

Aanbevelingen voor ketenzorg bij GHB-gerelateerde problemen

© 2016 Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA)
Postbus 6909, 6503 GK, Nijmegen. www.nispa.nl

ISBN/EAN: 978-90-819800-7-4
Drukwerk: Boekengilde, Enschede

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

Naar dit rapport kan als volgt worden verwezen:
Otte R.A., Verbrugge C.A.G., Dijkstra B.A.G. (2016). Aanbevelingen voor ketenzorg bij GHB-gerelateerde problemen. Nijmegen: NISPA. Boekengilde Enschede.

Projectaanvragers

Dr. Boukje AG Dijkstra

Cor AG Verbrugge

Projectleiding

Dr. Boukje AG Dijkstra

Projectcoördinatie

Dr. Renée A Otte

Financiering

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Studieduur

Startdatum: 1 maart 2015

Dataverzameling: juni 2015 t/m oktober 2015

Eindrapportage: januari 2016

Correspondentie:

Dr. Boukje Dijkstra

Samenvatting

In het afgelopen decennium is het gebruik van gamma-hydroxyboterzuur (GHB) sterk toegenomen. De ketenzorg lijkt op dit moment onvoldoende toegerust op de opvang van het toenemend aantal complexe GHB-(probleem)gebruikers en -verslaafden. Doel van dit project was het vinden van een betere afstemming tussen de verschillende partners die betrokken zijn bij de zorgketen rond GHB-problematiek, zoals verslavingszorg-instellingen, politie, ziekenhuizen en gemeenten. De focus lag hierbij op het inventariseren van bestaande afspraken, van knelpunten die worden ervaren in de ketenzorg en van mogelijke oplossingen voor die knelpunten.

De informatie werd verzameld aan de hand van interviews met sleutelfiguren die in hun dagelijkse werk betrokken zijn (geweest) bij de ketenzorg rondom GHB-gebruikers - zowel recreatieve als chronische gebruikers. De sleutelfiguren waren afkomstig uit een stedelijke (Amsterdam) en een niet-stedelijke regio (West-Brabant), om eventuele verschillen tussen regio's in kaart te kunnen brengen. Tevens werd informatie meegenomen uit twee expertgroepen waarin lokale ketenpartners uit Etten-Leur (Noord-Brabant) en Zwolle (Overijssel) samen knelpunten en oplossingen met betrekking tot GHB-problematiek bespraken.

Sleutelfiguren gaven aan dat er geen visiedocumenten bestaan voor de omgang met GHB-problematiek. Wel bestaan protocollen en geschreven en ongeschreven afspraken tussen ketenpartners. De belangrijkste knelpunten die de sleutelfiguren benoemden, zijn 1) dat de problematiek als aandoening veelal zeer heftig is, waardoor het voor hulpverleners en betrokkenen moeilijk is ermee om te gaan. GHB-gebruikers kunnen agressief en onbenaderbaar zijn, het bewustzijn verliezen en door een kenmerkend gebrek aan ziekte-inzicht willen ze niet altijd geholpen worden. De problematiek is in vergelijking met andere verslavingen vaker levensbedreigend en het terugvalpercentage is hoger. De GHB-problematiek is in die zin uniek te noemen; 2) dat het lastig is de juiste opvang te vinden voor een GHB-gebruiker met intoxicatie, overdosis of GHB-onthoudingssyndroom die buiten kantoortijd in crisis is.. De GGZ-crisisdienst beschikt niet altijd over faciliteiten voor het behandelen van de soms ernstige somatische complicaties, en 3) dat nazorg - in de breedste zin van het woord - niet optimaal geregeld is. Er is te weinig terugvalpreventie, te weinig outreachende hulp, onvoldoende aansluiting van de detoxificatiefase op vervolgbehandeling en te weinig continuïteit in het zorgproces. Oplossingen die sleutelfiguren voorstelden voor de genoemde knelpunten kunnen worden onderverdeeld in de thema's kennisdeling en preventie, samenwerking in de keten en maatwerk bij de opvang en behandeling.

Naast knelpunten benoemden sleutelfiguren ook punten die goed gaan. Zo kunnen de acute psychiatrie en de crisisdienst van de GGZ in Amsterdam elkaar goed vinden, werpt samenwerking in kleine werkgroepen in West-

Brabant zijn vruchten af en zijn in West-Brabant in de afgelopen maanden concrete afspraken gemaakt over communicatie tussen ketenpartners en maatwerk voor GHB-gebruikers.

In de ideale situatie zien sleutelfiguren voor zich dat alle zorg voor GHB-gebruikers op één plek gevestigd is. Er bestaan korte lijnen tussen alle ketenpartners en elke partner weet wat hij van de ander kan verwachten. De zorgverleners leveren maatwerk en wanneer een behandeltraject nodig is, wordt de cliënt rechtstreeks betrokken bij het opzetten daarvan.

Op basis van de resultaten zijn enkele aanbevelingen geformuleerd. De voornaamste aanbevelingen zijn dat 1) afspraken en verantwoordelijkheden, in onderlinge samenspraak en afgestemd op de regio, worden vastgelegd, waarna op meer regelmatige basis en via kortere lijnen contact wordt onderhouden tussen de ketenpartners, 2) de verslavingszorg de ketenzorg gaat coördineren, 3) zorg meer op één locatie wordt aangeboden en meer op de individuele GHB-gebruiker wordt afgestemd en 4) nazorg in de vorm van o.a. informatieverstrekking, woonruimte en dagbesteding in een vroeg stadium georganiseerd wordt.

Inhoudsopgave

1. Projectmedewerkers	4
2. Samenvatting	5
3. Inhoudsopgave	7
4. Afkortingen	8
5. Inleiding	9
5.1 Wat is GHB ?	9
5.2 Probleemstelling	10
5.3 Doelstelling	11
5.4 Vraagstelling	11
6. Projectopzet en -uitvoering	12
6.1 Procedure	12
6.2 Analyse	15
7. Resultaten	17
7.1 Doelgroepen	17
7.2 Afspraken en werkwijzen	17
7.3 Knelpunten	18
7.4 Oplossingen	22
7.5 Ideale situatie	24
7.6 Relatie tussen ketenpartners	25
8. Conclusies, discussie en aanbevelingen	26
8.1 Conclusies	26
8.2 Discussie	28
8.3 Aanbevelingen	29
9. Tot slot.	31
10. Referenties	32
Appendix I : Het interview	33
Appendix II: Antwoorden	
Knelpunten	35
Oplossingen	42

Lijst met afkortingen

BOPZ	Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
EDS	Excited delirium syndrome
GABA	Gamma-amminoboterzuur
GBL	Gamma-butyrolactone
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GHB	Gamma-hydroxyboterzuur
IBS	Inbewaringstelling
IC	Intensive care
MaSS	Maatschappelijke Steun Systemen
PAAZ	Psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis
PI	Penitentiare inrichting
PPC	Penitentiair Psychiatrich Centrum
SEH	Spoedeisende hulp
SMO	Stichting maatschappelijke opvang

Inleiding

In het afgelopen decennium is het gebruik van gamma-hydroxyboterzuur (GHB) en precursors daarvan, zoals gamma-butyrolactone (GBL), sterk toegenomen. In de jaren negentig van de vorige eeuw werd het middel vooral gebruikt in de recreatieve uitgaansscene (Brunt & Schrooten, 2014). Inmiddels kunnen grofweg drie gebruikersgroepen van GHB worden onderscheiden: 1) de uitgaande jongeren/jong volwassenen, 2) de gemarginaliseerde groepen en 3) de thuisgebruikers (Horjus & van Goor, 2011, Voorham & Buitenhuis 2012, Korf e. a. 2012).

De verslavingszorg heeft de toename in GHB-gebruik onder meer gemerkt aan een grote stijging in het aantal GHB-gerelateerde hulpvragen: van zo'n 80 in 2007 naar 779 personen die in 2014 werden behandeld met primaire GHB-problematiek (Brunt & Schrooten, 2014). Volgens informatie van het Letsel Informatie Systeem (LIS) was GHB in de periode 2008-2012 verantwoordelijk voor 27% van alle geregistreerde drugsgerelateerde SEH-behandelingen in Nederland (Valkenberg 2012).

Het aantal nieuwe hulpvragers met betrekking tot GHB-problematiek is in 2014 niet verder toegenomen (Wisselink ea., 2015; van de Laar ea., 2015). Echter, uit observaties blijkt dat recidive bij cliënten met GHB-problematiek aanzienlijk hoger is dan bij GHB-gebruikers met andere primaire problematiek. Dit is niet het gevolg van onderbehandeling, aangezien GHB-gebruikers in kwantitatieve zin eerder meer dan minder behandeling krijgen dan andere cliënten (Mol ea., 2014). Ook de landelijke GHB-monitor van het NISPA (Dijkstra ea., 2013) komt tot de conclusie dat twee van de drie GHB-gebruikers na detoxificatie terugvalt in hernieuwd GHB-gebruik. Hoewel concrete cijfers ontbreken, lijkt het er in de klinische praktijk op dat er een grotere groep chronische GHB gebruikers bestaat dan die in behandeling is bij de verslavingszorg (Brunt en Schrooten, 2014).

Bij de zorg voor GHB-gebruikers, zowel recreatieve als chronische, zijn vaak verschillende disciplines betrokken. In dit document beschrijven we hoe de samenwerking tussen deze disciplines eruit ziet in twee regio's in Nederland en benoemen we aanbevelingen die vanuit de praktijk gedaan worden. Alvorens dit te doen, geven we beknopt de eigenschappen van GHB weer en zetten we meer in detail de probleemstelling, doelstelling en vraagstelling van dit project uiteen.

Wat is GHB?

GHB is een neurotransmitter die van nature in de menselijke hersenen voorkomt. Het is zowel een uitgangsstof als eindproduct van gamma-aminoboterzuur (GABA), de belangrijkste remmende neurotransmitter in het centrale zenuwstelsel (Kamal & Janssen van Raay, 2014; Kamal ea., 2013). GHB als recreatieve drug werkt ontremmend: het bevordert sociale interacties en seksuele gevoelens en dempt daarnaast angsten. Het gebruik van de drug werd mede hierdoor populair in het uitgaansleven medio jaren negentig van de vorige eeuw. De ontremming kan echter leiden tot

ongemakkelijke situaties, waarin de gebruiker zichzelf niet meer onder controle heeft of waarin eigen seksuele grenzen overschreden worden. Daarnaast meldt de politie onvoorspelbaar gedrag, agressiviteit en onveilig rijgedrag bij gebruikers die onder invloed worden aangehouden (CAM, 2011; Houwing, 2011; Benschop ea., 2011). Het agressieve gedrag kan naast agitatie en angst een onderdeel zijn van GHB-onthouding (Veerman ea., 2010). Agressie bij GHB gebruikers kan geprikkeld worden door overmatig of te weinig GHB als gevolg van toename in dopamine en serotonine. Dit kan leiden tot agressief gedrag, zonder dat de dader zich daarvan (volledig) bewust is. De pijndrempel is hierbij veelal verhoogd, waardoor de dader moeilijk in bedwang te krijgen is. Verder kan chronisch GHB-gebruik, of gebruik in combinatie met amfetamine en/of cocaïne, bijdragen aan het ontstaan van een Exited Delirium Syndroom (Dorn, 2013), dat in het ergste geval levensbedreigend is. Verder is GHB zeer verslavend, waardoor gebruik van de stof misbruik en afhankelijkheid in de hand werkt (Brunt ea., 2014).

De drug is relatief gevaarlijk door de kleine therapeutische marge: de kans op overdosering is reëel (Brunt ea., 2014). Intoxicaties kunnen leiden tot verminderd bewustzijn of het verliezen daarvan. De mate van bewustzijnsverlies is afhankelijk van de mate van overdosering. Meer ernstige overdoseringen leiden tot langduriger bewustzijnsverlies en in veel gevallen tot de inzet van een ambulance en transport naar een ziekenhuis. Bij ontwaken uit bewustzijnsverlies, of een GHB-coma, wordt vaak desoriëntatie waargenomen.

Probleemstelling

Verslavingszorginstellingen, GGZ-instellingen, algemene ziekenhuizen, politie en arrestantenzorg hebben te maken met GHB-intoxicaties, GHB-afhankelijkheid en GHB-onthouding. De verschillen in GHB-problematiek zijn groot tussen de verschillende regio's in Nederland. In de ene regio gaat het (primair) om gezondheidsproblemen (met name onwel worden na GHB-gebruik), terwijl het in andere regio's kan gaan om overlast en hardnekkige recidivisten. GHB-verslaafden kunnen tegelijkertijd bekenden zijn van de politie (veelal vanwege overlast, maar ook door agressie) én cliënten van de verslavingszorg, die na opname in een ziekenhuis of afkickkliniek bij herhaling terugvallen in GHB-gebruik.

De ketenzorg lijkt op dit moment onvoldoende toegerust op de opvang van complexe GHB-(probleem)gebruikers en -verslaafden. In een acute fase vervoeren politie of ambulancepersoneel de persoon óf naar een politiecél waar de persoon door een arts of verpleegkundige wordt gezien óf naar de spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis. Bij een aantal gevallen met dodelijke afloop bleek bij evaluatie dat de samenwerking tussen de verschillende partijen niet optimaal was, mede doordat het probleem en zijn oorzaak onvoldoende werd herkend (Dorn, 2013). Er bestaan binnen de regio's samenwerkingsverbanden tussen gemeenten, politie,

verslavingszorg en ziekenhuizen, maar veelal ontbreken gezamenlijke flowcharts over hoe GHB-gebruikers 1) kunnen worden gediagnosticeerd na een acute intoxicatie en/of onthoudingssituatie, of bij overlastgevende situaties met GHB-gebruik en 2) kunnen worden doorgeleid naar een langerdurend zorgtraject, al dan niet binnen justitiële kaders. In de actuele situatie zien we vaak dat GHB-gebruikers uit beeld raken en later hernieuwd in acute situaties of overlastsituaties worden aangetroffen.

Doelstelling

Doel van dit project is het vinden van een betere afstemming tussen de verschillende partners die betrokken zijn bij de zorgketen rond GHB-problematiek, zoals verslavingszorginstellingen, politie, ziekenhuizen en gemeenten. Dit project focust op het inventariseren van bestaande afspraken, richtlijnen en knelpunten in de ketenzorg, met als doel het doen van aanbevelingen en het bieden van handvatten - geen oplossingen - vanuit de ketenzorg.

Vraagstelling

De centrale vraag die we bij dit project stellen, luidt:

Hoe kunnen politie, justitie, en hulpverleners (zoals GGZ, Verslavingszorg, SEH/ziekenhuizen) optimaal samenwerken bij de aanpak van GHB-problematiek?

Onder GHB-problematiek verstaan wij alle problemen die ontstaan door gebruik of misbruik van GHB, zoals GHB-intoxicatie, GHB-ontwenningssymptomen en GHB-verslaving, maar ook verstoring van de openbare orde, (ernstige) somatische ¹ klachten en maatschappelijke marginalisering.

We zullen de centrale vraag beantwoorden aan de hand van onderstaande deelvragen:

1. Welke huidige regionale werkwijzes en afspraken bestaan er in de ketenzorg rondom GHB problematiek, zowel in de acute als niet acute zorg?
2. Welke knelpunten worden ervaren in de bestaande huidige werkwijzes en afspraken in de ketenzorg rondom GHB problematiek?
3. Wat is de wenselijke situatie gezien vanuit de verschillende betrokken partners en welke ideeën hebben ze om deze situatie te bereiken?

¹ De begrippen somatische klachten en somatiek worden in dit rapport gebruikt om te verwijzen naar somatische symptomen gerelateerd aan GHB-gebruik, zoals tachycardie, hypertensie, diaphoresis, nystagmus, tremoren, tonisch-clonische spiertrekkingen en hyperthermie, waarvoor behandeling door en/of toezicht van een arts nodig is.

Projectopzet en -uitvoering

Aan de hand van een exploratief en beschrijvend onderzoek zijn gegevens verzameld over de actuele situatie omtrent de ketenzorg voor GHB-gerelateerde problematiek in twee regio's in Nederland. Hierbij werd enerzijds gebruik gemaakt van bestaande documentatie en anderzijds van semi-gestructureerde interviews. Tevens werd informatie verzameld bij twee expertgroepen over GHB-problematiek. De procedure wordt hieronder in meer detail beschreven.

Procedure

Deelnemende regio's

Voor dit project zijn instellingen in twee verschillende regio's in Nederland benaderd. Er werd gekozen voor een niet-stedelijke en een stedelijke regio om mogelijke verschillen in kaart te brengen voor wat betreft de aard van de problematiek en de ketenzorg die eromheen georganiseerd is. Als niet-stedelijke regio werd West-Brabant gekozen, waar ketenpartners met regelmaat te maken krijgen met ernstige GHB-problematiek. De stedelijke regio was Amsterdam, waar een protocol voor de omgang met GHB-gebruikers is ontwikkeld.

Bestaande documentatie

Twee documenten vormden de basis voor en start van het onderzoek. De eerste was de richtlijn "Excited Delirium Syndrome" (EDS; Dorn, 2013), die in 2013 door de GGD Amsterdam is ontwikkeld in samenwerking met de politie, ambulancezorg, spoedeisende psychiatrie en Event Medical Service (Werkgroep EDS). Deze richtlijn diende als startpunt, omdat de Werkgroep EDS na afronding ervan besloot in (bijna) dezelfde samenstelling ook een richtlijn te ontwikkelen over hoe om te gaan met GHB-problematiek.

Het tweede document was een notitie over de opvang van gebruikers met acute GHB-problematiek, geschreven door een onderzoeker en geneesheer-directeur van de verslavingszorginstelling Novadic-Kentron in Noord-Brabant: "Opvang acute GHB-problematiek in de ketenzorg" (Verbrugge en Franzek, 2014). Het document is gestoeld op de richtlijn van GGD Amsterdam, omdat het GHB-onthoudingssyndroom grote overeenkomsten vertoont met EDS (van Noorden & van Dijken, 2014).

De documenten werden gebruikt om inzicht te krijgen in 1) welke partners betrokken zijn bij de zorg rondom GHB-problematiek, 2) welke protocollen bestaan over de omgang met de doelgroep.

Sleutelfiguren

Sleutelfiguren voor de semi-gestructureerde interviews werden ten eerste geïdentificeerd op basis van de documenten over EDS en acute GHB-problematiek (zie vorige paragraaf). Tevens werden sleutelfiguren uitgekozen uit het netwerk van de auteurs van de twee documenten en uit

het netwerk van de onderzoekers. Het betrof personen die in hun dagelijkse werkzaamheden te maken hebben (gehad) met GHB-gerelateerde problematiek, zoals verslavingsartsen, preventiewerkers en politieagenten. Tabel 1 beschrijft per regio de beroepsgroepen waartoe de sleutelfiguren behoren.

Tabel 1: *De beroepsgroepen waartoe de sleutelfiguren uit de betrokken regio's horen.*

Beroepsgroep	Ketenpartner	West-Brabant	Amsterdam
Bemoeizorger	Verslavingszorg	X	
Preventiewerker	Verslavingszorg	X	
Hoofdbehandelaar	Verslavingszorg	X	
Verslavingsarts	Verslavingszorg	X	X
Ambulanceverpleegkundige	Ambulancezorg		X
SEH-arts	Algemeen ziekenhuis	X	X
Psychiater	Algemeen ziekenhuis, verslavingszorg	X	X
Psychiatrisch verpleegkundige	Algemeen ziekenhuis, GGZ	X	
Forensisch arts	GGD		X
Medewerker algemene gezondheidszorg	GGD		X
Onderzoeker	GGD		X
Wijkagent	Politie	X	
Medewerker meldkamer	Politie		X
Medewerker problematische personen	Politie		X
Medewerker integrale veiligheid	Gemeente	X	
Medewerker handhaving en veiligheid	Gemeente	X	
Jongerenwerker	Welzijnswerk	X	
Maatschappelijk werker	Welzijnswerk	X	

NB: Uit sommige beroepsgroepen werden meerdere sleutelfiguren geïnterviewd

Interview

Het semi-gestructureerde interview bestond uit 8 hoofdvragen en verschillende deelvragen over de ketenzorg zoals de geïnterviewde die kent

(zie Appendix I voor de interviewvragen). De hoofd- en deelvragen overlappen gedeeltelijk, zodat zoveel mogelijk informatie van de sleutelfiguren kon worden verzamelen. De interviewer nam alle vragen af, tenzij het verzadigingspunt bereikt was en de vragen geen nieuwe informatie meer opleverden.

Het eerste deel van het interview bestond uit vragen over de taken en verantwoordelijkheden van de geïnterviewde, over afspraken tussen ketenpartners en over eventuele knelpunten die worden ervaren. In het tweede deel werd gevraagd naar eventuele oplossingen voor de knelpunten. Voorbeelden van vragen zijn "*Welke werkwijzes en afspraken kent u in de ketenzorg rondom GHB-problematiek?*", "*Welke knelpunten ervaart u in de ketenzorg rondom GHB-problematiek*" en "*Hoe ziet de ketenzorg rondom GHB-problematiek er idealiter uit?*". Het afnemen van de vragen duurde 45 tot 60 minuten.

In totaal werden 23 interviews afgenomen met 26 sleutelfiguren (bij 3 interviews werden twee sleutelfiguren tegelijk geïnterviewd). In de regio West-Brabant deden 15 sleutelfiguren mee (14 interviews) en in de regio Amsterdam deden 11 sleutelfiguren mee (9 interviews).

GHB-expertgroep

In de periode waarin dit project liep, werd de onderzoeker in de gelegenheid gesteld twee GHB-expertgroepen bij te wonen, één in Etten-Leur (Noord-Brabant) en één in Zwolle (Overijssel). De expertgroepen waren onafhankelijk van elkaar georganiseerd. De aanleiding voor beide groepen was het terugkeren van knelpunten rondom GHB-problematiek. Voor beide groepen was tevens het doel van de bijeenkomst hetzelfde: het vinden van oplossingen voor deze knelpunten. Hiertoe waren ketenpartners uit de respectievelijke regio's uitgenodigd die regelmatig te maken krijgen met (problematiek rondom) GHB. Tabel 2 geeft per expertgroep weer welke ketenpartners aanwezig waren.

Tabel 2: *De ketenpartners die per regio deelnamen aan de expertgroepen*

Ketenpartners	Expertgroep Noord-Brabant	Expertgroep Overijssel
Gemeente (centrum-gemeente en twee kleinere gemeentes)	X	
GGD	X	X
GGZ	X	X
Huisartsenpost	X	
Maatschappelijk werk	X	
PI		X
Politie	X	

PPC		X
Stichting Maatschappelijke Opvang (SMO)	X	
Verslavingszorg	X	X
Werkplein	X	
Woonstichting	X	
Ziekenhuis	X	X
Zorgverzekeraar	X	

NB: Van verschillende ketenpartners waren meerdere afgevaardigden aanwezig

De agenda bij beide expertgroepen was vergelijkbaar. Na een inleiding door de voorzitter werden knelpunten in kaart gebracht die de ketenpartners ervaren. Er werd gediscussieerd over mogelijke oplossingen. Aan het einde van de bijeenkomst waren in beide expertgroepen verschillende opties in kaart gebracht.

Analyse

Interviews

Tijdens de interviews met de sleutelfiguren werden aantekeningen gemaakt op een laptop. Tevens werden de interviews met toestemming van de sleutelfiguren opgenomen met behulp van een spraakrecorder op een android telefoon. Op basis van zowel de aantekeningen als de geluidsopnames werd een schriftelijk verslag gemaakt van ieder interview. Van de verslagen werd een overzichtstabel gemaakt (zie Appendix II), waarin de informatie werd geordend in vier onderwerpen aan de hand waarvan een antwoord kan worden geformuleerd op de centrale onderzoeksvraag en de deelvragen:

1. Afspraken en werkwijzen;
2. Knelpunten;
3. Mogelijke oplossingen;
4. Ideale situatie.

De overzichtstabel werd ter goedkeuring voorgelegd aan de geïnterviewden en aangepast waar nodig.

Expertgroepen

Ook bij de expertgroepen werden aantekeningen en opnames gemaakt. Hiervan werd een samenvatting geschreven met de belangrijkste punten die naar voren waren gekomen. De samenvattingen van beide expertgroepen werden voorgelegd aan de sleutelfiguren die eraan hadden deelgenomen, met het verzoek de samenvatting indien nodig aan te vullen en/of te corrigeren. In Etten-Leur werden hiervoor drie van de aanwezige sleutelfiguren gecontacteerd. In Zwolle werd de samenvatting aan alle

aanwezig en doorgestuurd. Na eventuele aanpassingen van de samenvattingen werd de informatie eruit verwerkt in de overzichtstabel die was gemaakt op basis de interviews.

Resultaten

In deze sectie geven we de belangrijkste resultaten van het onderzoek weer. Eerst beschrijven we informatie over de verschillende doelgroepen waar sleutelfiguren in de dagelijkse praktijk mee te maken krijgen. Daarna gaan we in op de vier onderwerpen uit de overzichtstabel die gebruikt kunnen worden voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen: afspraken en werkwijzen, knelpunten, oplossingen en de ideale situatie. Als laatste benoemen we facetten waaruit volgens de sleutelfiguren een goede relatie tussen de ketenpartners bestaat.

Doelgroepen

De sleutelfiguren geven zeer verschillende antwoorden op de vraag of ze GHB-gebruikers verdelen in verschillende doelgroepen en zo ja, welke. Voor een deel van de sleutelfiguren is het onderscheiden van GHB-gebruikers in doelgroepen niet relevant, omdat de manier van ingrijpen, de interventie en/of het type behandeling daarvan niet afhankelijk is. Andere sleutelfiguren maken wel een onderverdeling en deze hangt sterk af van het deel van de keten waarin ze werkzaam zijn (dit geldt zowel voor West-Brabant als Amsterdam):

Sleutelfiguren uit de verslavingszorg bekijken over het algemeen of het gaat om een recreatieve versus chronische / gemarginaliseerde gebruiker.

Sleutelfiguren uit de spoedeisende hulp, het ziekenhuis en de ambulancezorg zijn met name geïnteresseerd in of sprake is van intoxicatie of onthouding.

Sleutelfiguren uit de forensische hoek beoordeelden of een cliënt insluitbaar is of niet.

Een ander type onderscheid dat gemaakt wordt, betreft de zorg die nodig is. Veel van de sleutelfiguren krijgen enerzijds te maken met zorgbehoefte in periode van crisis (acute zorg), bijvoorbeeld na inname van een overdosis GHB, of door intoxicatie- of onthoudingsverschijnselen. Anderzijds speelde nazorg² een grote rol, wanneer de crisis voorbij is, maar waarbij vaak onduidelijk is waar de cliënt dan heen moet of kan.

Afspraken en werkwijzen

Tijdens het interview werd gevraagd of de sleutelfiguren bekend zijn met visiedocumenten, protocollen of (ongeschreven) afspraken die betrekking hebben op de ketenzorg rond GHB-problematiek.

² In de context van dit rapport bedoelen we met 'nazorg' de zorg die beschikbaar is voor GHB-gebruikers in de volgende schakel van de ketenzorg. Voor de verschillende ketenpartners kan dit iets anders betekenen. In de verslavingszorg is nazorg bijvoorbeeld de zorg nadat een cliënt ontgift is en naar huis mag, zoals terugvalpreventie. In de SEH is nazorg de zorg die wordt geboden nadat een GHB-gebruiker gestabiliseerd is en naar huis mag, zoals een gesprek met een hulpverlener over GHB-gebruik en de gevaren ervan.

Visiedocumenten

Op de vraag of visiedocumenten bestaan over de ketenzorg rondom GHB-problematiek luidt het antwoord eenduidig "Nee". Noch de sleutelfiguren uit West-Brabant noch die uit Amsterdam weten of zo'n document in hun regio bestaat.

Protocollen

De sleutelfiguren kenden over het algemeen ten minste één protocol. In zowel West-Brabant als Amsterdam zijn sleutelfiguren bekend met (het bestaan van) protocollen voor ontgiftiging en voor titratie. Deze protocollen zijn veelal gebaseerd op het document "Practice-based aanbevelingen voor GHB detoxificatie" (Kamal et al., 2014). In West-Brabant heeft een deel van de sleutelfiguren daarnaast kennis genomen van de notitie voor de opvang van GHB-gebruikers met acute GHB-problematiek (Verbrugge en Franzek, 2014). In Amsterdam geldt hetzelfde voor de richtlijn over GHB-problematiek: alle sleutelfiguren zijn ervan op de hoogte dat aan dit protocol bestaat. Verder wordt op de SEH in Amsterdam een protocol gebruikt voor de omgang met onrustige en/of agressieve GHB-gebruikers.

Afspraken

Alle sleutelfiguren zijn bekend met geschreven dan wel ongeschreven afspraken tussen de verschillende partners in de ketenzorg. In West-Brabant bestaan bijvoorbeeld afspraken binnen lokale werkgroepen, die specifiek zijn opgericht om GHB-problematiek beter te kunnen hanteren. Verder benoemt de SEH-afdeling in West-Brabant een afspraak met de verslavingszorg over GHB-gebruikers die verschillende keren in korte tijd gezien zijn. Opvallend is dat er verschillende lokale werkgroepen bestaan met ieder hun eigen afspraken en dat deze groepen niet per definitie elkaars afspraken kennen.

In Amsterdam bestaat de afspraak dat GHB-gebruikers vanuit spoedeisende psychiatrie altijd terecht kunnen bij de verslavingszorg, ook buiten kantooruren en ook wanneer weinig plaatsen beschikbaar zijn. Daarnaast hebben de achterwachters³ van de verschillende ketenpartners in Amsterdam de volgende afspraak gemaakt: wanneer de ene achterwacht de andere om assistentie vraagt, wordt daarop altijd ingegaan. Achteraf wordt geëvalueerd of de juiste keuze gemaakt is of dat een andere ketenpartner beter assistentie had kunnen verlenen.

Knelpunten

In het volgende deel van het interview werden de sleutelfiguren gevraagd of ze knelpunten tegenkomen in de ketenzorg rondom GHB-problematiek. De sleutelfiguren beschrijven knelpunten op verschillende punten in de keten.

³ Met "achterwacht" bedoelen we ketenpartners die buiten kantooruren oproepdienst hebben, zoals politie en ambulancedienst.

Sommige knelpunten worden zowel in regio West-Brabant als in regio Amsterdam genoemd. Andere knelpunten komen in één van beide regio's voor. Over het algemeen beschrijven de sleutelfiguren in West-Brabant meer - en meer prangende - knelpunten dan die in Amsterdam. Enkele sleutelfiguren in Amsterdam geven aan dat ze geen of zeer weinig knelpunten ervaren in hun deel van de ketenzorg.

De genoemde knelpunten kunnen worden samengevat in 3 overkoepelende thema's die we hieronder beschrijven, namelijk: 1) *de gebruiker en zijn problematiek*, 2) *crisis* en 3) *nazorg*. We nemen in de beschrijving van de thema's ook knelpunten mee die worden genoemd door ketenpartners uit de expertgroepen in Etten-Leur en Zwolle. Over het algemeen somden de experts uit de expertgroep in Etten-Leur dezelfde knelpunten op als de sleutelfiguren uit West-Brabant. De experts uit Zwolle benoemden, net als de sleutelfiguren in Amsterdam, een kleiner aantal knelpunten.

De gebruiker en zijn problematiek

GHB-gebruikers worden door alle sleutelfiguren omschreven als een lastige doelgroep. De aard van de problematiek maakt dat hulpverlening moeilijk kan zijn. Sleutelfiguren beschrijven dat de beelden die GHB-gebruikers bij crises vertonen zeer heftig kunnen zijn. Cliënten en patiënten die gebruikt hebben, kunnen zeer agressief zijn, onaanspreekbaar en onbenaderbaar. Bij een overdosis bestaat de kans dat GHB-gebruikers het bewustzijn verliezen en vervolgens met veel onrust en agressie uit hun bewustzijnsverlies ontwaken. Ook bij onthouding en ontwenning komen agitatie en agressie als symptoom voor, wat het moeilijk maakt te duiden wat er met de cliënt aan de hand is en hoe hij behandeld moet worden.

De omgang met GHB-gebruikers wordt verder bemoeilijkt doordat veel cliënten en patiënten geen hulp willen. Zo gaven sleutelfiguren uit beide regio's voorbeelden van GHB-gebruikers die (de ernst van) hun probleem niet inzagen en er niet van schrokken dat ze op de SEH ontwaakten. Verschillende sleutelfiguren uit het ziekenhuis en van de SEH hadden meegemaakt dat GHB-gebruikers na ontwaken de afdeling verlieten zonder dat hulpverlening de kans had gehad met hen in gesprek te gaan.

Bij verslaafde GHB-gebruikers wordt de ernst van de verslaving aan sich als knelpunt beschreven. Deze gebruikers hebben zo vaak GHB nodig dat tijdsdruk wordt ervaren, met name in de forensische setting in Amsterdam: er moet op tijd gehandeld worden, anders kunnen ontwenningssverschijnselen optreden die in het ergste geval levensbedreigend zijn. Deze somatische kant van de verslaving maakt het moeilijk opvang / een slaapplek te regelen voor GHB-gebruikers: sleutelfiguren uit West-Brabant beschreven dat veel ketenpartners de verantwoordelijkheid voor de groep niet aandurven.

Cliënten die veel GHB gebruiken, werden daarnaast door sleutelfiguren uit West-Brabant omschreven als vergeetachtig, chaotisch en zeer moeilijk tot actie aan te sporen, waardoor praktische, dagelijkse handelingen lastig worden. Sleutelfiguren vertelden deze GHB-gebruikers aan de hand moeten worden genomen bij het regelen van praktische zaken, omdat ze hiertoe zelf

niet meer in staat zijn. Deze praktische ontregeling is zo erg, dat het in goede banen leiden van begeleiding daaromtrent als zeer tijdrovend wordt ervaren.

Sleutelfiguren in West-Brabant beschrijven verder dat doordat de problematiek rondom GHB-gebruik zo complex is, het voor ketenpartners niet altijd gemakkelijk of mogelijk is de juiste zorg of hulp te verlenen. Daar komt bij dat ketenpartners onderling niet altijd (voldoende) zicht hebben op elkaars (interne) knelpunten. Zeer belangrijk en veel genoemd is dat hierdoor frustratie en/of onbegrip ontstaat, wat ertoe kan leiden dat ketenpartners elkaar verwijten maken en wat de goede verhoudingen onder druk zet. Dit spanningsveld wordt het sterkste ervaren tussen de verslavingszorg en de GGZ.

Crisis

De meeste knelpunten worden ervaren in crisissituaties, zoals bij intoxicatie, overdosis of GHB-onthoudingssyndroom. Sleutelfiguren uit West-Brabant hebben tijdens een crisis met meer knelpunten te maken dan sleutelfiguren uit Amsterdam.

Wanneer een crisis binnen kantoortijd plaatsvindt, lukt het over het algemeen een plaats te vinden waar de GHB-gebruiker terecht kan. Dit benoemen sleutelfiguren uit beide regio's. Het vinden van een plaats kan echter lang duren. Dit komt onder andere doordat 1) er (nog) geen protocol is en er onduidelijkheid is over de rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende ketenpartners, 2) partners elkaar te weinig lijken te vinden; er onvoldoende wordt gecommuniceerd, 3) er onderbezetting is en er te weinig crisisbedden zijn - onder meer door bezuinigingen, 4) het bij dubbeldiagnose⁴ onduidelijk is of de verslavingszorg of de GGZ het eerste aanspreekpunt dient te zijn en 5) privacygevoelige gegevens niet zonder toestemming van de GHB-gebruiker tussen de ketenpartners kunnen worden uitgewisseld. De ketenpartner die de GHB-gebruiker in eerste instantie opvangt, zoals de politie, kan daardoor zeer lang met een zaak bezig zijn. De eerste vier punten worden met name genoemd door sleutelfiguren uit West-Brabant, terwijl het vijfde punt zowel in West-Brabant als Amsterdam beschreven wordt.

Wanneer een crisis buiten kantoortijd plaatsvindt, worden meer knelpunten ervaren. Dit geldt zowel voor de regio West-Brabant als de regio Amsterdam. De tijd die nodig is om een GHB-gebruiker geplaatst te krijgen, neemt dan (zeer sterk) toe. Dit komt doordat er bijvoorbeeld onduidelijkheid is over waar een GHB-gebruiker heen kan en wie verantwoordelijk is. In (met name) West-Brabant spelen hierbij de volgende knelpunten een belangrijke rol:

- De crisisdienst heeft niet altijd voldoende ervaring met GHB-problematiek - er bestaat handelingsverlegenheid - en beschikt doorgaans

⁴ Wanneer sprake is van zowel verslaving als psychiatrische problematiek.

niet over faciliteiten voor het behandelen van (ernstige) somatische klachten.

- De verslavingszorg heeft veelal voldoende ervaring met GHB-problematiek, maar heeft geen crisisdienst buiten kantooruren en beschikt net zo min als de crisisdienst over de juiste faciliteiten voor het behandelen van ernstige somatiek.
- Het ziekenhuis heeft somatische expertise, maar minder op het gebied van verslaving.

In de regio Zwolle en Amsterdam geven sleutelfiguren aan dat een gebruiker met een GHB-probleem die in de forensische context buiten kantooruren in crisis is, in de meeste gevallen kan worden opgevangen. Dit geldt ook voor GHB-gebruikers in crisis met ernstige somatische klachten. Desondanks worden in de regio Amsterdam enige knelpunten ervaren, zoals dat 1) niet alle artsen in de forensische context evenveel ervaring hebben met GHB-problematiek. Artsen schatten de problematiek soms anders in, De ene arts schrijft bijvoorbeeld benzodiazepinenbehandeling in de cel voor, terwijl de andere arts geen fiat geeft voor insluiting. Hierdoor lijkt er niet uniform gehandeld te worden, terwijl het in feite een afweging is van de medisch professional, 2) GHB-gebruikers die zijn vastgezet, niet altijd bezocht lijken te worden door een (forensisch) arts, waarbij artsen benadrukken dat iedere arts weet dat GHB-afhankelijke mensen snel bezocht moeten worden omdat er snel gehandeld en besloten moet worden, 3) vervoer organiseren vanuit het politiebureau naar een volgende opvangplaats moeizaam verloopt, 4) de politie weinig directe lijnen heeft met de verslavingszorg en 5) het onduidelijk is waar verslaafde GHB-gebruikers naartoe moeten als nog wordt uitgezocht of ze een strafbaar feit hebben gepleegd of niet.

Ook wanneer sprake is van somatisch stabiele GHB-gebruikers met verslavingsproblematiek, eventueel in combinatie met psychiatrische problematiek, die niet in het forensisch kader thuishoren, is het vinden van opvang buiten kantooruren problematisch.

Nazorg⁵

Een derde knelpunt dat door een groot percentage van de sleutelfiguren uit zowel West-Brabant als Amsterdam genoemd wordt, heeft betrekking op nazorg. Sleutelfiguren uit de verslavingszorg in West-Brabant benoemen dat veel GHB-gebruikers na ontgiftiging terugvallen in gebruik en dat de juiste behandeling voor deze cliënten nog niet gevonden is. Ze beschrijven dat er nog erg weinig nazorg is voor ex-gebruikers, te weinig terugvalpreventie, te weinig outreachende hulp, dat behandeling en ontgiftiging niet goed op elkaar aansluiten, dat er te weinig continuïteit in de zorg is en dat te weinig wordt gewerkt aan de motivatie van GHB-gebruikers. Ook worden praktische zaken erg laat geregeld, waardoor de

⁵ Nazorg in de breedste zin van het woord, zie ook voetnoot 2.

kans op terugval sterk toeneemt. Hierbij valt te denken aan woonruimte (in een andere stad) en dagbesteding.

Sleutelfiguren van de SEH en de ambulancezorg in Amsterdam geven aan dat er te weinig kennis is over nazorgmogelijkheden; over waar GHB-gebruikers naartoe kunnen als ze gestabiliseerd zijn. Er wordt een gat ervaren tussen bijvoorbeeld opname op de SEH en nazorg. Sleutelfiguren uit beide regio's benoemen verder dat er te weinig preventie is en dat GHB-gebruikers pas zeer laat bij de verslavingszorg bekend worden.

Bij nazorg in de vorm van praktische ondersteuning worden de eigenschappen van de cliënt zelf (zoals vergeetachtig, chaotisch en lastig aan te sporen) als knelpunt genoemd. Ook regels vanuit gemeente en (lokale) overheden vormen bij praktische nazorg knelpunten. Verschillende sleutelfiguren uit West-Brabant beschrijven dat bijvoorbeeld het regelen van een uitkering zeer ingewikkeld is en dat de regels onduidelijk zijn. Daarnaast lopen sleutelfiguren er tegenaan dat er voor GHB-gebruikers geen uitzonderingen kunnen worden gemaakt op bestaande regels, terwijl bij hen veelal maatwerk geïndiceerd is. Als laatste lijken instanties, zoals een uitkeringinstantie, de problematiek van GHB-gebruikers niet goed te begrijpen, waardoor onbegrip ontstaat en GHB-gebruikers in sommige gevallen onvriendelijk bejegend worden⁶.

Oplossingen

Sleutelfiguren uit beide regio's hebben oplossingen aangedragen voor de knelpunten die ze benoemden. Net als de knelpunten kunnen de oplossingen worden gegroepeerd in enkele overkoepelende thema's: 1) *kennisdeling*, 2) *samenwerking* en 3) *maatwerk*. Hieronder bespreken we ieder van de thema's.

Kennisdeling: scholing en preventie

Een eerste type oplossingen betreft kennisdeling. Hoewel in de zorgketen al meer bekend is over GHB-problematiek dan enkele jaren geleden, geven sleutelfiguren uit zowel West-Brabant als Amsterdam aan dat op dit punt winst te behalen is. Het is van belang dat alle schakels in de zorgketen kennis hebben van GHB-problematiek, zoals wat GHB is, hoe intoxicatie en ontwenning te herkennen en onderscheiden zijn en wat verslaving aan GHB inhoudt en wat het met een cliënt doet. Hulpverleners die na een melding het veld in worden gestuurd, zouden kaartjes mee kunnen krijgen met daarop de belangrijkste informatie over GHB-problematiek. Hierbij hoort kennis over waar een GHB-gebruiker met bepaalde problematiek heen kan of moet nadat de volgende schakel in de ketenzorg geïndiceerd is. Bijvoorbeeld, als de SEH-arts te maken krijgt met een geïntoxiceerde GHB-gebruiker, dan weet hij welke collega's hij kan inschakelen om preventief te handelen en te voorkomen dat een gebruiker buiten beeld blijft.

⁶ Merk op dat omtrent praktische zaken veel verbeterd is sinds afname van de interviews: er zijn afspraken gemaakt over communicatie en maatwerk.

Kennis over GHB kan ook buiten de zorgketen gedeeld worden: scholing aan het steunsysteem van een cliënt kan wenselijk zijn, zodat dit netwerk de GHB-gebruiker beter kan opvangen en ondersteunen, bijvoorbeeld na ontgiftiging. Sleutelfiguren van de SEH en ambulancezorg uit Amsterdam stellen voor preventie te verzorgen aan het bredere publiek in de vorm van scholing over de risico's van het gebruik van GHB. Dit sluit aan bij ideeën van sleutelfiguren uit West-Brabant, die eveneens pleiten voor meer preventie.

Samenwerking: afspraken en overleg

Veel oplossingen die door de sleutelfiguren uit West-Brabant worden aangedragen, zijn gericht op verbetering van de samenwerking tussen de ketenpartners. Dit kan volgens de sleutelfiguren worden bewerkstelligd door het maken van duidelijke afspraken, waarbij ieder van de ketenpartners weet wat zijn taken en verantwoordelijkheden zijn en wat die van de andere partners zijn. Welke partner wat doet, moet duidelijk zijn voor de aanpak van GHB-problematiek die zich tijdens kantooruren voordoet, maar ook voor aanpak van problematiek buiten kantooruren. Belangrijk hierbij is dat partners elkaar kunnen aanspreken op deze verantwoordelijkheden. Veel van de sleutelfiguren stellen voor dat de verslavingszorg in de keten het voortouw neemt en optreedt als procesverantwoordelijke. Hierbij wordt aangegeven dat verschillende knelpunten worden opgelost als de verslavingszorg buiten kantoor tijden crisiszorg zou kunnen verlenen.

Sleutelfiguren uit Amsterdam stellen voor afspraken te maken over welke behandeling en/of welk medicijn geïndiceerd is voor de verschillende problemen (bijvoorbeeld intoxicatie of ontwenning) die GHB-gebruikers kunnen hebben. Als bijvoorbeeld een afspraak gemaakt is over welk medicijn mag worden toegediend om ontwenning in de cel te voorkomen, zoals medicinale GHB, zou een forensisch arts dit medicijn vervolgens in zijn koffer mee kunnen nemen bij bezoek aan een GHB-gebruiker die in de cel zit.

De wet op bescherming van persoonsgegevens kan samenwerking tussen ketenpartners in de weg staan, omdat niet alle informatie gedeeld mag worden zonder toestemming van de GHB-gebruiker. Sleutelfiguren uit zowel West-Brabant als Amsterdam bevelen daarom aan afspraken te maken over het uitwisselen van deze gegevens, met name in situaties waarin de gezondheid van de GHB-gebruiker en/of het zorgverlenend personeel in het geding is.

Wanneer eenmaal goede afspraken gemaakt zijn, adviseren sleutelfiguren uit West-Brabant de contacten soepel te houden en de lijntjes kort, door met regelmaat als ketenpartners samen te komen. Bij deze overleggen kan de keten geëvalueerd worden en kunnen eventuele knelpunten en casuïstiek besproken worden. Door elkaar te spreken en toelichting te geven over mogelijkheden en knelpunten, krijgen de ketenpartners meer begrip voor elkaar. Dit kan de verstandhouding en daarmee de samenwerking tussen de partners ten goede komen.

Maatwerk

Een laatste punt dat verschillende West-Brabantse sleutelfiguren noemen, is maatwerk. Niet iedere GHB-gebruiker kampt met precies dezelfde problemen en daarom is maatwerk geïndiceerd. Bij chronische GHB-gebruikers is de zorgketen gebaat bij casemanagers die fungeren als contactpersoon tussen cliënt en de betrokken zorg- en hulpverlenende partijen. Tevens kunnen casemanagers het overzicht bewaren over welke zorg en/of hulp verleend wordt en wat (nog meer) nodig is.

Per cliënt kan een plan van aanpak en/of een zorgplan worden opgesteld, waarbij de cliënt zelf en eventueel diens netwerk betrokken wordt. In het plan staat onder andere welke stappen ondernomen kunnen worden als zich een crisis aandient.

Onder maatwerk valt ook nazorg, bijvoorbeeld om terugval na ontgiftiging te voorkomen, of om herhaling te voorkomen van een intoxicatie door een recreatieve gebruiker waarbij opname op de spoedeisende hulp nodig is. Sleutelfiguren uit West-Brabant raden aan dagbesteding en woonruimte te organiseren voor GHB-gebruikers die na ontgiftiging uit de kliniek gekomen zijn. De cliënt gaat bij voorkeur naar een andere omgeving / wooplaats dan waar hij vóór zijn behandeling verbleef, om te voorkomen dat hij terugkomt in het milieu waar hij vaak gebruikte. Groepen gebruikers uit elkaar halen kan voorkomen dat GHB-gebruikers elkaar beïnvloeden en weer gaan gebruiken. Het verlenen van deze nazorg vergt goede samenwerking tussen de verschillende ketenpartners, waaronder de verslavingszorg, spoedeisende hulp, maatschappelijk werk, de woonstichting en de gemeente en kan gecoördineerd worden door een casemanager. Ook het steunsysteem kan hierbij betrokken worden.

Ideale situatie

Behalve naar mogelijke oplossingen voor de genoemde knelpunten informeerde de onderzoeker naar ideeën over hoe de ketenzorg rondom GHB-problematiek idealiter georganiseerd is, wanneer alle benodigde middelen voorhanden zouden zijn. Ook de antwoorden op deze vraag kunnen worden ingedeeld in verschillende categorieën, te weten 1) *locatie* en 2) *maatwerk*.

Locatie

Verschillende sleutelfiguren uit zowel West-Brabant als Amsterdam gaven aan dat in de ideale situatie alle disciplines betrokken bij de zorg voor GHB-gebruikers onder één dak zijn gevestigd. Idealiter is er één locatie waar een gebruiker naartoe kan worden gebracht en daar kan zowel de somatiek behandeld worden, ontgiftiging plaatsvinden, als verdere behandeling worden aangeboden. Ook met nazorg kan hier een begin worden gemaakt, bijvoorbeeld in de vorm coaching voor het vinden van een woning of werk. Tevens is er op deze locatie de mogelijkheid voor het insluiten of bewaken van GHB-gebruikers terwijl zij verzorgd worden voor (ernstige) somatische klachten. Disciplines weten van elkaar wat hun krachten zijn en waar welk soort problematiek het beste thuis hoort.

Op deze locatie kan 24 uur per dag zorg geleverd worden door een crisisdienst die voldoende bemenst is en over voldoende crisisbedden beschikt. In West-Brabant beschrijven sleutelfiguren dat een cliënt hier in de ideale situatie rechtstreeks terecht komt en niet tussendoor in een politiecel of op de PAAZ belandt.

Mocht het niet mogelijk zijn het hele pakket aan zorg op één locatie aan te bieden, dan zou coördinatie tussen de verschillende ketenpartners zeer helder en duidelijk vastgelegd zijn. De keten bestaat bij voorkeur uit een beperkt aantal schakels, aldus sleutelfiguren uit Amsterdam. De lijnen zijn hierbij zeer kort en een ieders verantwoordelijkheid duidelijk, wat ook benoemd wordt door sleutelfiguren uit West-Brabant.

Soms is een chronische GHB-gebruiker nog niet toe aan behandeling. In dat geval zou een woonruimte kunnen worden voorzien waar structuur en normaliteit geboden wordt, tot een gebruiker stabiel genoeg is om aan een behandeltraject te beginnen.

Maatwerk

Per GHB-gebruiker zou idealiter één regisseur worden toegewezen die één plan coördineert. De gebruiker is betrokken bij het opstellen van dit plan en wordt op de hoogte gesteld van verschillende bestaande trajecten. Als het gaat om behandeling, weet de gebruiker bij aanvang daarvan al waar hij na afloop ervan zal uitkomen. Zijn sterke kanten worden in kaart gebracht en op basis daarvan wordt gezocht naar passende dagbesteding.

In geval van crisis staat privacy-wetgeving zorgverleners niet in de weg, waardoor zij weten met wie ze van doen hebben en hoe deze persoon het beste benaderd kan worden.

Relatie tussen de ketenpartners

Tot slot vroegen we de sleutelfiguren waar naar hun mening een goede relatie tussen de ketenpartners uit bestaat. De sleutelfiguren gaven hierbij veelal hetzelfde antwoord, ongeacht uit welke regio ze kwamen. In hun ogen bestaat een goede relatie uit vertrouwen, respect, open communicatie, korte lijnen en persoonlijk contact, elkaars knelpunten kennen, wederzijds begrip hebben en elkaar durven coachen en op verantwoordelijkheden kunnen aanspreken.

Conclusies, discussie en aanbevelingen

In dit onderzoek stelden we de vraag hoe politie, justitie en hulpverleners (zoals verslavingszorg, ziekenhuizen) optimaal kunnen samenwerken bij de aanpak van GHB-problematiek. Om deze vraag te kunnen beantwoorden, hebben we drie deelvragen gesteld:

1. Welke huidige regionale werkwijzes en afspraken bestaan er in de ketenzorg rondom GHB problematiek, zowel in de acute als niet acute zorg?
2. Welke knelpunten worden ervaren in de bestaande huidige werkwijzes en afspraken in de ketenzorg rondom GHB problematiek?
3. Wat is de wenselijke situatie gezien vanuit de verschillende betrokken partners en welke ideeën hebben ze om deze situatie te bereiken?

Hieronder geven we antwoord op ieder van de drie deelvragen. Daarna volgt een discussie over het onderzoek en de resultaten. Als laatste doen we aanbevelingen op basis van de informatie die in dit onderzoek naar voren gekomen is en aan de hand daarvan formuleren we een antwoord op de hoofdvraag.

Conclusies

Deelvraag 1

Met betrekking tot de eerste deelvraag kunnen we concluderen dat er geen visiedocumenten zijn vastgesteld in zowel de stedelijke als de niet-stedelijke regio. De ketenpartners in zowel West-Brabant als Amsterdam werken wel met vastgestelde protocollen voor ontgiftiging en titratie. Daarnaast zijn in beide regio's afspraken gemaakt over het omgaan met GHB-gebruikers vóór het moment dat protocollen ingezet worden én erna, als een protocol is afgerond. Deze afspraken zijn in de meeste gevallen van informele aard. In West-Brabant betreft het vaak afspraken tussen lokale ketenpartners, waarbij de ene lokale werkgroep niet altijd op de hoogte is van hoe de andere lokale werkgroep te werk gaat. Meer afstemming tussen lokale partijen - en afgestemd op de regio - lijkt daarom gewenst.

De sleutelfiguren maakten geen expliciet onderscheid tussen afspraken in geval van acute versus niet-acute zorg. Uit antwoorden van de West-Brabantse sleutelfiguren kan echter worden afgeleid dat dit onderscheid wel (impliciet) gemaakt wordt. Bij crisis, zoals intoxicatie of onthouding, wordt andere hulpverlening gezocht en in gang gezet dan bij niet-acute zorg, zoals voor een chronische gebruiker die hulp nodig heeft bij de aanvraag van een uitkering. Dit onderscheid zou in protocollen of afspraken tussen de ketenpartners meegenomen kunnen worden.

Deelvraag 2

De antwoorden die de sleutelfiguren gaven op de tweede vraag, over welke knelpunten zij ervaren, kunnen worden onderverdeeld in de thema's 'de

gebruiker en zijn problematiek', 'crisis' en 'nazorg'. Op de eerste plaats maakt het soort problematiek dat is gerelateerd aan GHB-gebruik het moeilijk op de meest optimale wijze zorg te verlenen. Wanneer gebruikers in crisis zijn, is vaak sprake van agressie en kan eveneens (ernstige) somatiek een rol spelen. Wanneer geen sprake is van crisis, zijn GHB-gebruikers weinig gemotiveerd hun gebruik te staken. Chronische gebruikers zijn moeilijk te activeren en hebben veelal meer begeleiding nodig dan GHB-gebruikers met andere problematiek. Om de verschillende kanten van de problematiek te kunnen aanpakken, lijkt maaktwerk geïndiceerd. Een belangrijk punt is verder dat GHB-problematiek vaak dusdanig complex is, zeker wanneer er somatiek bij komt kijken, dat ketenpartners de verantwoordelijkheid voor de groep niet aandurven. Expliciet vastleggen van verantwoordelijkheden kan hiervoor een oplossing bieden.

Het tweede thema wordt als meer problematisch ervaren in West-Brabant dan in Amsterdam. In West-Brabant bestaat voor de ketenpartners meer onduidelijkheid over de onderlinge verantwoordelijkheden; over wie wat moet doen en waar een GHB-gebruiker het beste kan worden opgevangen. De onduidelijkheden roepen soms wrijving tussen de ketenpartners op, met name tussen de verslavingszorg en de GGZ. In Amsterdam lijken de rollen hierin duidelijker verdeeld te zijn. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat de spoedeisende psychiatrie en de crisisdienst van de GGZ in Amsterdam onder één organisatie vallen. Hoewel de rollen in Amsterdam duidelijker lijken, heeft de Amsterdamse politie, net als de West-Brabantse, veelal moeite met het geplaagd krijgen van GHB-gebruikers die mogelijk een strafbaar feit gepleegd hebben. Met andere woorden, de politie ervaart in zowel West-Brabant als Amsterdam knelpunten met betrekking tot het omgaan met GHB-gebruikers, maar andere zorgverleners weten in Amsterdam beter de juiste ketenpartner te vinden dan in West-Brabant. Oplossingen voor de knelpunten zouden daarom per regio kunnen worden afgestemd.

Het laatste thema betreft nazorg. Sleutelfiguren uit beide regio's benoemen dat bij verschillende schakels uit de ketenzorg vraag is naar betere nazorg; naar een betere overdracht van de ene naar de andere schakel en naar betere nazorg bij afronding van een behandeling na bijvoorbeeld intoxicatie. Op dit punt lijkt de nodige winst te behalen. De sleutelfiguren benoemden verschillende mogelijke oplossingen voor dit thema, die in de volgende paragraaf aan de orde komen.

Deelvraag 3

Op de derde deelvraag, naar hoe de knelpunten zouden kunnen worden opgelost en hoe de ketenzorg er idealiter uit ziet, gaven sleutelfiguren uit de verschillende regio's vergelijkbare antwoorden. Sleutelfiguren uit verschillende disciplines in zowel West-Brabant als Amsterdam pleitten voor een meer prominente rol van de verslavingszorg in de keten. Zij zou volgens de sleutelfiguren het voortouw mogen nemen in het organiseren van de zorg rondom GHB-gebruikers. In deze zorgketen is het vervolgens van

belang dat alle partners hun taken goed kennen en dat met regelmaat contact wordt onderhouden om de stand van zaken te evalueren. Idealiter zouden zoveel mogelijk ketenpartners zich op dezelfde locatie bevinden. Protocolen en notities zoals ontwikkeld in Noord-Brabant en in Amsterdam kunnen bijdragen aan het verhelderen van verantwoordelijkheden en aan het stimuleren van meer en directere (persoonlijke) contacten tussen de ketenpartners.

Een belangrijk punt om de keten van zorgverleners soepel te laten verlopen, is het doorgeven van kennis over GHB-problematiek. Door de ketenpartners (verder) te scholen, kunnen GHB-gebruikers sneller zorg ontvangen die beter aansluit bij hun problematiek. Daarnaast stelden sleutelfiguren voor aan het bredere publiek informatie te verstrekken over de gevaren van GHB-gebruik, om zo te voorkomen dat GHB-gebruikers (te veel) gaan gebruiken.

Zoals hierboven beschreven, zijn de sleutelfiguren uit beide regio's het erover eens dat zorg beter moet aansluiten bij een GHB-gebruiker, oftewel, de keten kan verbeteren als meer maatwerk geleverd wordt. In de ideale situatie heeft iedere chronische GHB-gebruiker één casemanager die als contactpersoon optreedt voor verschillende partners en die bewaakt dat de juiste zorg en/of hulp op het juiste moment geleverd wordt. De gebruiker mag meedenken over zijn behandeling en weet in een vroeg stadium hoe zijn traject ná behandeling eruit zal zien.

Discussie

Bij dit onderzoek en haar resultaten kunnen enkele kanttekeningen geplaatst worden. Het eerste punt betreft de aanpak van het onderzoek. We zijn vertrokken van de stukken van Dorn (2013) en Verbrugge & Franzek (2014). Door via deze stukken sleutelfiguren te identificeren, zijn in de regio's West-Brabant en Amsterdam andere doelgroepen benaderd; door de kleinschalige projectopzet was het niet mogelijk in beide regio's sleutelfiguren uit dezelfde doelgroepen te interviewen. Zo zijn in West-Brabant preventiewerkers geïnterviewd, maar niet in Amsterdam en zijn in Amsterdam forensisch artsen geïnterviewd, maar niet in West-Brabant (zie ook tabel 1). Dit kan een bias in de resultaten hebben opgeleverd. Een vervolgonderzoek zou duidelijkheid kunnen bieden: in West-Brabant en Amsterdam kunnen aanvullende interviews worden uitgevoerd, zodat in beide regio's dezelfde doelgroepen betrokken worden.

Doordat dit een kleinschalig onderzoek was waarbij slechts twee regio's in Nederland (rechtstreeks) betrokken waren, kunnen de resultaten niet per definitie gegeneraliseerd worden naar andere regio's in Nederland. Ook voor dit punt kan een vervolgonderzoek een oplossing vormen. Het zou inzicht kunnen geven in de vraag of andere regio's knelpunten ervaren en indien ja, welke knelpunten dat zijn en welke oplossingen vanuit die regio's worden aanbevolen.

Een derde punt is dat sleutelfiguren gerefereerd hebben naar bepaalde stukken, maar dat informatie uit deze documenten niet is meegenomen in

het onderzoek. Idealiter waren alle bestaande protocollen, afspraken en notities in kaart gebracht en geanalyseerd en werd informatie daaruit meegenomen in de interviews met de sleutelfiguren. Wederom door de omvang van het project was hiervoor geen gelegenheid.

Dit onderzoek wordt ook gekenmerkt door sterke kanten. Zo zijn de geïnccludeerde sleutelfiguren rechtstreeks betrokken (geweest) bij de ketenzorg rondom GHB-problematiek, waardoor we informatie uit eerste hand hebben kunnen verzamelen. Daarnaast hebben we sleutelfiguren uit een groot aantal verschillende disciplines in de ketenzorg kunnen interviewen, waardoor een compleet beeld is ontstaan over welke knelpunten waar in de keten ervaren worden. Doordat we aan de hand van een semi-gestructureerd interview te werk gegaan zijn, in plaats van bijvoorbeeld vragenlijsten, hebben we tevens diep op het onderwerp kunnen ingaan en zoveel mogelijk informatie naar boven kunnen halen. Door de samenvatting van de interviews voor te leggen aan de deelnemende sleutelfiguren, hebben we kunnen toetsen of de informatie inderdaad compleet en correct was. Verder maakt de onderzoeker zelf geen deel uit van de ketenzorg rondom GHB-problematiek, waardoor de resultaten objectief zijn en niet beïnvloed door voorkennis.

Aanbevelingen

Op basis van de informatie die de sleutelfiguren ons verstrekt hebben, kunnen we de volgende aanbevelingen doen.

Taken en verantwoordelijkheden van de ketenpartners worden in onderlinge samenspraak expliciet en concreet vastgelegd. Dit wordt per regio afgestemd.

De ketenpartners treden vaker in overleg met elkaar en hun contact verloopt via kortere lijnen. Contact vindt plaats tijdens onder andere casuïstiekbesprekingen met ketenpartners, in kleine werkgroepen en tijdens expertmeetings.

Patiënten met een GHB-intoxicatie worden opgevangen op een locatie waar medische zorg verleend kan worden. Er komen afspraken over nazorg (informatieverstrekking, doorverwijzing verslavingszorg) voor deze groep.

De verslavingszorg gaat een meer prominente en coördinerende rol innemen in de ketenzorg rondom GHB-gebruikers.

De mogelijkheden van de verslavingszorg voor het verzorgen van crisisdiensten buiten kantoor tijden worden uitgebreid.

Opvang voor GHB-gebruikers wordt zoveel mogelijk op één locatie georganiseerd - ook crisisopvang - en daar zijn zoveel mogelijk verschillende disciplines aanwezig die zorg kunnen bieden.

GHB-gebruikers krijgen een casemanager toegewezen die als contactpersoon voor alle ketenpartners functioneert en hulpverlening voor de gebruiker coördineert.

Regels met betrekking tot het verkrijgen van een uitkering worden waar mogelijk versimpeld of versoepeld, zodat gemakkelijker maatwerk geleverd kan worden.

Voor GHB-gebruikers die zijn afgekickt wordt (met hun instemming) onderdak gezocht buiten de regio waar ze vandaan kwamen.

Focus bij afgekickte GHB-gebruikers wordt gericht op zinvolle dagbesteding, zodat de kans op terugval kleiner wordt.

Het sociale steunsysteem wordt meer betrokken bij (na)zorg voor GHB-gebruikers.

Mogelijkheden worden gecreëerd voor het gecontroleerd delen van privacygevoelige informatie, zodat sneller en beter afgestemde zorg geleverd kan worden.

Tot slot

In dit rapport hebben we geïnventariseerd welke knelpunten sleutelfiguren ervaren in de ketenzorg rondom GHB-problematiek en hoe deze eventueel kunnen worden opgelost. Sleutelfiguren uit verschillende regio's in Nederland hebben een scala aan knelpunten benoemd waar ze op diverse punten in de keten tegenaan lopen. Dit grote aantal knelpunten betekent niet dat er niets goed gaat in de keten. Integendeel, met name sleutelfiguren uit Amsterdam gaven aan dat er de laatste periode veel verbeterd is in de zorgketen. Ook sleutelfiguren in West-Brabant hebben verbetering bemerkt: het opzetten van lokale werkgroepen heeft bijgedragen aan een soepelere samenwerking tussen de ketenpartners die GHB-gebruikers ten goede gekomen is. In de tijd tussen afname van de interviews en verslaglegging daarvan in dit rapport zijn tevens concrete afspraken tot stand gekomen die communicatie tussen de partners en maatwerk richting GHB-gebruikers verbeterd hebben. Al deze nieuwe ontwikkelingen lijken hun vruchten af te werpen. De verwachting is dat het document van de Werkgroep EDS in Amsterdam en de notitie over de opvang van GHB-gebruikers met acute GHB-problematiek (Verbrugge en Franzek, 2014) verder zullen bijdragen aan verbeteringen in de ketenzorg. Door tevens de punten mee te nemen die in dit rapport naar voren zijn gekomen, neemt de kans sterk toe dat een beter werkende keten zal ontstaan, waarin GHB-gebruikers naar tevredenheid kunnen worden opgevangen.

Referenties

- Benschop, A., Nabben, T. & Korf, D. J. (2011) *Antenne 2010. Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Brunt, T., & Schrooten, J. (2014). GHB-epidemiologie in Nederland en Vlaanderen. *Verslaving*, 10, 20-32.
- Brunt TM, van Amsterdam JG, van den Brink W. (2014). GHB, GBL and 1,4-BD addiction. *Curr Pharm Des*, 20(25), 4076-4085.
- CAM (Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs; 2011). *Risicoschatting gamma-hydroxyboterzuur*. Bilthoven: RIVM
- Dorn, T. (eindredacteur, 2013). *Richtlijn Excited Delirium Syndrome*. Amsterdam: GGD Amsterdam.
- Horjus, S., Van Goor, M. (2011). Preventieve aanpakken rond GHB-gebruik: Do's en don'ts bij preventie. Trimbos-instituut: Utrecht.
- Houwing, S. (2011). *GHB-gebruik onder ernstig gewonde autobestuurders opgenomen in het ziekenhuis*. R-2011-14. Leidschendam: SWOV.
- Kamal, R., & Janssen van Raay, M. (2014). Wat is gammahydroxyboterzuur (GHB)? *Verslaving*, 10, 5-16.
- Kamal, R., Dijkstra, B. A. G., van Iwaarden, J. A., van Noorden, M. S. & de Jong, C. A. J. (2013). *Practice-based aanbevelingen voor de detoxificatie van patiënten met een stoornis in het gebruik van GHB*. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Korf, D.J., Nabben, T., Pronk, A. (2012). Insluiten of heenzenden: problematische GHB-gebruikers op politiebureaus, in bewaring en in verzekering. Rozenberg Publishers: Amsterdam.
- Laar M.W. van, Ooyen-Houben M.M.J., Cruts A.A.N., Meijer R.F., Croes E.A., Ketelaars A.P.M., Pol van der, P.M., (2015) *Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2015*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Mol, T., Wisselink, J., Kuijpers, W. & Dijkstra, B. A. G. (2014) GHB: Recidive op eenzame hoogte. *Verslaving*, 10, 69-79. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Valkenberg H., (2012). *SEH-behandelingen naar aanleiding van GHB gebruik*. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid.
- Veerman, S. R. T., Dijkstra, H. N., & Liefing-Kluft, I. (2010). Levensbedreigende onthoudingsverschijnselen door gammahydroxyboterzuur. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, 411-416.
- Voorham, L., Buitenhuis, S. (2012). GHB-gebruik(ers) in beeld: een typering van de GHB-gebruiker en hun bereikbaarheid. Trimbos-instituut: Utrecht.
- Verbrugge, C & Franzek, E. (2014). *Opvang acute GHB problematiek in de ketenzorg*. Vught: Novadic-Kentron.
- Wisselink, D. J., Kuijpers, W. G. T. & Mol, A., (2015) *Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem, kerncijfers verslavingszorg 2014*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.

Appendix I: Het interview

Interview met contactpersonen bij het Project Ketenzorg GHB

Introductie

Onderstaand interview is opgesteld voor het in kaart brengen van ketenzorg met betrekking tot GHB-problematiek in twee regio's in Nederland. Het zal worden afgenomen bij sleutelfiguren die werkzaam zijn (geweest) in de ketenzorg, zoals preventiewerkers, wijkagenten, verslavingsartsen en medewerkers van de spoedeisende hulp. Het interview bestaat uit verschillende hoofd- en deelvragen, die deels overlap vertonen. Er is bewust gekozen voor deze gedeeltelijke overlap om zoveel mogelijk informatie van de sleutelfiguren te kunnen verzamelen. Tenzij het verzadigingspunt bereikt is en de vragen geen nieuwe informatie meer boven halen, neemt de interviewer alle vragen af. Opmerkingen voor de interviewer, die dienen als geheugensteun of prompt voor de sleutelfiguren, zijn tussen haakjes weergegeven in italic font.

1. Onderscheiden jullie verschillende doelgroepen en zo ja, welke? *(voor interviewer: Recreatieve gebruikers? Chronische gebruikers?)*
2. Wat zijn uw taken en verantwoordelijkheden in de omgang met deze doelgroep?
3. Welke knelpunten ervaart u bij het uitvoeren van uw verantwoordelijkheden en taken? *(voor interviewer: wat gaat er goed?)*
4. Welke knelpunten ervaart u rond de ketenzorg rondom GHB-problematiek?
 - a. Wat zijn de belangrijkste knelpunten? *(voor interviewer: Logistiek? Financieel? etc)*
 - b. Wat zijn terugkerende knelpunten?
5. Welke werkwijzes en afspraken kent u in de ketenzorg rondom GHB-problematiek? *(voor interviewer: In de acute en niet-acute zorg)*
 - a. Bestaat er een visiedocument en zo ja, wat staat daar in?
 - b. Welke partners zijn betrokken?
 - c. Welke partners mist u?
 - d. Wat is de rol van de partners?
 - e. Wie fungeert als contactpersoon met de partners?
 - f. Op welke momenten is contact met de partners van belang?
 - g. Wanneer verwijst uw organisatie door naar een ketenpartner?
6. Vinden er evaluaties plaats en indien ja, hoe zien die eruit?

7. Hoe zijn de afspraken/werkwijzes tot stand gekomen? (*Voor interviewer: Betrokkenen, werkwijze*)
8. Hoe zouden de knelpunten opgelost kunnen worden?
 - a. Waar kan de keten verbeterd worden?
 - b. Wat kunt u zelf doen? Wat is extern nodig?
9. Hoe ziet de ketenzorg rondom GHB-problematiek er idealiter uit?
 - a. Wie zijn er in de ideale situatie bij betrokken?
 - b. Hoe zou de overdracht van de ene naar de andere ketenpartner verlopen?
 - i. Wat zou de volgorde van de ketenpartners zijn?
(*Voor interviewer: Wie staat 'vooraan' of 'achteraan'? Is de keten 'rond' of 'serieel'?*)
 - ii. Hoe en wat zou worden gecommuniceerd?
10. Waaruit bestaat een goede relatie tussen de ketenpartner

Appendix II: Samenvatting van de antwoorden

Appendix IIa: Een samenvatting van de antwoorden op vragen uit het interview over ervaren knelpunten in de ketenzorg.

Mogelijke oplossingen	# Interview / expertgroep	Waar en hoe kan de keten verbeterd worden?	Ideale situatie	Hoe ziet de ketenzorg er idealiter uit?	Wie zijn er in de ideale situatie bij betrokken?	Waaruit bestaat een goede relatie tussen de ketenpartners?	Extra
	12	De verslavingszorg mag meer op de voorgrond komen. Interne diensten moeten beter samenwerken. Naar buiten toe moet ook samenwerking opgezocht worden. Er zijn meer disciplines nodig. De verslavingszorg en GGZ kunnen meer samenwerken in geval van dubbel diagnose (waarvan veelal sprake is).		Zoals beschreven in het stuk over opvang voor acute GHB-problematiek*. De zorgketen zou circulair zijn. De cirkel herhaalt zich toch. Communicatie zou transparant zijn, met korte lijnen, informeel; iedereen kent elkaar goed.	Het is een multidisciplinair centrum, waar iedereen bij elkaar kan komen binnenlopen.	Betrouwbaarheid, loyaliteit, professionaliteit, tools om professionaliteit te kunnen tonen, 'winkel' op orde hebben.	Langzaam ontstaan mogelijkheden tot bespreken en uitvoeren van samenwerkingen
	11	De woonstichting en bijstand moeten erbij betrokken worden. Er moet een document komen voor de uitwisseling van cliënten. Als preventiewerker kunnen we blijven aansturen op verandering en de problemen blijven aankaarten.		De chronische gebruiker weet vóór de detox al wat het traject eraan is. Het stuk na de detox is helemaal geregeld: wonen in nieuwe omgeving, dagbesteding, bijstand, praktische hulp, hulp bij opbouwen van een netwerk. Bij de intake worden meer keuzes geboden met betrekking tot bestaande trajecten.	Alle huidige ketenpartners, plus de woonstichting en medewerkers van Werkplein	Relatie waarin er hele korte lijnen zijn. Belangrijk dat iedereen afspraken nakomt en dat men elkaar hierop kan aanspreken.	
	11	Via supervisie, reflectie, blijven evalueren met de netwerkpartners.		Anonime bezoekers op een feest worden gratis aan een veldwerker gekoppeld.	Alle huidige ketenpartners.	Op de hoogte zijn van elkaars kunnen en kennen. Er vertrouwen in hebben dat waar je voor staat ook is waar je voor staat. Het recht hebben er elkaar daarop aan te spreken!	

Mogelijke oplossingen	# Interview / expertgroep	Waar en hoe kan de keten verbeterd worden?	Ideale situatie	Hoe ziet de ketenzorg er idealiter uit?	Wie zijn er in de ideale situatie bij betrokken?	Waaruit bestaat een goede relatie tussen de ketenpartners?	Extra
	I10	Initiatieven, zoals moreel beraad en casusstiek bespreken en meer overleg met alle partners, helpen minder boos op elkaar te zijn. Maar de oplossing voor die cliënten is heel lastig. Blijven proberen. Het steunsysteem ontbreekt vaak nog. Dat helpt bij kans van slagen.	Alle disciplines en specialisaties in één team, zodat je echt samenwerkt en dat er korte lijnen zijn, dat alles echt opgelost kan worden. Face-to-face contacten waarbij goed wordt afgestemd wie wat doet, dat er een doel is en iedereen zijn verantwoordelijkheden kent.	Alle huidige partners en daarnaast het steunsysteem	Vertrouwen – als belangrijkste vertrouwen hebben in elkaar. En respect.	Het systeem is cruciaal. Dat is een partner in de keten van de cliënt en moet erbij betrokken worden. Ouders inzetten in behandeling, ouders die steunen; het is vaak een belangrijke factor bij slagen en voorkomen van abstinentie.	
	I5	Cliënten aan de hand nemen. Een case manager eventueel toewijzen. Heel duidelijke afspraken maken en heel goed afstemmen met elkaar. Meer gebruik maken van de verschillende partners die elkaar kunnen vinden. Samenwerking in bijvoorbeeld één "FACT-huis", waarbij alles samenkomt. Farmaceutische GHB ter beschikking stellen, als onderhoudsdosis, wanneer de cliënten grotendeels getoetst zijn.	Maatschappelijke dienstverlening die de financiën in kaart brengt, daarnaast wordt dagactivering of arbeid op gang gebracht, en ook de psychologische en systemische behandeling en er wordt een begeleidde woonvorm aangeboden. Dit vergt enige vorm van stabiliteit. Als die stabiliteit of de wil er nog niet is, zou er een soort huis moeten zijn waar ze mogen verblijven, om de boel te stabiliseren. In zo'n huis moet structuur en normaliteit geboden worden.	De huidige partners	Open communicatie, een contactersoon hebben, heldere afspraken, dat je elkaar makkelijk kunt vinden, informeel korte lijnen. Samenwerking en overleggen in plaats van samen een wedstrijd te voeren. Bundelen van expertise in plaats van langs elkaar af te werken en het wiel opnieuw uit te vinden.		
	EG1	Dag- en nachtopvang regelen waarbij ook artsen aanwezig zijn i.v.m. eventuele afkickverschijnselen.					
	EG1	Er is opvang nodig voor mensen voordat ze de kliniek ingaan, omdat ze op voorhand nog niet altijd gemotiveerd zijn. De regio heeft baat bij één centraal opvangpunt.					

Mogelijke oplossingen	# interview / expertgroep	Waar en hoe kan de keten verbeterd worden?	Ideale situatie	Hoe ziet de ketenzorg er idealiter uit?	Wie zijn er in de ideale situatie bij betrokken?	Waaruit bestaat een goede relatie tussen de ketenpartners?	Extra
	I13	Omdat het primair gaat om verslavingsproblematiek, zou de verslavingszorg een eigen baliedienst moeten hebben binnen en buiten kantooruren en ze moeten in de regio voldoende bedden hebben. Een extra crisisedienst in de regio kan helpen.	Da verslaving/zorg zou beschikking moeten hebben over een 24-uurs crisisdienst die voldoende bemand is en die crisisedden heeft. Een politiemann of ambulancepersoneel, of de voorwacht kan dan bellen naar de crisisdienst voor opvang, advies, bijstand, expertise en klinische mogelijkheden.	Meest voornaam is de verslavingszorg.	Engagement en inzet tonen		- De beelden zijn bij GHB-problematiek heel heftig; de hulpverleners voelt zich onveilig. Met de doelgroep kun je weinig en je voelt je vaak onveilig en onmachtig. Het zijn heel primaire reacties. Het is een hele vreemde doelgroep voor crisisinterventie. - De hoofdrol is in toenemende mate komen liggen bij het ziekenhuis, met name spoed. Mogelijk is het beter een combinatie te hebben met de verslavingszorg, of een beter somatisch onderlegde verslavingszorg.
EG1		Per client afspraken maken en er mensen omheen bij betrekken. Afspraken worden dan gemaakt in de goede fase van de client, zodat het in zijn slechte fase ook geldt en er dan mogelijkheden zijn voor opvang of behandeling.					

Mogelijke oplossingen	# Interview / expertgroep	Waar en hoe kan de keten verbeterd worden?	Ideale situatie	Hoe ziet de ketenzorg er idealiter uit?	Wie zijn er in de ideale situatie bij betrokken?	Waaruit bestaat een goede relatie tussen de ketenpartners?	Extra
	I17	Een verslavingszorg die meer kan bijdragen aan het natraject. De huisarts zou een grotere rol kunnen spelen. Binnen het ziekenhuis kunnen meer oplossingen bedacht worden, samen met de psychiatrie.		Idealiter behandelen we de patiënt en dan kunnen we die aanmelden bij iemand (een soort schakelpunt, voor diverse ziekenhuizen) die gaat kijken wat deze persoon nodig heeft. Het schakelpunt heeft breder overzicht en weet het als men elders al behandeld/opgenomen is. Eén centraal opvangpunt voor GHB-cliënten, waar men weet hoe om te gaan met het probleem, waar veel expertise is, ook somatisch.	Dezelfde partners	Regelmatig bij elkaar komen, en elkaars problemen/knelpunten aanhoren, en wat elkaars mogelijkheden en onmogelijkheden zijn, dan krijg je begrip voor elkaar.	
	EG1						
	EG1	Er is meer preventie nodig.		Eén kliniek waarin GHB-experts werken. In het ziekenhuis zijn protocollen en mensen zijn makkelijk (24/7) naar de kliniek te verplaatsen, ook met een forensische achtergrond. Bij agressie zijn er plekken beschikbaar. Er is meer ondersteuning voor ambulancepersoneel.	Alle huidige ketenpartners, plus ambulancebroeders.	Bereikbaarheid, maar vooral ook dat je elkaar kan horen en steunen, dat je kunt sparren met elkaar.	
	I6	Duidelijkheid over welke partner waarvoor benaderd kan worden. Betere bereikbaarheid van de partners, ook buiten kantooruren. Meer bedden.					

Mogelijke oplossingen	# Interview / expertgroep	Waar en hoe kan de keten verbeterd worden?	Ideale situatie	Hoe ziet de kernzorg er idealiter uit?	Wie zijn er in de ideale situatie bij betrokken?	Waaruit bestaat een goede relatie tussen de ketenpartners?	Extra
	17	Scholing en kennisdeling; opstellen van een eenduidig verwijsprotocol met daarin ieders rollen; protocol voor gevallen buiten kantooruren, met afspraken over verantwoordelijkheid; afspraken maken over wat we wel en niet aankunnen op de afdeling.		Geen GHB-cliënten op de PAAZ; vanuit de IC gaan cliënten naar een afdeling die het hele behandeltraject opvolgt, met somatische ondersteuning.	Eén club die alles doet.	Uit duidelijke, open communicatie, waarbij ieder van elkaar weet wat ieders taak is en dat iedereen zich er aan houdt en aan kan houden. Dat het bekend is als er dingen veranderen in de keten.	
	19	Er moet een procesverantwoordelijke aangesteld worden, die zorgt dat het protocol wordt nageleefd en/of meer onder de aandacht wordt gebracht. Er moet een duidelijker proces komen, dat bij alle ketenpartners bekend is. De werkspraken van de verschillende partners moeten meer op elkaar worden afgestemd.		Eén plaats waar cliënten naartoe gebracht kunnen worden. Alle disciplines zijn in één gebouw ondergebracht. Na de behandeling is er direct een (dag)programma voor de cliënt, ierst in een andere omgeving. Er zou een automatisch een proces moeten zijn: iemand komt in de detox, dus worden vast zaken geregeld voor daarna (woning, dagbesteding, etc). De verslavingszorg neemt de lead en is procesverantwoordelijke.	De huidige ketenpartners, plus behandelaren en de woonstichting	Duidelijke werkspraken waar iedereen zich aan houdt. Werkspraken mogen in een convenant worden opgenomen, zodat managers kunnen zorgen dat ze worden nageleefd.	

Mogelijke oplossingen	# Interview / expertgroep	Waar en hoe kan de keten verbeterd worden?	Ideale situatie	Hoe ziet de ketenzorg er idealiter uit?	Wie zijn er in de ideale situatie bij betrokken?	Waaruit bestaat een goede relatie tussen de ketenpartners?	Extra
	I11	Contacten met instellingen moeten beter worden en de andere ketenpartners behalve politie en ambulance moeten ook aanwezig zijn. Er moet sneller gehandeld worden, zowel in standaard situatie als crises. Er is een lokale GHB-atkicllocatie o.i.d. nodig, dat men i.p.v. naar het ziekenhuis direct naar een verslavingszorginstelling gaan.	De GGZ/verslavingszorg gaat de problematiek rechtstreeks oplossen (eventueel op basis van een belletje van de politie). Idealiter is politie niet meer nodig.	Eventueel medisch personeel en verder alleen mensen die verstand hebben van de verslaving.	Persoonlijke contacten: ieder persoonlijk contact moet weten wat de kracht is van de opvolgende ketenpartner; zo kun je elkaar versterken.	Waaruit bestaat een goede relatie tussen de ketenpartners?	Extra
	EG1	Bij de crisisdienst zou ook somatiek behandeld moeten kunnen worden. Een zorgconferentie organiseren waarin afspraken worden gemaakt over hoe te handelen in crises en gewone situaties.					
	EG1	Een schil om een persoon organiseren, inclusief opvang, om de wil te creëren bij de cliënt om te stoppen.					

Mogelijke oplossingen	# Interview / expertgroep	Waar en hoe kan de keten verbeterd worden?	Ideale situatie	Hoe ziet de ketenzorg er idealiter uit?	Wie zijn er in de ideale situatie bij betrokken?	Waaruit bestaat een goede relatie tussen de ketenpartners?	Extra	
I8		Er is meer focus op maatwerk nodig en meer bereidheid 'uit de box' te denken; betere samenwerking; blijvende oplossingen voor terugkerende problemen; probleem van gegevensdeling (privacy-probleem) oplossen, mogelijk vanuit overheid	Cases kunnen direct ergens geplaatst worden en er wordt acuut mee aan de slag gegaan. Het totale pakket wordt aangeboden of er zijn hele goede afspraken over de vervolgstappen. Alle problemen worden tegelijk aangepakt (huisvesting, psychische hulp, dagbesteding, uitkering, etc). De verslavingszorg zou leiding moeten zijn en zorgen dat vanaf aanmelding alles gaat lopen. De zorgverzekering heeft mogelijk een rol in de financiering, niet zozeer de overheid.	De huidige ketenpartners, waarbij bij overlappende zorgaanbieder duidelijk is wie wat doet	Afspraken nakomen, elkaar op verantwoordelijkheden aanspreken, klantvriendelijk, vriendelijk blijven naar elkaar.	Waaruit bestaat een goede relatie tussen de ketenpartners?	Extra	Sinds de afname van het interview hebben flinke verbeteringen plaatsgevonden op het gebied van samenwerking en maatwerk: de lijntjes zijn korter geworden en het netwerk wordt uitgebreid.
I12		Eventueel financiering vanuit centrumgemeentes; daaraan aangeven wat je nodig hebt. Blijven lobbyen, om het probleem onder de aandacht te houden. Gezamenlijk met partners blijven registreren over hoeveel mensen het gaat. En samen evalueren waar het fout gaat: waar zit de zwakke schakel.	Eén verslaafde, één plan, één regisseur, ouders/systeem erbij betrekken, elkaar op verantwoordelijkheden aanspreken. Er is sprake van maatwerk en het wordt niet generalistisch. We leren van elkaar. Degene die de ex-verslaafde gaat opvangen, krijgt ook tools voor hoe met daarmee om te gaan. Hierboven hangen het ministerie, de centrumgemeentes en zorgverzekeraar om uitkering te kunnen regelen.	Dezelfde partijen	Kennen en gekend worden; vertrouwen; begrip			
EG1		Afspraken maken met de zorginstelling over de begeleiding, maar ook over hoe te handelen als het niet uitpakt zoals afgesproken						

Mogelijke oplossingen	# interview / expertgroep	Waar en hoe kan de keten verbeterd worden?	Ideale situatie	Hoe ziet de ketenzorg er idealiter uit?	Wie zijn er in de ideale situatie bij betrokken?	Waaruit bestaat een goede relatie tussen de ketenpartners?	Extra
	EG1	Bij het begin: als cliënten diep gezonden zijn, daar ingrijpen, zorgen dat de weg naar zorg open is. Afstemming van hulp, vanuit de grote ketenpartners. Die moeten verantwoordelijk nemen voor de behandeling. Terugvalpreventie en nazorg goed regelen: een opvangvoorziening en tijdsbesteding regelen. De groep GHB-gebruikers uit elkaar halen. Er moet een casemanager zijn die monitoort; die overal kan kijken en kan bijsturen en kan achterhalen waarom iets niet helemaal loopt.		De zorg is maatwerk, er is een opvangvoorziening, van daaruit wordt meteen hulp gestart, er wordt meteen een uitkering aangevraagd. Dat wordt er meteen gedetox, met een plan. Hierin staat ook waar iemands krachten liggen en er wordt meteen dagbesteding gevonden. Idealiter sluit alles op elkaar aan. En het zo goed zijn dat er af en toe wat dwang op kan.	De meeste partners zijn er al. Maar op het juiste moment de juiste partner, waarbij alle partners aansluiten op elkaar.	Dat je elkaar ziet, intergraal en present werken, afspraken maken en dat je elkaar op de verantwoordelijkheden kunt aanspreken. Dat je daarnaast bekijkt wat je wel kunt doen als een bepaalde oplossing niet werkt.	We zijn 2 jaar geleden gestart met een werkgroep. Sindsdien is er veel verbeterd: de groep gebruikers is in beeld, iedereen in de werkgroep is gemotiveerd, er wordt hard gewerkt.
	14	De ketenzorg loopt goed, maar het Werkplein moet makkelijker. Er moet meer maatwerk komen en het Werkplein moet communiceren met hulpverleners. Het hele proces moet worden opgevolgd. Er moet flexibeler met de regels worden omgegaan. We moeten preventief werken door de basis stevig te maken, bijvoorbeeld door een beschermings-bewindvoerder daarvoor toe te wijzen.		Goed preventief werk, waardoor kosten bespaard worden. De basisvoorzieningen moeten helemaal geregeld zijn, zodat iemand uit het circuit komt.	De huidige partners van de werkgroep.	Korte lijntjes; elkaar fysiek tegenkomen.	In de tijd tussen de afname van het interview en het uitvoeren van de resultaten is veel verbeterd: er heeft overleg met het Werkplein plaatsgevonden en er zijn afspraken gemaakt omtrent maatwerk en communicatie.
	EG1	De verslavingszorg zou meer betrokken moeten worden bij crises.					

Mogelijke oplossingen	# interview / expertgroep	Waar en hoe kan de keten verbeterd worden?	Ideale situatie	Hoe ziet de ketenzorg er idealiter uit?	Wie zijn er in de ideale situatie bij betrokken?	Waaruit bestaat een goede relatie tussen de ketenpartners?	Extra
	I22	Het gaat best goed. Eventueel kan de nazorg beter. Meer voorlichting geven over GHB-problemen en -beelden, ook aan familie. Crisiskaarten maken, zodat nog sneller crisisinterventie kan plaatsvinden.		Het stuk dat wij aanbieden, loopt goed.	Huidige partners en SEH ziekenhuis	Goed en duidelijk communiceren, goede bereikbaarheid van de partners.	In Amsterdam is expertise en aanbod ontstaan m. b. t. GHB-problematiek. Dat trekt voor andere regio's om cliënten te komen brengen (Den Haag, Lelystad, Almere, etc). Ondanks dat er veel zorg is en veel mogelijkheden zijn, kun je niet altijd voorkomen dat mensen overlijden.
	I21	Er hoeft eigenlijk niet veel verbeterd te worden; de protocollen werken.		Idealiter zijn er maar een paar partijen betrokken, zijn er korte lijnen en voeren we korte interventies uit.	Huidige partners	Daarbij bestaan duidelijke rollen en is geen sprake van rolvorming. Er moet geen concurrentie zijn als het gaat om zorg.	
	I14	Het zou mooi zijn als we binnen de politietoevoeging medische GHB zouden kunnen verstrekken. Op verschillende plekken in Nederland zouden een aantal ruimtes voor de overgang justitieel – medische zorg gemaakt moeten worden (zoals de PPC, maar die is er maar één).		Iemand wordt aangehouden, er is snel duidelijk wat er speelt, ik kan zien wie ik voor me heb en kan snel beoordelen; ik stuur iemand snel in naar een ziekenhuis, waar iemand kan worden vastgehouden en kan worden verzorgd. En dan kun je als verzorger of behandelaar opperen of de persoon niet iets aan zijn verslaving moet doen; het moment kan benut worden om over afkicken te beginnen.	Huidige partners	Belangrijk is dat je elkaars knelpunten kent. Dat maakt dat er begrip voor elkaar is: inzicht in elkaars werkveld is belangrijk. Je moet zorgen dat je goed kunt overdragen. Dat je dat privacy-dilemma niet te groot en te ingewikkeld maakt; de gezondheid van de client gaat voor.	In Nederland zijn we (lokaal) alles zelf aan het verzinnen, maar dat moet landelijk geregeld worden. Er moet uniform met Forensische artsen worden omgegaan. Forensische artsen zouden net als de politie landelijk moeten worden.

Mogelijke oplossingen	# interview / expertgroep	Waar en hoe kan de keten verbeterd worden?	Ideale situatie	Hoe ziet de ketenzorg er idealiter uit?	Wie zijn er in de ideale situatie bij betrokken?	Waaruit bestaat een goede relatie tussen de ketenpartners?	Extra
	I15	Je bent lang bezig met GHB-cliënten, dat proces is niet echt te versnellen.		Zoals het de laatste tijd gaat, gaat het vrij goed.	Huidige partners	Persoonlijk contact. Een protocol helpt ook.	De situatie lijkt steeds werkbaarder te worden voor de mensen die in de werkgroep zitten. 100% gaat het nooit, maar er is zondermeer verbetering.
	I18	Eerst moeten we de knoop doorhakken over wat de ideale behandeling is en over wat dan ook in de cel gegeven kan worden. Misschien kunnen artsen GHB op zak nemen (daar moet dan toestemming voor komen).		Bij een overdosis moet de cliënt naar ziekenhuis kunnen, met de ambulance. Bij onthouding met grote kans op deiler, dan moet een cliënt naar de verslavingszorg kunnen. Dus de cliënt gaat of naar het ziekenhuis of naar de verslavingszorg – de keten is niet zo lang. De cliënt wordt daarvoor eerst van straat gehaald door of de ambulance of politie. Het gaat niet over 5 of 6 schakels.	Dezelfde partijen als uit de werkgroep	Elkaar overtuigen van de beste aanpak en iedereen vragen (dringend verzoeken) aan die aanpak mee te werken.	Het zou mooier zijn als er een landelijke richtlijn zou zijn, in plaats van een lokale. Het is wenselijk dat er uniformiteit is.
	I18	Een aanjaagteam zou een oplossing kunnen zijn. Afspraken moeten goed geïmplementeerd worden en de implementatie geëvalueerd. Misschien kunnen bij een Amsterdams ziekenhuis een paar bedden beschikbaar komen die je goed kunt bewaken (Zwolle is te ver weg).		Vanuit politieperspectief zou het fijn zijn een paar ziekenhuisbedden ter beschikking te hebben die bewaakt kunnen worden	Dezelfde partijen als uit de werkgroep	Betrokken professionals die allemaal een oplossing zoeken, begrip kweken voor elkaars perspectief en elkaar blijven opzoeken	

Mogelijke oplossingen	# Interview / expertgroep	Waar en hoe kan de keten verbeterd worden?	Ideale situatie	Hoe ziet de ketenzorg er idealiter uit?	Wie zijn er in de ideale situatie bij betrokken?	Wat nu! bestaat een goede relatie tussen de ketenpartners?	Extra
	I16	Meer preventie voor het publiek, betere communicatie tussen de ketenpartners. Meer bekendheid geven aan wat EDS en GHB-onthoudingsdelier is bij de hulpverlenende instanties, met name landelijk. Meer kennisdeling en onderwijs, ook over het belangrijke verschil tussen intoxicatie en onthouding. Eventueel vanuit de SEH / het ziekenhuis: meer binding met de verslavingszorg.		Iedere ketenpartner zou moeten weten wat hij kan aanbieden/wie hij kan contacteren; alle opties moeten weten en kennen en proberen uit te voeren. Als dat niet onmiddellijk lukt, zou er goede overdracht moeten zijn naar de volgende ketenpartner die het dan probeert. Dan zou je het hele proces kunnen afdekken.	Huidige partners	Dat iedereen bereikbaar is	GHB-gebruik neemt toe in Amsterdam; we zien het hier wel vaak. Je ziet het hier in het hele scala van de maatschappij. De drug is veel minder gebonden aan stand. Dat heeft er onder andere mee te maken dat het zo goedkoop en makkelijker te maken is.
	I19	Het is goed als er meer bekendheid komt, vanuit de verslavingszorg naar ons, dus kennis en scholing. Vanuit ons zou er een contactpersoon kunnen zijn over de stand van zaken rondom de keten.		Dat je nog net iets meer weet over waar iemand terecht kan. Dat er verschillende protocollen zijn voor wat je met bepaalde mensen moet doen. Bijvoorbeeld voor mensen die wel en die juist niet in zorg willen.	Huisarts, verslavingsarts en maatschappelijk werk/coach/SPV-er; de SEH-arts is alleen een schakel.	Korte lijntjes, af en toe met elkaar overleggen. Elkaar makkelijk kunnen bereiken.	Ik loop het meeste er tegenaan dat ik niet goed weet waar ik moet zijn en wat je kunt doen.

Mogelijke oplossingen	# Interview / expertgroep	Waar en hoe kan de keten verbeterd worden?	Ideale situatie	Hoe ziet de kernzorg er idealiter uit?	Wie zijn er in de ideale situatie bij betrokken?	Waaruit bestaat een goede relatie tussen de ketenpartners?	Extra
	I20	De zorgpartners achter ons moeten beter weten wat noodhulp behelst en ons advies serieus nemen. Buiten kantoor tijd zou de keten ook opgestart moeten kunnen worden. Teams die worden uitgestuurd, zouden kaartjes kunnen meekrijgen waarop korte instructies of protocollen staan. Als het gaat om veiligheid van cliënt en personeel, moet informatie gewoon gedeeld worden.		Het meest ideale is dat als wij ermee geconfronteerd worden, dat onze ervaring serieus wordt meegenomen en dat de zorg meteen wordt opgepakt en iemand meteen op de juiste plek beland. Zo kan het vervolgtraject heel snel worden opgepakt.	Noodhulp en de tussenpersoon die iemand bij het juiste loket brengt	Goed met elkaar overleggen en elkaar durven te coachen, advies en feedback geven.	
	I23	Forensische artsen zouden medicinale GHB moeten kunnen toedienen. Beveiligers in het ziekenhuis kunnen een grotere rol spelen. Op de meldkamer zitten ambulance en politie bij elkaar: die kunnen samen een team op pad sturen. Mensen op straat moeten meer kennis hebben.		Dan hebben we één heel mooi gebouw waar alles heen kan wat zorg betreft. Alles zit daarin, ook een eerste hulpafdeling en verslavingszorg.	Alle know-how rond problematische zorg, zodanig dat iedereen terecht kan.	Bereikbaarheid, beschikbaarheid, betrouwbaarheid, nakomen van afspraken, een gezamenlijk doel hebben	
	I23	Artsen/verplegers moeten overdoses onderkennen. Er moet een afspraak komen over welk medicijn wordt toegedield. We moeten elkaar taken heel helder en duidelijk kennen.		Dat er een soort crisisdienst is, waarbij samenwerking is tussen politie en zorg, die in één gebouw terecht kunnen. Een kwetsbare persoon kan altijd worden geholpen in dit gebouw, ongeacht het probleem. Alle specialisten zitten in dit gebouw. Je wordt hier niet behandeld, maar op de goede manier doorverwezen of begeleid.	Alle know-how rond problematische zorg, zodanig dat iedereen terecht kan.	Betrouwbaarheid, het weg laten vallen van concurrentie	

Mogelijke oplossingen	# Interview / expertgroep	Waar en hoe kan de keten verbeterd worden?	Ideale situatie	Hoe ziet de ketenzorg er idealiter uit?	Wie zijn er in de ideale situatie bij betrokken?	Maaruit bestaat een goede relatie tussen de ketenpartners?	Extra
	EG2	Psychiatrie en PijPPC aan elkaar koppelen, ook al is er geen strafbaar feit gepleegd. Naast de politiceel een andere opvanglocatie realiseren.					
	EG3	De verslavingszorg zou deze cliënten kunnen zien (maar er zijn te weinig bedden; we zouden bedden kunnen kopen bij de medisch psychiatrische unit).					
	EG4	Psychiatrie en PijPPC aan elkaar koppelen, ook al is er geen strafbaar feit gepleegd. Bij een verdenking van een strafbaar feit kan een cliënt worden doorgestuurd naar de PijPPC					