar dagelijks GHB te gebruiken, iedere twee uur 3 milliliter (1,95 gram), dus dagelijks totaal 36 milliliter GHB (23,4 gram). Patiënte komt oorspronkelijk uit Polen en heeft geen familie in Nederland. Zij heeft meerdere pogingen ondernomen om thuis te stoppen, maar deze mislukten vanwege ontwenningverschijnselen zoals angst en auditieve hallucinaties. Patiënte is bekend met een borderline persoonlijkheidsstoornis en gebruikt ter ondersteuning bij stemmingswisselingen dipiperon 1 x daags 40 milligram. Er zijn geen lichamelijke klachten en ook aanvullend bloedonderzoek laat geen bijzonderheden zien. Geen schulden. Geen contacten met politie en / of justitie.

Vignet 17: Een 28-jarige man meldt zich herhaaldelijk ziek.

Een 28-jarige jongeman is inmiddels vier keer zijn baan kwijt geraakt vanwege herhaaldelijk ziek melden door GHB-gebruik. Hij gebruikt dagelijks iedere twee uur een half dopje GHB (2,5 milliliter), hetgeen betekent dat hij dagelijks 30 milliliter GHB (19,5 gram) gebruikt. Dit sinds twee jaar. Ondanks dat hij herhaaldelijk zijn baan is kwijt geraakt, zijn er geen schulden. Patiënt woont alleen, zijn ouders wonen enkele straten verderop in het dorp. Patiënt heeft goed contact met zijn ouders. Behalve GHB, drinkt patiënt af en toe in het weekend 1 a 2 glazen bier. Geen andere middelen. Somatisch gezien is patiënt gezond. Eerdere pogingen het gebruik van GHB te stoppen in de thuissituatie waren niet succesvol. Er was toen geen sprake van ondersteuning van zijn ouders, noch middels medicatie.

Vignet 18: Een 17-jarige vrouw komt met schoolverzuim komt vanwege haar ouders.

Een 17-jarige vrouw komt met een verwijzing van de huisarts op het spreekuur. Haar ouders hebben er op aangedrongen dat zij hulp zoekt voor GHB gebruik. Een jaar geleden is patiënte tijdens uitgaan in contact gekomen met GHB. Sindsdien gebruikt zij steeds meer GHB, tot op dit moment iedere twee uur 5 milliliter (3,25 gram). Dagelijks gebruikt zij in totaal 60 milliliter GHB (39 gram). Patiënte gaat naar school, hoewel er van verschillende kanten al opmerkingen zijn gemaakt over het vele afwezig zijn. Patiënte woont bij haar ouders; er zijn geen schulden. Somatisch gezien is patiënte gezond. Eerder is zij in behandeling geweest bij een GGZ-instelling in verband met angst- en depressieklachten.

Vignet 19: Een 43-jarige vrouw GHB-afhankelijkheid en een zoon die GHB gebruikt.

Een 43-jarige vrouw meldt zich nadat zij na lang aarzelen naar de huisarts is gaan vanwege gebruik van GHB. Drie jaar geleden is patiënte voor het eerst in aanraking gekomen met GHB via haar zoon. GHB bleek haar te helpen bij haar angst- en paniekkklachten, iets waarvoor zij reeds jaren bij de huisarts kwam, die haar daarvoor antidepressiva voorschreef. In drie jaar is de hoeveelheid GHB steeds meer toegenomen. Op dit moment gebruikt zij dagelijks 80 milliliter (52 gram) verspreid over de dag met een frequentie van ongeveer 1 x per twee uur tussen de vijf en 10 milliliter GHB. Haar zoon gebruikt ook GHB en woont bij haar in. Patiënte is gescheiden. Op dit moment heeft patiënte geen werk, zij heeft een schuld van ongeveer 5000 euro, met name niet betaalde rekeningen aan de belastingdienst. Patiënte is bekend met een hartritmestoornis (linker bundeltak block).

Vignet 20: Een 36-jarige man met GHB-afhankelijkheid werkt in de bouw.

Een 36-jarige man gebruikt dagelijks 60 milliliter (39 gram) GHB, iedere twee uur vijf milliliter. Twee jaar geleden gebruikte patiënt voor het eerst GHB nadat hij gescheiden was van zijn ex-vrouw. Uit dit huwelijk heeft patiënt twee kinderen, een zoon van 5 en een dochter van 3 jaar oud. Patiënt heeft sinds een maand een nieuwe vriendin leren kennen. Zij heeft echter aangegeven dat ze met hem verder wil gaan onder voorwaarde dat hij stopt met gebruiken van GHB. Patiënt werkt in de bouw, heeft een vast inkomen, waarvan een deel aan alimentatie naar zijn ex-vrouw en kinderen gaat. Geen schulden. Een keer heeft patiënt in de cel gezeten omdat hij onder invloed van GHB agressief werd en iemand in elkaar heeft geslagen. Patiënt is verder niet bekend met agressie en naast dit ene contact is patiënt nooit in aanraking gekomen met de politie. Patiënt heeft een blanco psychiatrische- en somatische voorgeschiedenis.

Bijlage 6 Antwoordenformulier vignetten

Scoringsmogelijkheden Vignetten

