



KETENAVOND ACUTE PSYCHIATRIE

**‘HOE GAAN WE OM
MET AFWIJKEND GEDRAG
EN GHB-VERSLAVING
IN DE ACUTE ZORG?’**

PROGRAMMA



18.30 – 19.00 Ontvangst en registratie

19.00 – 19.05 Opening en inleiding

voorzitter Indira Tendolkar, psychiater Radboudumc

19.05 – 19.30 Casus GHB verslaving

Peter Plantinga, SEH-arts Rijnstate Ziekenhuis

Mike van Verseveld, aios psychiatrie Rijnstate ziekenhuis

19.30 – 20.00 Hoe vangen we mensen op met een chronische of acute verslaving?

Protocol GHB verslaving Acute Zorgregio Oost

Oscar Francissen, PA en medisch adviseur RAV Gelderland zuid

Marie-Louise Moors, SEH-arts Radboudumc

20.00 – 20.20 PAUZE

20.20 – 21.20 Borderline persoonlijkheidsstoornissen in de acute keten – vanuit het perspectief van de zorgvrager en vanuit het perspectief van de zorgverlener

Astrid Beekman, Ixta Noa Nijmegen

Nicole Oude Oosterik – klinisch psycholoog Pro Persona

Maarten van Niekerk – psychiater Pro Persona

21.20 – 21.30 Samenvatting en afsluiting avond

Voorzitter



Rijnstate

” GHB verslaving in de acute zorg?”

Acute Zorgregio Oost ketenbijeenkomst

18 mei 2022

Mike van Verseveld, aios psychiatrie
Peter Plantinga, SEH arts

Rijnstate. Voorop in zorg voor jou.

Inhoud

- Wat cijfers/ feiten
- 3 casussen
- Last of uitdaging?
- Rijnstate als GHB verstrek loket?



GHB

feiten/ trends Trimbos instituut

2020 enquête >18 jr GHB gebruik:

- 1.9% vd NL bevolking ooit en 0.5% laatste jaar
(ter vergelijking alcohol 78% xtc 3.1% cocaine 1.6%)
- Gebruik tussen 2015-2020 ongeveer gelijk gebleven
- Corona periode?



- Uiteenlopende groepen:
 - Thuis gebruiker al dan niet gereguleerd
 - Feestgangers
 - Bepaald circuit Swingers/ chemsex
- GHB verslaving vaak samen met andere ψ stn
- Na detox grote kans op terugval

Impact gezondheidszorg

- Kleine groep, wel met serieuze incidenten
- Emotie bij hulpverlener
 - “hoort niet in mijn ambu”
 - “hoort echt niet op de SEH”
 - “hoort toch niet in de cel”
 - “hoort niet acuut in de verslaafdenzorg”
 - “hoort niet acuut bij de psychiatrie”
- Maar waar dan wel?

3 presentaties, verschillend karakter

Take home

- Chronisch GHB gebruik is een lastige uitdaging
- Niet in 1 protocol te vangen
- Maatwerk, maak gebruik van elkaars expertise
- Keten gezamenlijk verantwoordelijk

- Acute ontwenning is soms een spoedgeval
- Kan al binnen 1-6 uur onthouding ontstaan
- Enne...Rijnstate is zeker geen verstrek loket,



Een chronisch probleem in de keten

AZO 18 mei 2022

Oscar Francissen en Marie Louise Moors

Een verwarde agressieve man

1. Nemen we hem onder dwang mee?

Rood = ja Groen = nee Blauw = ik weet niet

2. Waar gaan we naar toe?

Rood = SEH Groen = Crisis Beoordelingskamer Blauw = cel

Een verwarde agressieve man

1. Nemen we hem onder dwang mee?
Rood = ja Groen = nee Blauw = ik weet niet
2. Waar gaan we naar toe?
Rood = SEH Groen = Crisis Beoordelingskamer Blauw = cel

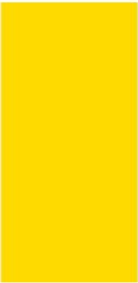
Chronisch GHB gebruik

- GHB als recreatieve drug werkt **ontremmend**, bevordert sociale interacties en **seksuele gevoelens** en **dempt angsten**. Dit kan leiden tot onvoorspelbaar gedrag, agressiviteit en een **verhoogde pijnprikkel**.
- **Acute onttrekking** bij chronisch GHB-gebruik of de combinatie van GHB-gebruik met amfetamine en/of cocaïne kan leiden tot het **Excited Delirium Syndroom** welk levensbedreigend is
- **GHB ontwenning** treedt op bij chronisch gebruik en kan een **langdurend delier** veroorzaken, dat behandeld moet worden met GHB-substitutie.

Symptomen

Symptomen bij GHB intoxicatie
Kortdurende amnesie
Hypotonie
Slaap
Somnolentie
Duizeligheid
Euforie
Coma
Bradycardie
Cheyne-stokes ademhaling
Pupildilatatie
Hallucinaties
Cardiorespiratoire collaps
Agressie
Tonisch-clonisch insult
Hypothermie
Delier

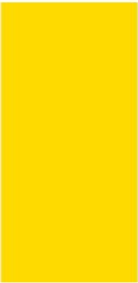
Symptomen bij GHB onthouding
Moeheid
Agitatie/agressie
Craving
Tremoren
Transpireren/ loopneus
Angst
Slaperigheid/ insomnia
Koude/ warme rillingen
Spier trekkingen /motorische onrust
Epileptische aanval
Buikpijn
Misselijkheid/ braken
Hypertensie/ autonome ontregeling
Hallucinaties /wanen
Delier



Inleiding



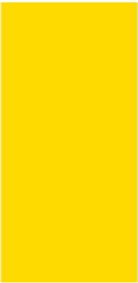
- Zelfbeschadigend gedrag komt veel voor.
- Hulpverleners komen er veelvuldig mee in contact.
- Geconfronteerd worden met dergelijk gedrag roept veel op.
- Doel: handvatten bieden hoe om te gaan met zelfbeschadigend gedrag voor hulpverleners in acute keten.



Inhoud



- Achtergronden zelfbeschadigend gedrag
- Ervaringsdeskundigen vertellen over hun ervaringen
- Hoe kunnen we zelfbeschadigend gedrag plaatsen en er professioneel op reageren?



Zelfbeschadigend gedrag



Onderscheid én overlap:

- Met suïcidale intentie
- Zonder suïcidale intentie

Cijfers zelfbeschadigend gedrag I

- 5,5% volwassen bevolking (schatting) CBS 2019
- 15% adolescenten (15-25) Trimbos 2019
- Onset: 12 - 14 jaar (gemiddeld) CBS 2019
- Meestal uitdoving voor 30 jaar CBS 2019

Cijfers zelfbeschadigend gedrag II

SEH bezoeken 2017

- 15.000 i.v.m. zelfdestruectief gedrag
 - 6000 autointoxicaties (moedwillig)
 - 9000 automutilatie (excl intoxicaties)
- Man : vrouw = 2 : 3

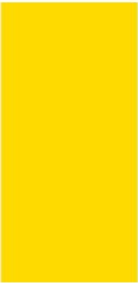
Bron: Letsel Informatie Systeem (Stam & Blatter, 2018)

Cijfers zelfbeschadigend gedrag II

Ziekenhuis opnames i.v.m. zelfbeschadiging 2017

Ca 8000

Bron: Letsel Informatie Systeem (Stam & Blatter, 2018)



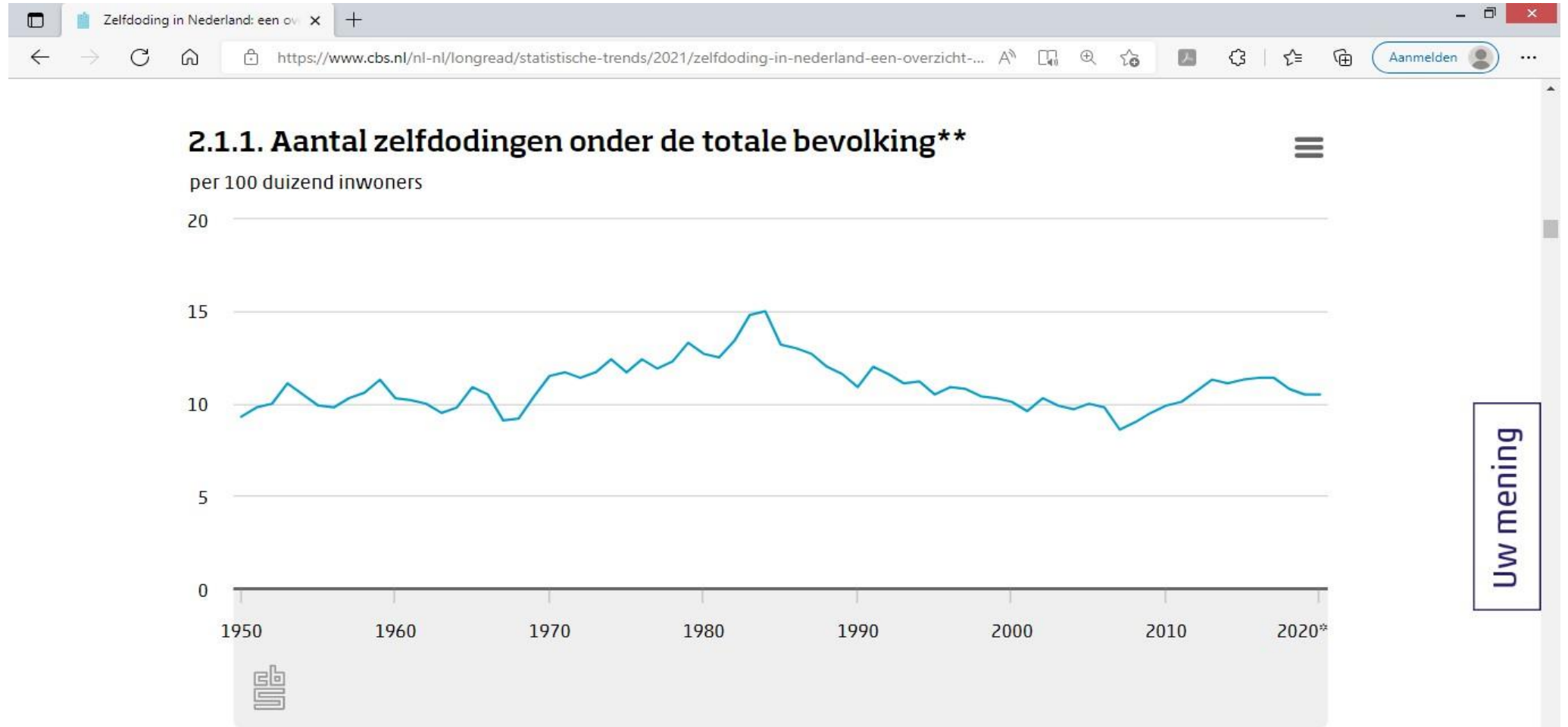
Cijfers suicidaliteit (18-65 jaar, NL)



- 8,3% ooit suïcidale gedachten
- 3,0% ooit suïcide plan
- 2,2% onderneemt ooit een suïcide poging
- Verdeling man : vrouw ca 1 : 1
- 25% van de mensen met suïcidale gedachten doet later een suïcide poging.

Bron: Nemesis-2 (2011)

Geslaagde suïcides sinds 1950



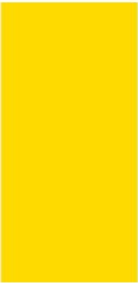
* Voorlopige cijfers

** Gestandaardiseerd naar leeftijdsopbouw van de bevolking in 2020

Uw mening

Zelfbeschadigend gedrag en psychiatrische stoornissen

- Zelfbeschadiging komt vaak voort vanuit emotieregulatieproblemen.
- Veel voorkomend bij borderlinepersoonlijkheidsstoornis (schatting: 90%)
- Echter ook bij andere stoornissen, zoals autisme, eetstoornis, depressie, psychose e.a.
- En zonder aanwezigheid psychiatrische stoornis.



Biosociale theorie



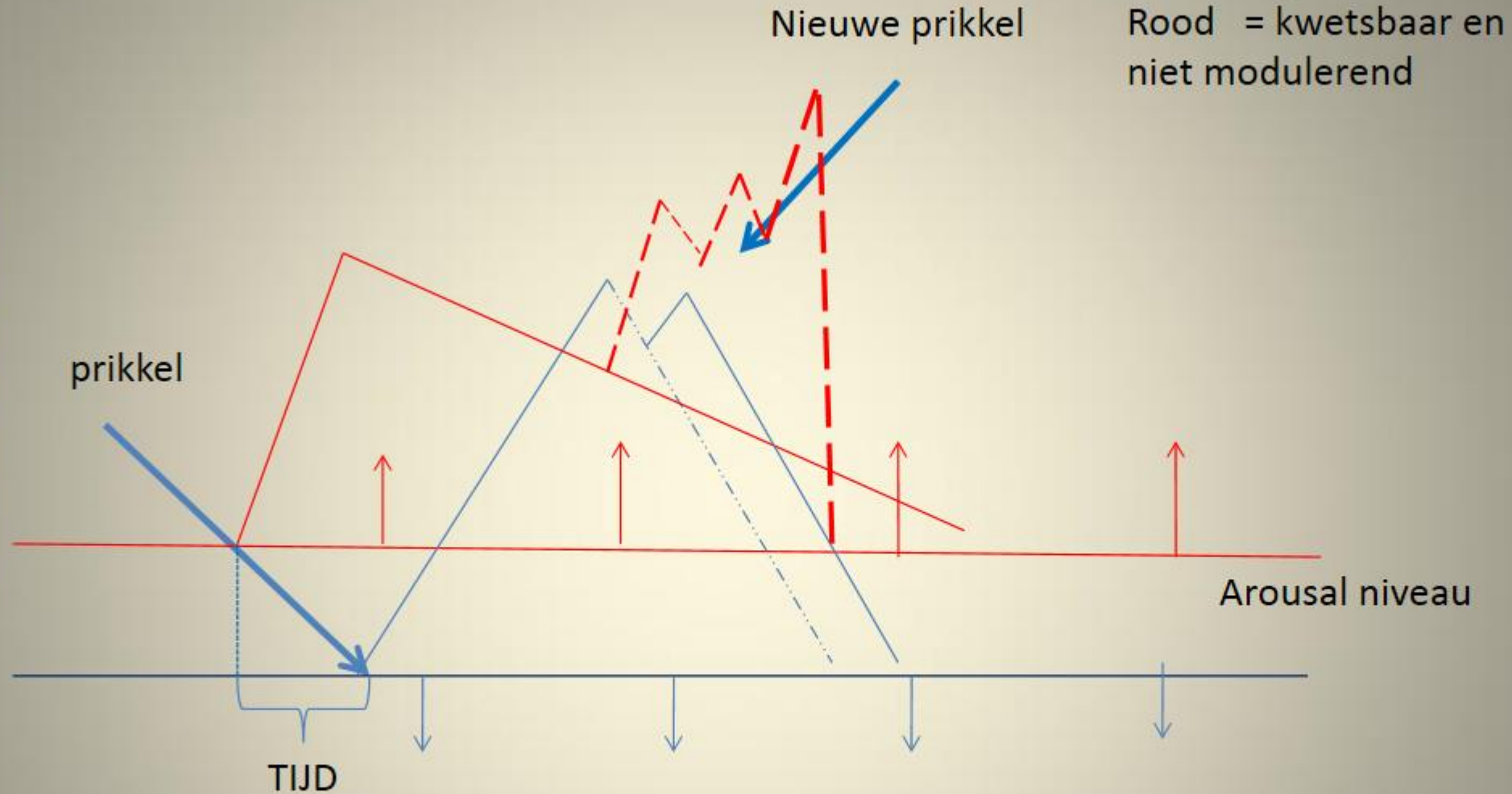
Verklaringsmodel voor emotieregulatieproblemen

Complexe wisselwerking tussen biologische factoren en omgevingsfactoren

Bio: emotionele kwetsbaarheid en verhoogde impulsiviteit

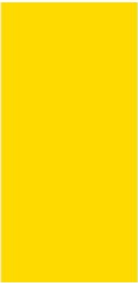
Sociaal: invaliderende omgeving

Heftigheid van reactie



Biosociale theorie: reactie op (emotionele) prikkels

'It is as if Borderlines have no emotional skin'



Sociaal: invaliderende omgeving



Invaliderende omgeving begrijpt de emoties vaak niet en reageert dus niet 'validerend' waardoor reguleren van emoties bemoeilijkt wordt

BPS: emotie en impulsregulatie stoornis

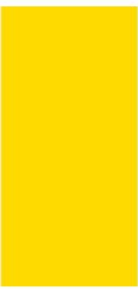
Emotionele kwetsbaarheid + impulsiviteit



Invalidierende omgeving



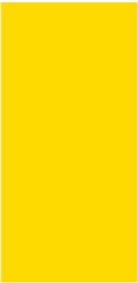
Voortdurende emotionele ontregeling



Functies zelfbeschadigend gedrag I



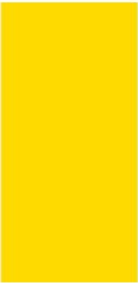
- (kortdurend) reductie van negatieve emoties
 - Afleiding (iets voelen; niets voelen)
 - Voorkoming van suïcide
 - Straffen
 - Communicatiemiddel
-
- D.m.v. zelfbeschadiging worden emoties en het contact met zichzelf en de omgeving gereguleerd.



Nadien



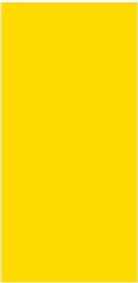
- Schuld
- Schaamte
- Onmacht
- Zelfhaat



Reacties hulpverlener



- Ongeloof
- Afschuw
- Onmacht
- Boosheid
- Bezorgdheid
- Teleurstelling
- Vertrouwensbreuk



Omgaan met suïcidaal gedrag



- Maak onderscheid tussen:

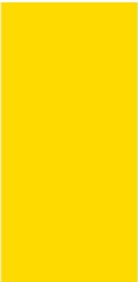
- Acute suïcidaliteit

Meestal volgend op een ingrijpende gebeurtenis

- Chronische suïcidaliteit

Sterk verbonden met emotieregulatieproblematiek

Dilemma: wel of niet ingrijpen



Omgaan met zelfbeschadigend gedrag: bewustwording



- Wees je bewust van wat het zelfbeschadigend gedrag bij je oproept, zonder hiernaar te handelen.
- Wees je ook bewust van het lijden van de patiënt
Zie zelfbeschadiging als coping bij het ontbreken van alternatieven. Met achteraf schaamte en schuld.
- Bespreek met collega's, ventileer en onderzoek waarom het jou raakt.

Omgaan zelfbeschadigend gedrag: Do's

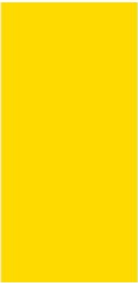
- Somatisch: behandel de patiënt zoals ieder ander
 - Verdoven as usual etc.
 - Somatisch vrijgeven wanneer 'ander' ook vrijgegeven zou worden
- Wees open en 'nieuwsgierig' naar aanleiding. Probeer echt te begrijpen. Zonder oordeel.
- Ben transparant en respectvol -> bijvoorbeeld ook over wat het bij je oproept
 - *Ik merk dat ik me machteloos voel, dat ik niet goed weet hoe hiermee om te gaan, dat ik me zorgen om je maak, dat het me raakt*

Omgaan met zelfbeschadigend gedrag: Do's

- Besef je dat eventuele afwijzende of stuurse houding te maken kan hebben met problematiek en eerdere negatieve ervaringen (invaliderende omgeving)
- Respecteer autonomie
- Valideer ($\neq$ accepteer)
- Wees open en transparant over eventuele acties die je inzet en waarom
- Begrens gedrag zoals je ook 'anderen' zou begrenzen

Omgaan met zelfbeschadigend gedrag: Don'ts

- Redden of aanklagen
 - Redden = overnemen: bepalen hoe het verder gaat, wat patiënt moet doen o.i.d.
Jij gaat nu je scheermesjes inleveren.
 - Aanklagen = verwijt maken, evt nonverbaal
- Stigma schreeuw om aandacht versterken
- Verbieden van zelfbeschadiging. Patiënt kan niet zomaar stoppen.



Take home messages



- Zelfbeschadiging is een teken van onderliggende problematiek.
- Zelfbeschadiging vaak bij gebrek aan alternatieven.
- Onderzoek wat het bij je oproept en laat je handelen er niet door bepalen.