



MEDISCH DOSSIER

Substitutietherapie: goede praktijken

Spoedarts aan het woord

Neveneffecten van drugs op onze gezondheid

Banale klacht of effect van drugs?



Ik twijfelde even of ik wel de juiste persoon was om deze 'Voorproe-ver' te schrijven. Als huisarts in een landelijke omgeving, ga ik er, waarschijnlijk onterecht, vanuit dat ik niet veel te maken krijg met 'echte' verslavingen.

Na het lezen van de artikels zag ik meteen enkele patiënten voor me.

Een jonge patiënte stelde me enkele maanden geleden trots haar vriendje voor die recent bij haar en haar ouders was komen inwonen. Hij kon niet meer terecht bij zijn moeder, de redenen hiervoor bleven wat vaag. De ouders van mijn patiënte begonnen na enkele weken echter te twijfelen of dit wel de goede oplossing was. Na een hevige discussie over de ellenlange douches die het vriendje dagelijks nam, verliet dochterlief samen met haar vriendje het ouderlijke huis. Nu lees ik dat er zoiets bestaat als het cannabinoïd-hyperemesis-syndroom. En dat dit syndroom onder controle kan raken door heet te douchen. Het was precies een puzzelstukje die op zijn plaats viel, een soort aha-erlebnis voor mij.

Of de patiënt die komt met bloedneuzen en korstjes in de neus. Zou deze patiënt cocaïne gebruiken?

Verhoogde bloeddruk, zweten, hoofdpijn, hartkloppingen, constipatie, branderig gevoel bij het plassen, droge mond en ontstoken tandvles zijn vaak voorkomende klachten in mijn praktijk maar zijn ook mogelijke gevolgen van drugs.

We zetten druggebruik, als huisarts, te weinig in ons diagnostisch landschap en we vragen er ook te weinig naar bij onze patiënten.

Het mechanisme van verslavingen is jammer genoeg ook te weinig gekend. Dopamine, wat zo'n klein stofje kan aanrichten... Van dagelijks chips eten bij onze patiënten met overgewicht, het oneindig scrollen op een schermpje door onze jongeren tot een verslaving aan drugs.

Bij het lezen hoe sterk de hunkering kan zijn bij het stoppen met drugs, zie ik de grote gelijkenis met onze pogingen om het benzogebbruik in de praktijk te verminderen. Bij de meeste patiënten lukt dat helemaal niet. "Ik neem dit al jaren en zonder dat pilletje kan ik niet slapen." Gelukkig zijn er ook die erin slagen volledig te stoppen na een trage afbouw.

De machteloosheid bij de omgeving van de persoon met een verslaving, is ook heel herkenbaar bij ons in de praktijk. Het vraagt heel wat uitleg en inspanning om familieleden vooral terug voor zichzelf te laten zorgen.

Ik ben blij dat er artsen bestaan, gespecialiseerd in druggebruik. Het vergt duidelijk een expertise om deze patiënten goed te begeleiden, vooral bij substitutietherapie. Het is dan ook geruststellend te lezen dat we steeds een beroep kunnen doen op die expertise wanneer we advies nodig hebben.

Dr. Griet Verhelst

82 inhoud

3 Effecten van drugs op onze gezondheid



5 Substitutietherapie bij stimulantia: een vangnet in functie van herstel



8 Goede praktijk rond vervangmedicatie zoals methadon



10 Meer aandacht nodig voor een goede mond- en tandhygiëne

12 Wat als iemand met drugs in het lijf op spoed beland?



14 Paul Van Deun over "Dopamine verlangen en verslaving" met vervolg op achterflap

16 Expo "Ik ben er" krijgt vervolg in Museum dr. Guislain

16 Podcast over werking RKJ

Effecten van drugs op onze gezondheid

In De Sleutel zien we de laatste jaren steeds meer cliënten die verschillende illegale middelen gebruiken. Sommige van deze producten zijn heel nieuw (denk maar aan cathinonen zoals flakka) en de werking en de bijwerkingen ervan zijn zelden goed gekend. Andere middelen kennen we wel goed (zoals bijvoorbeeld cocaïne) maar dat maakt het risico op neveneffecten niet kleiner. Over de jaren heen kunnen ook de effecten van ‘gekende’ middelen veranderen omdat ze worden gemengd met andere producten. Soms zijn deze andere producten niet echt schadelijk, vaak zijn ze echter best gevaarlijk.

In dit artikel willen we als artsen binnen De Sleutel een aantal schadelijke effecten in de kijker zetten van illegale middelengebruik. Dit zijn zaken die we regelmatig tegenkomen in de klinische praktijk. Sommige neveneffecten zullen al goed gekend zijn, anderen zullen misschien volledig nieuw zijn.

Amfetamines (Speed) – Invloed op hart en bloedvaten

Amfetamines, ook wel bekend als “speed”, behoren tot de stimulantia en hebben een krachtig effect op het centraal zenuwstelsel én het lichaam. Ze wekken een intens gevoel van energie op, zowel mentaal als fysiek. Deze energie is echter geen extra energie, maar wordt onttrokken aan de natuurlijke reserves van het lichaam. Na het uitwerken van de stof voelt men zich vaak uitgeput of zelfs neerslachtig, wat het risico op herhaald gebruik vergroot.

Gebruik van amfetamines leidt tot een dosisafhankelijke stijging van de bloeddruk en een versneld hartritme. Hierdoor worden het hart en de bloedvaten zwaar belast. Mogelijke gevolgen zijn hartritmestoornissen, hartinfarcten en hersenbloedingen of -infarcten. Bij zware lichamelijke inspanning verhoogt dit risico aanzienlijk. Daarnaast verhoogt amfetaminegebruik de lichaamstemperatuur, wat kan leiden tot overmatig zweten, hoofdpijn, hartkloppingen en hyperventilatie. Personen met bestaande hartproblemen lopen extra risico: hun drempel voor het ontwikkelen van hartritmestoornissen ligt lager bij amfetaminegebruik.

Heroïne, methadon en constipatie

Heroïne en methadon behoren tot de opioïden, een klasse van middelen die bekend staan om hun verstoppende werking. Heroïne is een natuurlijk opiaat, afkomstig uit de papaverplant, terwijl methadon een synthetisch opioïd is. Beide stoffen binden zich aan opioïdreceptoren in het lichaam.

De mu-opioïdreceptor – aanwezig in onder andere de darmwand – speelt een centrale rol in het ontstaan van constipatie. Door activatie van deze receptor worden bepaalde stoffen die de darmbeweging stimuleren, geblokkeerd. Hierdoor vertraagt de passage van de stoelgang en onttrekt de darmwand meer vocht, waardoor de stoelgang uitdroogt en moeilijker passeert. Het resultaat is harde stoelgang die moeilijk uit te scheiden is, of zelfs volledige verstopping.

Belangrijk is dat er geen tolerantie ontstaat voor dit neveneffect: zolang het middel wordt gebruikt, blijft de verstopping bestaan. Ter verlichting kunnen laxativa worden gebruikt om de stoelgang zachter te maken en constipatie te voorkomen.

Cocaïnegebruik en schade aan het neustussenschot

Cocaïne wordt vaak gesnoven, wat schadelijk is voor het neusslijmvlies. Cocaïne werkt vaatvernauwend en wordt opgenomen via het slijmvlies, wat leidt tot verminderde doorbloeding van het weefsel. Hierdoor krijgen de cellen onvoldoende zuurstof en voedingsstoffen, wat ontstekingen, bloedneuzen en pijn kan veroorzaken. Bij frequent gebruik kunnen zelfs het neustussenschot en omliggend kraakbeen beschadigd raken, wat kan leiden tot blijvende schade zoals geurverlies en een ‘zadelneus’ – het inzakken van de neusbrug.





Daarnaast komen klachten voor zoals jeuk, korstvorming, wondjes in de neus, aangezichtspijn en hoofdpijn. De gesnoven cocaïne kan ook de voorhoofdsholtes bereiken, met verstoppingen en bijkomende klachten tot gevolg.

Cocaïne is vaak versneden met andere stoffen zoals levamisol, procaïne, cafeïne, fenacetine of zoetstoffen (zoals mannitol en inositol). Sommige versnijdingsmiddelen verhogen de kans op beschadiging van slijmvliezen of afsterven van weefsel. Ook andere gesnoven middelen zoals amfetamines en cathinones (bv. mefedrone) kunnen vergelijkbare schade veroorzaken.

Preventief spoelen met fysiologisch water en het aanbrengen van een helende zalf kunnen schade beperken. Bij een eenmaal ontstane perforatie is enkel een operatie nog een oplossing.

Cannabisgebruik en overgeven: het cannabinoïd-hyperemesis-syndroom

Bij langdurig, frequent cannabisgebruik kunnen sommige gebruikers last krijgen van het **cannabinoïd-hyperemesis-syndroom (CHS)**. Dit gaat gepaard met herhaaldelijk, heftig braken dat dagen kan aanhouden en het dagelijks functioneren ernstig belemmert. De klachten verdwijnen meestal volledig na het stoppen met cannabisgebruik, maar keren vaak terug bij hervatting.

Een opvallend kenmerk van dit syndroom is dat de klachten tijdelijk

verminderen door heet te douchen of baden. Sommige mensen ontwikkelen hierdoor een dwangmatig douchegedrag, soms zelfs met brandwonden tot gevolg. Door het intensieve braken kan ernstige uitdroging optreden, met mogelijk nierproblemen als gevolg.

Blaasproblemen bij ketaminegebruik

Ketaminegebruik komt steeds vaker voor, en een veelvoorkomende bijwerking is het optreden van blaasproblemen. In een vroeg stadium kan dit zich uiten in een branderig gevoel bij het plassen of lichte steken. Wanneer gebruik wordt voortgezet, kunnen de klachten verergeren tot constante, hevige pijn in de onderbuik. Ook bloed in de urine en plasproblemen kunnen optreden.

Deze problemen worden vermoedelijk veroorzaakt door schadelijke afbraakstoffen van ketamine, die via de urinewegen in de blaas terechtkomen. Niet alleen de blaas, maar ook de nieren kunnen hierdoor schade oplopen.

In de meeste gevallen verdwijnen de klachten na het stoppen met ketaminegebruik. Bij blijvend gebruik kunnen de problemen echter ernstig en langdurig zijn.

HPPD en hallucinogenen

HPPD (Hallucinogen Persisting Perception Disorder) is een aandoening waarbij mensen blijvende visuele verstoringen ervaren na het gebruik van psychedelica. Drugs zoals LSD,

psilocybine (paddo's), DMT², maar ook middelen als MDMA, ketamine en zelfs cannabis kunnen een rol spelen bij het ontstaan ervan.

De symptomen zijn niet zomaar wazig zicht of een vage 'triphering', maar hardnekkige visuele effecten die het dagelijks leven kunnen beïnvloeden. Volgens de DSM-5 behoren de volgende verschijnselen tot HPPD:

- Visuele sneeuw: kleine ruisende stipjes in je gezichtsveld, alsof je naar een ruisend tv-schermbild kijkt
- Afterimages: nabeelden blijven hangen nadat je ergens naar hebt gekeken
- Tracers: bewegende objecten laten lichtsporen achter
- Vervormingen: in diepte, kleur, vorm of beweging
- Halo's en lichtflitsen

Hoewel HPPD zeldzaam wordt genoemd, is het niet extreem uitzonderlijk. Uit verschillende studies blijkt dat ongeveer 4% van de mensen die hallucinogenen gebruiken symptomen van HPPD ontwikkelen. De ernst en duur kunnen wel sterk verschillen per persoon.

Na een latente periode kunnen de symptomen uitgelokt worden door stress en/of (roes)middelen waaronder alcohol. Op dit moment bestaat er geen standaardbehandeling voor HPPD.

Zoönosewaan

Het gebruik van stimulerende middelen, zoals amfetamine of cocaïne, kan psychoses uitlokken of verergeren. Eén van de mogelijke uitingsvormen daarvan is een zoönosewaan, waarbij iemand denkt dat er insecten of andere diertjes onder de huid leven. Dit kan leiden tot intense angst, krabben of zelfverwonding in een poging de ingebeelde beestjes te verwijderen.

1 Lees ook de recensie van het boek van Dopamine, verlangen en verslaving Paul Van Deun op blz 15

2 Dimethyltryptamine

Substitietherapie bij stimulantia: een vangnet in functie van herstel

Het herstelproces van cliënten kan op meerdere manieren ondersteund worden. Eén daarvan is het deskundig gebruiken van geneesmiddelen. Deze worden soms gegeven voor onderliggende aandoeningen zoals depressie of angst. Op andere momenten grijpen ze rechtstreeks in op het verslavingsmechanisme zelf. Een voorbeeld hiervan is de zogenaamde substitietherapie die al decennia succesvol wordt toegepast bij opioïd-afhankelijkheid. Recent is de toepassing ervan ook verruimd naar stoornissen in het gebruik van stimulerende middelen. Vanwaar komt deze evolutie en wat mogen we ervan verwachten? Frederick Van Der Sypt, werkzaam als arts in het Detox- en Oriëntatiecentrum (DOC) en het ambulante centrum Gent van De Sleutel licht toe.

Wat verstaan we precies onder substitietherapie?

Dr. Van Der Sypt: Zoals het woord aangeeft, bieden we hierbij de mogelijkheid aan de cliënt om een geneesmiddel in te nemen ter vervanging van diens specifieke probleemmiddel. Het gaat dan meestal om een medicijn dat een gelijkaardige werking heeft op de hersenen en zo de hunkering naar het roesmiddel sterk kan verminderen zonder daarbij een roeseffect te veroorzaken. Op deze manier kan de biopsychosociale schade van het gebruik worden ingeperkt en de vrijgekomen mentale ruimte creëert meer mogelijkheden voor herstelgerichte interventies.

Zoals in het geval van methadon-substitietherapie?

Inderdaad, dat is een bekend voorbeeld. Maar ook nicotinepleisters zijn een vorm van substitietherapie. Door de neurobiologische honger naar nicotine te verzadigen, geven ze rokers meer kans om gewoontepatronen te doorbreken. De cliënt blijft weliswaar afhankelijk van nicotine, maar door geen tabak meer te roken neemt de gezondheidsschade af. Dat nicotine hier nicotine kan vervangen lijkt evident, maar ook een ander rookstopmiddel, bupropion (Zyban®, Wellbutrin®), heeft dit effect. Dat doet het door dopamine vrij te stellen in ons beloningscircuit, de zetel van verslaving.

Nicotine is een stimulerend middel, dus substitutie voor stimulantia is niet geheel nieuw?

Dat klopt. Wat wel nieuw is, is dat we de laatste jaren ook voor heel wat andere stimulantia een vervangende ondersteuning aanbieden. Dit heeft veel te maken met de toename van zowel het aantal soorten stimulantia als het aantal gebruikers ervan. Waar het vroeger voornamelijk amfetamine (*speed*) en cocaïne betrof die de markt domineerden, zien we nu een groeiende groep gebruikers van methamfetamine (*crystal meth*) en cathinones. Deze laatste vormen een zeer uitgebreide groep van nieuwe psychoactieve stoffen (waaronder *mefedrone* en *flakka*) die op dit moment een vaste plaats in het Europees druglandschap veroveren. Hun gebruik kan snel leiden tot controleverlies.

Is er hiervoor een verklaring?

Wat we weten is dat ons gedrag voor een groot deel wordt bepaald door het invullen van behoeftes. De basisbehoeftes voor onze overleving zoals eten, drinken, seks en betekenisvolle sociale contacten krijgen normaal een prioritaire plaats in ons motivatie- of beloningscentrum. Het subjectief belang dat aan elke van deze behoeftes wordt toegekend is evenredig met de mate waarin ze zorgen voor dopaminevrijstelling in één bepaald hersencircuit. Alle middelen of gedra-



Substitietherapie is slechts een ondersteunende interventie en geen behandeling op zich.



gingen die tot controleverlies kunnen leiden, stellen daar ook dopamine vrij maar in een mate die tot vele malen hoger is dan wat de natuurlijke beloners doen. Zo wordt een nieuw soort honger neurologisch verankerd in het brein. Het inlossen van deze honger wordt uiteindelijk prioritair boven alle natuurlijke beloners wat zowel de dwangmatige zoektocht naar gebruik als het verwaarlozen van de normale behoeftes verklaart.

Dus als cliënten stoppen met gebruiken, blijven ze letterlijk op hun honger zitten?

Precies, en de omvang van deze hunkering kan moeilijk overschat worden. Het is de kracht die onze cliënten tegen beter weten in dwingt tot verder gebruik en afbreuk doet aan vele levensdomeinen. Deze hunkering of *craving* is gemeenschappelijk voor alle vormen van verslaving. Bij stimulantia is er echter nog meer: niet alleen het niveau van dopamine, maar ook dat van noradrenaline wordt in bepaalde delen van de hersenen verhoogd. Noradrenaline is cruciaal voor een goede werking van onze waakzaamheid, aandacht, cognitieve vermogens, impulsiviteit en stresshantering. Niet toevallig speelt het ook een belangrijke rol bij aandachtstekortstoornissen, wat meteen ook de grote overlap tussen AD(H)D en stimulantia gebruik verklaart. Bij het stoppen met gebruik vallen de niveaus van zowel dopamine als noradrenaline ver onder wat de hersenen gewoon waren.

En hoe uit dit tekort zich dan bij de cliënt?

We onderscheiden 2 fases in de ontwenning van stimulantia: een acute fase van ongeveer een week waarin de cliënt zich moe, prikkelbaar, angstig en neerslachtig voelt. In ernstige gevallen kan de stemming zodanig aangetast zijn dat ook suïcidegedachten optreden. De hunkering naar het product kan in deze eerste fase bijzonder krachtig zijn. Eens deze intense fase voorbij is, volgt de subacute ontwenning die bij sommige cliënten zelfs tot een jaar kan duren. Dat komt omdat de hersenen zoveel tijd nodig hebben om de neurobiologische veranderingen door

het gebruik opnieuw te herstellen. In die periode is er nog steeds een relatief tekort aan beide neurotransmitters wat zich uit in de vorm van een sombere stemming en onmogelijkheid om te genieten, gebrekkig sociaal functioneren, stemmingswisselingen, onregelde slaapritme en afgezwakte cognitieve vermogens. Gezien hun impact op het functioneren is het opvallend dat deze ontwenning klachten pas recent de interesse in substitutietherapie hebben gewekt.

Op welk manier zou substitutie de cliënt hierbij dan kunnen helpen?

Van zodra cliënten stoppen met hun gebruik, willen ze vaak ook allerlei stappen zetten op het vlak van relaties, werk en daginvulling, een cleane vriendenkring, administratie, hobby's en andere levensdomeinen. Maar op dat moment worden hun cognitieve functies door het neurotransmittertekort beperkt en zijn hun hersenen biologisch niet of minder in staat tot het ervaren van vreugde, zowel in werk, hobby's als relaties. Dat is best lastig, zowel voor de cliënt zelf als voor de begeleider die de cliënt zo goed als mogelijk coacht om deze levensdomeinen terug op de rails te krijgen. Substitutie kan hier 'het gat dichten' en de ontbrekende vermogens om adequaat te handelen en te ervaren terug op peil brengen. Het is dus zeker niet de bedoeling om cliënten 'te stimuleren' met medicatie, maar eerder om het onvermogen om goed te functioneren ongedaan te maken. Op deze manier kunnen terug herstelgerichte inspanningen geleverd worden wat motiverend werkt voor zowel de cliënt als diens begeleider of zorgteam.

Hoe lang moet je deze therapie dan verderzetten?

Dat hangt af van de doelstellingen en de veerkracht van de individuele cliënt. Voor sommigen kan een kortstondige ondersteuning bij acute ontwenning aangewezen zijn, bij anderen dienen we de therapie langere tijd aan te houden en op geleide van het neurobiologisch herstel de dosering langzaam af te bouwen. Het gebruik van substitutie moet steeds een winst betekenen op biopsychosociaal vlak.

Dat kan zichtbaar zijn doordat het gebruik stopt of sterk vermindert, de hunkering afneemt, oude activiteiten opnieuw worden opgenomen of nieuwe gezonde activiteiten worden gestart, contacten met vrienden en familie worden hersteld, risicogedrag en crimineel gedrag uitdoven... Vaak is er ook een belangrijke subjectieve winst doordat het welbevinden en de ervaren levenskwaliteit opnieuw toenemen.

Betekent dit dan dat alle cliënten die ontwenning van stimulantia gebaat zijn bij substitutie?

Dat is zeker niet onze ervaring en ook niet onze boodschap. Vele cliënten ervaren een eerder milde ontwenning die relatief snel spontaan weer opklaart. In dit geval zou substitutie de afhankelijkheid slechts verlengen en is de baten/risico-balans niet positief. Het zijn vooral de cliënten met invaliderende ontwenningbeelden of diegenen die frequente terugvallen kennen die potentieel gebaat zijn bij substitutie. En ook hier stellen we ons doorheen het traject herhaaldelijk de vraag of de therapie nog een meerwaarde biedt. Dat doen we interdisciplinair, waarbij we de substitutietherapie in het groter geheel willen zien. Deze therapie is slechts een ondersteunende interventie en geen behandeling op zich. Een te eenzijdige focus op medicatie is niet gewenst. Bij sommige cliënten kunnen er dan weer bijkomende redenen zijn om stimulerende middelen voor te schrijven. Zoals reeds aangehaald is er in de populatie stimulantia gebruikers sprake van een relatief grote groep cliënten met aandachtstekortstoornissen. Voor hen betekent de inname van deze medicatie dan een correcte farmacologische behandeling van hun AD(H)D-gerelateerde klachten zodat ze hun 'zelfmedicatie' kunnen stopzetten.

Welke medicijnen worden dan voorgeschreven?

De bewezen werkzaamheid is het hoogst voor methylfenidaat (Rilatine® e.a.), (lis)dexamfetamine en in mindere mate voor bupropion. Zoals voor elk medicijn is de keuze afhankelijk van verschillende cliënt-gebonden

factoren. Maar er wordt ook rekening gehouden met drugcontroles, waarbij het op dit moment nog erg omslachtig is om het onderscheid te maken tussen straatamfetamine en voorgeschreven (lis)dexamfetamine. Ook de prijs is van belang want niet al deze medicijnen worden terugbetaald en de dosering bij substitutie is vaak hoger dan die voor aandachtstekortstoornissen. De dosis moet immers hoog genoeg zijn om een echt alternatief te kunnen zijn voor verder gebruik. Ditzelfde principe vinden we ook terug in de opioïds substitutie.

Is substitutietherapie met voorgeschreven stimulerende middelen veilig?

Geen enkele interventie in onze zorg mag meer schade toebrengen dan vermijden. Dat vinden we heel belangrijk. De grootste risico's bij stimulerende middelen situeren zich op cardiovasculair vlak. Vooraleer medicatie wordt opgestart, bevragen we zowel de persoonlijke als de familiegeschiedenis op het vlak van hart- en vaatziekten. Er wordt standaard een electrocardiogram genomen en we volgen ook de bloeddruk op doorheen de therapie. Een tweede aandachtspunt zijn eventuele psychische kwetsbaarheden. Is er een voorgeschiedenis van psychotische stoornissen en hoe zag deze er dan uit? Kan er sprake zijn van bipolariteit? In het algemeen bevestigt de wetenschap echter onze eigen ervaring dat substitutie met stimulantia voor een geselecteerde groep cliënten een veilige interventie is en dat eventuele bijwerkingen bij opstart meestal van tijdelijke aard zijn. Vanuit het bredere herstelgerichte perspectief moeten we ons daarenboven niet alleen de vraag stellen: wat riskeren we met het voorschrijven van een substitutieproduct aan deze cliënt maar evenzeer de vraag: wat riskeren we door de cliënt geen substitutie voor te schrijven? Dit plaatst sommige risico's opnieuw in perspectief.

Voelen cliënten niet de drang om de medicatie anders te gebruiken als afgesproken?

Dat kan zeker, die drang is immers een kernelement van hun actieve verslavingsproces. Zeker in het begin botsten we op cliënten die hogere dosissen namen dan afgesproken. Ze voelden dat de medicatie wel werkzaam was maar dat de voorgeschreven dosis de neurotransmitterput onvoldoende kon dichtten. Vanuit voortschrijdend inzicht weten we nu dat substitutiedosissen voldoende hoog moeten zijn. Sinds we de cliënten een grotere marge geven in de dosering merken we dat de drang om meer te nemen spontaan tot stilstand komt. Gebeurt er toch een terugval, dan is dit eerder in het oude voorkeursproduct dan wel in het weinig roesverwekkende substitutiemedicijn.

Hoe ziet de toekomst eruit denk je?

Ik was enkele weken geleden te gast op een Europese online-meeting omtrent stimulerende middelen waar onder andere de EUDA, WHO en UNODC vertegenwoordigd waren. Het is duidelijk dat de aanpak van het stijgende stimulantia gebruik in en buiten Europa hoog op de agenda staat. Ik verwacht dus ook een versnelling van het onderzoek naar werkzame behandelvormen. Het EMA (Europees Geneesmiddelenagentschap) betreunde echter de desinteresse van de farmaceutische industrie om hun geneesmiddelen te laten vergunnen als substitutiemedicijn. Het zal waarschijnlijk politieke druk vereisen



Doorheen het traject stellen we herhaaldelijk de vraag of de substitutietherapie nog een meerwaarde biedt. Dat doen we interdisciplinair.

(Dr. Van Der Sypt)

om dit te faciliteren zodat we meer farmacologische opties hebben om specifieke zorgnoden aan te pakken. We hoeven hier echter niet op te wachten om onze cliënten vandaag reeds met persoonlijke, deskundige en verbonden zorg naar verder herstel te leiden, al of niet met ondersteuning van substitutietherapie.

Referenties

- UNODC: TREATMENT OF STIMULANT USE DISORDERS: CURRENT PRACTICES AND PROMISING PERSPECTIVES, 2019; https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/Treatment_of_PSUD_for_website_24.05.19.pdf
- Commentary on Ezard et al.: Prescribed psychostimulant medications for methamphetamine use disorder – an urgent path forward, *Addiction* 2025; 1-3, 01 April 2025; <https://doi.org/10.1111/add.70058>



© Károly Effenberger

Goede praktijk rond vervangmedicatie zoals methadon

Er is een wettelijk kader voor het voorschrijven en verstrekken van opiaatsubstitutie (KB 2004)*. Enkel een geneesheer-specialist of een erkende huisarts met een specifieke opleiding en expertise op dit vlak, mag vervangmedicatie zoals methadon voorschrijven. Het beroep van verslavingsarts is echter nog geen officieel erkende specialisatie. In de praktijk kunnen er dus wel misbruiken voorkomen. Een huisarts die behandelingen met vervangingsmiddelen verstrekt, dient in principe geregistreerd te zijn bij een gespecialiseerd centrum of bij een netwerk voor verslavingszorg.

Methadon of Suboxone zijn vervangproducten voor heroïne. Het heeft een gelijkaardige werking. Het zorgt ervoor dat er geen ontwenningverschijnselen zijn bij het stoppen met heroïne. De verstrekking van methadon gebeurt vaak door gespecialiseerde hulpverleningscentra. De modaliteiten van een substitutiebehandeling kunnen van centrum tot centrum verschillen. Zo is er een duidelijk verschil in aanpak tussen een opname-setting en een ambulante begeleiding. “De goede praktijk wordt in De Sleutel duidelijk in een medisch draaiboek beschreven. We houden ons hierbij maximaal aan de richtlijnen van de Nederlandse vereniging voor psychiatrie”, zo licht Dr. Rik Verstrepen toe.

Cliënten in begeleiding in de ambulante centra van De Sleutel, halen hun methadon op bij de apotheek. De apotheker kan enkel op voorschrift van een arts methadon verstrekken. “Vooraf bellen we steeds met de apotheek waar de cliënt wil langsgaan, om af te toetsen of de samenwerking realistisch is. Dit vraagt wel een engagement van de apotheek. Niet iedereen staat daar voor open. Zodra er een samenwerking komt, wordt er een driehoekscontract opgemaakt tussen cliënt, apotheker en voorschrijvend arts”, aldus Dr. Verstrepen. Voor apothekers zijn er ook specifieke opleidingen via het Instituut voor Permanente Studie voor Apothekers (IPSA), met als leerdoel o.m. de goede begeleiding en communicatie met de patiënt met een verslaving.

Hoe loopt dit in de apotheek?

We gingen in gesprek met een aantal apotheken. Niet overal heeft men immers te maken met mensen die substitutiemedicatie komen ophalen. Karen (op de foto rechts) is apotheker-titularis in een Coop-apotheek in Zelzate. Ze volgde de eerder genoemde IPSA-opleiding. Dat is niet verplicht. De vorming telt wel mee om de noodzakelijk accreditatiepunten als apotheker te halen. Momenteel komen er in haar apotheek 4 mannen en 2 vrouwen langs voor methadon. De meesten 40-plusser, maar ook een paar jongeren. “Er wordt altijd een overeenkomst opgemaakt tussen arts, apotheker en patiënt. Vaak gaat het om cliënten verwezen vanuit de drughulp. Zo worden we bijvoorbeeld door het MSOC vanuit Gent of Lokeren opgebeld omdat er iemand nieuw voor methadon zal langskomen. Maar we werken evengoed samen met verschillende huisartsen.”

“De substitutiemedicatie wordt standaard dagelijks genomen. Maar het is de verwijzer die als begeleidend arts bepaalt hoe vaak het moet worden afgehaald. In het begin is dat bijna altijd dagelijks. Maar na een periode kan dat overgaan naar een paar maal per week.”

Apotheker Jan - uit de kanaalzone iets dichterbij Gent - heeft één methadonpatiënt. Deze persoon komt al heel lang en is stabiel. De apotheker kreeg voor de opstart een telefoontje van de

arts die haar in het ambulante centrum begeleidt in De Sleutel. Sinds vorig jaar krijgt ze een weekdosis mee.

Bij een opstart dient de methadon wel “onder toezicht” worden ingenomen. Op het voorschrift staat de dosis en frequentie van ophalen altijd duidelijk omschreven.

Apotheker Karen: “Omwille van discretie vragen we de patiënt hun dosis achteraan in de privéruimte op te drinken. De keuze ligt echter bij hen. Als ze een dosis voor één of meerdere dagen meekrijgen geven we die extra potjes mee in een zakje. Het wordt hoofdzakelijk vloeibaar gegeven. Maar we kunnen ook capsules aanleveren, dat gebeurt als men bv op vakantie gaat”.

Speciale band

Karen: “Gezien de vaste regelmaat van langskomen, ontstaat er automatisch een speciale band met de patiënten. In de privéruimte komt het er al vlugger van om iets in vertrouwen te vertellen. Dat verschilt natuurlijk van persoon tot persoon. We hebben nog geen grote problemen gehad. Soms komt er wel eens iemand te laat. Vaak gaat het om éénzelfde persoon. Je bent dan ongerust. Meestal bellen we tegen sluitingstijd met de vraag of hij het vergeten is. Dan moeten we wachten en voelen we ons verantwoordelijk. Soms kunnen we hem niet bereiken. We

verwittigen de verwijzer dat hij niet is langsgeweest. Dan moet de patiënt op consult bij de arts. Daar wordt dan bepaald of hij nog verder zijn dosis via de apotheek bij ons kan krijgen. Soms staan ze hier voor de deur en mogen we het niet meegeven omdat ze een afspraak met de arts hebben gemist. Meestal zegt de arts dan dat we kunnen hervatten op voorwaarde dat het om een dagelijks op te halen dosis is”.

Apotheker Karen: “Onveilig heb ik me nog niet gevoeld. Maar we zorgen er altijd voor dat we met twee zijn. We hebben geluk omdat we hier meestal met vier in de apotheek staan. In een gewone *stand alone* apotheek is het wel minder evident. Ik zou er zelf ook minder open voor staan. Je kent de mensen die verwezen worden niet, je moet je wel veilig voelen. In principe kan je als apotheek niet weigeren. We zitten nu aan zes patiënten, dat is vrij veel. Daar kruipt veel werk in. Dus ik kan die weerstand wel begrijpen. De verwijzers vragen wel altijd of we het zien zitten”.

Het verminderen van de dosis of afbouwen zien ze niet bij iedere patiënt. Meestal blijft men heel lang aan dezelfde dosis. “Soms moeten we eens verhogen als het moeilijk gaat. Duidelijke succesverhalen kunnen we op ons één hand tellen”. Maar ze zijn er wel. “Op die zes patiënten hebben we er nu twee die bijna op nul zitten. Ook al kenden zij soms wel een mindere periode. De andere blijven jaren op dezelfde dosis”, zo vult collega Eline aan. Vooral de jongere patiënten blijven hun leven best opnieuw in handen te nemen. Karen: “Die zijn zo goed als geïntegreerd, zijn aan het werk. Gemiddeld gesproken is de helft van deze mensen opnieuw in de maatschappij aan het meedraaien.”

Wat bij cliënten in opname in De Sleutel?

“Een opname voor volwassenen loopt in De Sleutel meestal via het Detox & Oriëntatiecentrum (DOC) in Wondelgem. In deze setting doet men aan detox (ontwenning en medicamenteuze stabilisatie) en aan oriëntatie (indicatiestelling en advies-



Apotheken met methadonpatiënten volgen vaak ook een opleiding o.m. over de wijze van begeleiding en communicatie met de patiënt met een verslaving.

bespreking). Het fysiek ontwennen wordt in de detoxfase opgevangen met vervangmedicatie. Dan hebben we het over substitutie voor opiaten door methadon en Suboxone (of Buvidal). Tegen afkickverschijnselen van benzodiazepines, GHB en alcohol worden benzodiazepines aangewend”, zo vertelt dr Rik Verstrepen.

Dankzij het toedienen van de substitutiemedicatie kunnen mensen beter functioneren, het is tevens een hulpmiddel waardoor ook aan de andere levensgebieden (zoals familie, werk, edm) kan gewerkt worden. De mate waarin de substitutiemedicatie kan worden afgebouwd, gebeurt sterk in overleg met de cliënt. Als mensen gestabiliseerd zijn op een bepaalde dosis en dat loopt goed, dat kan dit behouden blijven. Wel wordt altijd de optie om af te bouwen besproken. Dit gebeurt met de nodige omzichtigheid.

Op het einde van de opname in het DOC (gemiddeld na 23 dagen) moet duidelijk zijn welk vervoltraject er aangewezen is. “Op een klinische vergadering in DOC is er altijd een arts aanwezig en wordt de toestand van de mensen bekeken en wordt er in samenspraak met het indicatiestellingsteam georiënteerd”. De slotsom van de oriëntatie is in de helft van de gevallen een verwijzing naar een langduriger residentieel programma, zoals de therapeutische gemeenschap (TG).

Dr. Verstrepen: “Ook in onze TG’s wordt met opiaatsubstitutie gewerkt. Er gelden hierover duidelijke afspraken om de overgang tussen DOC en TG goed te laten verlopen. Zo vindt er steeds een overleg plaats tussen de verwijzende arts en de arts van TG. We hebben de optie voor het voorzien van vervangmedicatie in 2022 ingevoerd in onze TG in Merelbeke. Bij elke nieuwe aanmelding schatten de artsen vooraf wel in of de stabiliteit en de veiligheid binnen de setting dit toelaat. We werken naar 1 inname-moment ’s ochtends en de dosis moet gedurende een week stabiel zijn”.

Zodra mensen faseren naar het Tussenhuis wordt de verdere substitutiebehandeling opgevolgd via een samenwerking met een externe apotheek. “Als iemand plots op ontslag gaat, zorgen we ervoor dat er een beperkte dosis meegegeven wordt in overleg met een arts. Vandaag kunnen we perfect ook een voorschrift op datum meegeven zodat de toekomstige toediening veilig kan gecontinueerd worden”, zo besluit Dr. Verstrepen. Er zijn ook wel risico’s verbonden aan vervangmedicatie. Mensen die normaal geen methadon of andere opiaten gebruiken, hebben veel kans op een overdosis bij methadongebruik. Voor kinderen kan een kleine dosis zelfs dodelijk zijn.

* bron: www.druglijn.be/drugs/methadon

Meer aandacht nodig voor een goede mond- en tandhygiëne

Druggebruik, zowel legaal als illegaal, heeft een verwoestend effect op de algemene gezondheid en in het bijzonder op de fysieke gezondheid.

Als we focussen op de risico's voor neus-keel-oor: bij iemand die bijvoorbeeld regelmatig cocaïne snuift kan het neusslijmvlies beschadigd raken. Die persoon zal tevens vaker bloedneuzen krijgen en ook de reuk, geur en smaak worden slechter. Er bestaat zelfs een risico op perforatie van het verhemelte en neustussenschot als gevolg van cocaïnegebruik.

In deze bijdrage gaan we specifiek in op de mondgezondheid. De mond is een weerspiegeling van de algehele gezondheid, en wanneer deze wordt aangetast door schadelijke stoffen, kunnen de gevolgen onomkeerbaar zijn.

Hierna bespreken we dus hoe het gebruik van middelen zoals alcohol, cocaïne, crack, methamfetaminen, opioïden, cannabis en zelfs bepaalde medicijnen zoals antidepressiva, een ernstige impact kan hebben op de tanden en het tandvlees. We leggen ook uit waarom mondverzorging cruciaal is om ernstigere gezondheidscomplicaties te voorkomen.



Te veel jonge patiënten verliezen door ernstig tandbederf en onvoldoende mondhygiëne hun natuurlijke tanden. Onderschat niet welke zware psychologische impact dit heeft.

1. Effecten van druggebruik op de mondgezondheid

Droge mond en ernstige cariës

Veel drugs, waaronder antidepressiva, opioïden en methamfetaminen, verminderen de speekselproductie aanzienlijk, wat leidt tot xerostomie (droge mond). Speeksel is essentieel om de tanden te beschermen tegen bacteriën en zuren. Zonder voldoende speeksel ontstaat een verhoogd risico op snelle en uitgebreide cariës, vooral aan de tandhalzen en tussen de tanden.

Erosie en tandbreuken

Drugs zoals cocaïne en crack zijn sterk zuur en kunnen het tandglazuur aantasten, waardoor de tanden verzwakken en sneller breken. Daarnaast kan het gebruik van deze middelen leiden tot bruxisme (tandenknarsen), wat resulteert in ernstige slijtage, extreme gevoeligheid en tandfracturen.

Parodontale aandoeningen (beschadigd tandvlees en botverlies)

Druggebruik irriteert het tandvlees, wat kan leiden tot ontsteking, bloedingen en tandvleesrecessie. Op lange termijn kan dit uitmonden in ernstige parodontitis, een aandoening die het kaakbot afbreekt en vroegtijdig tandverlies veroorzaakt. Roken, cannabisgebruik en methamfetaminen verhogen het risico op onomkeerbaar tandverlies aanzienlijk.

Orale en systemische infecties

Mensen met een verslaving verwaarlozen vaak hun mondhygiëne, wat leidt tot chronische tandinfecties. Een infectie in de mond blijft niet beperkt tot de tanden. Bacteriën kunnen in de bloedbaan terechtkomen en vitale organen aantasten, waardoor het risico op hart- en vaatziekten, longinfecties

en endocarditis (een infectie van het hart) toeneemt.

Mondkanker

Langdurig gebruik van alcohol en tabak verhoogt het risico op mond- en keelkanker aanzienlijk. Wondjes in het mondslimvlies kunnen veranderen in kwaadaardige zweren, vooral als ze niet tijdig worden opgemerkt.

2. Psychosociale impact: het gebit en zelfvertrouwen

Een slechte mondgezondheid heeft een directe invloed op de levenskwaliteit. Tandverlies, een slechte adem en chronische infecties kunnen leiden tot een laag zelfbeeld, sociale isolatie en moeilijkheden bij het vinden van werk, wat de vicieuze cirkel van verslaving en sociale uitsluiting versterkt.

3. Strategieën om tandbederf bij mensen met een verslaving te voorkomen

Basis- en toegankelijke mondhygiëne

- Poets de tanden minstens twee keer per dag met fluoride tandpasta.
- Gebruik flosdraad om tandplak tussen de tanden te verwijderen.
- Spoel de mond met alcoholvrije mondspoeling om irritatie en uitdroging te voorkomen.

Tot slot nog dit: wie nalaat éénmaal per jaar de tandarts te bezoeken, heeft geen recht meer op bepaalde terugbetalingen. Het wordt aangeraaden om dus jaarlijks (minimum éénmaal per jaar, beter twee maal) naar de tandarts te gaan. Vaak valt dit ook goedkoper uit dan behandelen.

"Zet maximaal in op behoud van natuurlijke tanden"

Druggebruik kan ernstige lichamelijke gevolgen hebben. Zo is het gebit zeer kwetsbaar. Mensen die kampen met een verslaving verwaarlozen vaker hun mondhygiëne. In veel gevallen hebben ze minder structuur wat ook hun persoonlijke hygiëne negatief beïnvloedt. Zo weten we dat een ongezonde levensstijl vaker aanleiding heeft tot ontstoken tandvlees (met een verhoogde kans op loskomende tanden). Cannabisgebruik wordt hier vaak aan gekoppeld.

Zodra het tandartsbezoek een aantal maal is uitgesteld, wordt de stap naar het maken van een nieuwe afspraak nog moeilijker...

De bijdrage hiernaast zet de gevolgen van druggebruik voor de tanden op scherp. Het stuk is van de hand van tandarts Ella Moreno. Ze weet waarover ze schrijft, ze is immers al jaren één van de vaste tandartsen bij wie veel mensen in opname bij De Sleutel in behandeling zijn. We stelden haar de vraag waarom ze het zo belangrijk vindt om hier extra op in te zetten.

“Het is cruciaal om patiënten bewust te maken van het belang van het behoud van hun natuurlijke tanden voor hun algemene gezondheid, emotioneel welzijn en levenskwaliteit”, zo zegt ze.

Vaak wordt de tandcontrole om financiële redenen uitgesteld. Ook speelt de angst voor de boodschap van de tandarts. Dr. Moreno benadrukt dat een goede sensibilisering van de doelgroep noodzakelijk is.

Dr. Moreno: “Op basis van mijn klinische ervaring zie ik dat één van de grootste uitdagingen bij jullie populatie het gebrek aan motivatie is om hun mondgezondheid goed te onderhouden. Dit is een essentieel punt dat zorgvuldig, maar ook duidelijk moet worden aangepakt. Het welslagen van een tandheelkundige behandeling op lange termijn is hier immers sterk van afhankelijk”.



Mensen met een verslaving verwaarlozen vaak hun mondhygiëne, wat leidt tot chronische tandinfecties. Bacteriën kunnen op die manier vitale organen aantasten, met het risico op infecties aan hart of longen

Ook moeten hulpverleners in rekening nemen dat de kans groot is dat hun cliënt tandpijn niet voelt door het gebruik van drugs. Maar evengoed kan het zijn dat iemand net gebruikt om zichzelf te verdoven, om de tandpijn niet te moeten verbijten... In elk geval maken de drugs het tandprobleem nog groter.

“Ik heb helaas al veel jonge patiënten gezien die, door ernstig tandbederf, aangewezen zijn op uitneembare protheses. Vaak kiezen zij uit financiële noodzaak voor de goedkoopste opties. Die keuze leidt bij onvoldoende mondhygiëne echter onherroepelijk tot het verlies van de resterende natuurlijke tanden”, aldus Dr. Moreno. Uiteinde-

lijk resulteert dit op jonge leeftijd in een volledig kunstgebit. “Onderschat niet welke zware psychologische impact dit heeft. Denk aan het verlies van eigenwaarde, de toegenomen onzekerheid, problemen bij het eten en een groeiend gevoel van schaamte. Dit alles kan hun herstelproces van de verslaving ernstig bemoeilijken,” zo stelt de tandarts.

Daarom vindt ze het van fundamenteel belang om duidelijk te maken dat de oplossing niet enkel ligt in het plaatsen van kunsttanden. “Het is cruciaal om patiënten bewust te maken van het belang van het behoud van hun natuurlijke tanden voor hun algemene gezondheid, emotioneel welzijn en levenskwaliteit”.

Wat als iemand met drugs in het lijf op spoed belandt?

Drugs zijn vandaag de dag heel beschikbaar en er wordt ook veel mee geëxperimenteerd. Soms komt de problematiek in het nieuws omdat mensen zich onder invloed in het verkeer begeven. Zorgen die drugs er vaak voor dat mensen op spoeddiensten van ziekenhuizen belanden? We gingen in gesprek met Dr. Cathelijne Lyphout, toxicoloog en spoedarts in UZ-Gent.

In welke mate eist middelengebruik op spoeddiensten jullie aandacht?

Dr. Lyphout: Om het in cijfers weer te geven, 5,7 % van de aanmeldingen betreft mensen die geïntoxiceerd zijn. Het gaat dan om zowel alcohol, medicatie en drugs. Drie kwart van de gevallen betreft alcohol. Uiteindelijk gaat het bij 1,5 % van de gevallen om medicatie en drugs. Maar deze 5,7 % van de aanmeldingen gaat met veel meer dan de 5,7 % van de tijd lopen die beschikbaar is. We zien het altijd als een “window of opportunity” als iemand zich aan-

dient op spoed. Mensen voelen soms dat hun gebruik problematisch is, vergaren al hun moed en komen dan naar spoed. Vaak voelen ze zich beïnvloed, hebben ze enorme fysieke last door bijvoorbeeld een infectie door het injecteren. Anderen kampen met problemen met immuniteit. Soms hebben ze hartklachten door overmatig gebruik bijvoorbeeld van cocaïne. Maar die motivatie duurt vaak maar een paar uur. In dat tijdsframe is het dus belangrijk om “zaadjes te planten” richting herstel.

Verhoudingsgewijs zijn dat mensen die vaak veel input nodig hebben, niet zozeer medisch. “We investeren dan ook veel tijd en aandacht in een specifieke begeleiding. Ze komen hier op spoed op een crisismoment. Ze hebben al veel meegemaakt, zijn onder invloed. Dat is voor hen een persoonlijke crisis, ook op psychisch vlak,” vertelt Dr. Lyphout.

Hanteren jullie richtlijnen over die specifieke begeleiding?

Binnen het ziekenhuis zijn er 2 ‘urgentie’ afdelingen voor dit soort problematiek, de spoedgevallendienst en de Upsie (urgentie psychiatrie). Iedereen komt echter eerst langs de spoedgevallendienst binnen en wordt zo nodig verwezen naar de Upsie. Beide afdelingen hebben duidelijke onderlinge afspraken in uitgewerkte protocollen. Daarin vertrekken we vanuit een niet-veroordelende houding. We bekijken de problemen waarmee mensen zich aanmelden vanuit de medische invalshoek. Daarbij houden we rekening met de

onderliggende zaken die agitatie of onrust kunnen veroorzaken. Drugs en alcohol zijn daar slechts een onderdeel van. De basishouding is uitgewerkt en wordt aangeleerd aan alle medewerkers. Die houding bestaat uit algemene principes en heel praktische zaken. Denk aan altijd rustig blijven praten, niet te veel in de persoonlijke ruimte komen, de voornaam gebruiken, fysiek op dezelfde hoogte het gesprek voeren, enz. Het zijn zaken die algemeen respect weergeven en die de rust ten goede komen.

“Als de intoxicatie klinisch relevant is om medisch op te volgen, dan blijft de patiënt bij ons. Ligt de klemtoon meer op het psychische, zoals angst en agressie, en is de situatie medisch stabiel dan verwijzen we door naar de Upsie.”

De focus ligt op de “window of opportunity” naar motivatie, zoals Dr. Lyphout eerder aanhaalde. “We gebruiken het crisismoment om iets aan het gebruik te doen. Onze niet-veroordelende houding helpt daarin. Achteraf horen we soms dat de woorden van de spoedarts of van de verpleegkundige doorslaggevend waren om stappen te zetten,” zo stelt de spoedarts.

En soms gaat het mis

Bij agressie-incidenten op de spoed zien we vaak dat er sprake is van intoxicatie door alcohol of drugs,” geeft Dr Lyphout aan. “Dan stellen we de veiligheid van de hulpverlener en patiënt voorop. Er is een uitgewerkt stappenplan. We voorzien bijvoorbeeld





Voor ons is een opname op spoed een kans om een zaadje te planten richting herstel.

steeds een vluchtroute voor zowel de hulpverlener als de patiënt. Soms moeten we medicatie toedienen, om de persoon te kalmeren, om de medische zorgen te kunnen toedienen. Dit doen we zo beperkt mogelijk. De focus ligt op de gezondheid van de cliënt. Vaak helpt het al om mensen naar een rustiger kamer te brengen. Agressie komt op wekelijkse basis voor op de spoed. Er wordt veel aandacht gegeven aan een de-escalerende aanpak. Alle medewerkers zijn hier sterk in.

Met welke problemen melden ze zich aan?

Het meest van al zien we mensen die binnengebracht worden door de ambulance omdat ze zichzelf in gevaar brengen. Veelal met een overdosis, waarvan het niet duidelijk is of het intentioneel is of niet. Dan is het belangrijk om ook aandacht te geven aan de psychische en de psycho-sociale problematiek. We zien soms mensen die door de politie opgepakt zijn omdat ze op een of andere manier voor overlast zorgen. Deze mensen zijn dan vaak erg geagiteerd. Slachtoffers van verkeersongevallen zien we hier ook vaak, en daar is alcohol nog steeds de grootste factor.

Soms melden mensen zich aan met een medische problematiek en merken we dat verslaving mee aan de grondslag ligt. Dat kan gaan over immuuniteitsproblemen, overdraagbare virussen, hartproblemen, infarcten (vb door stimulantia gebruik), blaasproblemen door ketaminegebruik, ...

Zijn er trends op te merken in het gebruik van drugs?

De nieuwe psycho-actieve stoffen zien we nog niet zo heel vaak hier. Daarmee doe ik geen uitspraak over het ge-

bruik ervan. Hier op onze spoed zien we vooral de klassiekers zoals MDMA, cocaïne, mephedrone en ketamine.

Alle urgentieartsen krijgen tijdens hun basisopleiding les rond toxicologie. Daarnaast voorzien we opleidingsmomenten rond drugs en psycho-actieve middelen, ook bij de bedside teaching* zodanig dat er voldoende kennis is om het te kunnen herkennen.

Waar botsen jullie op?

Goed kunnen doorverwijzen is niet evident. Zoals ik al zei willen we op spoedgevallendienst de kans benutten om aan de slag te gaan met de verslaving. De "window of opportunity" of die verhoogde motivatie is er dan. Als je iemand moet doorverwijzen naar een instantie waar die dan 3 maanden moet wachten om te kunnen opstarten, dan is de motivatie vaak al lang vervlogen. We werken goed samen met de Opsie. Ze helpen om samen met de patiënt uit te zoeken waar iemand verdere opvolging kan hebben.

Merk je iets van stigma of een beschuldigende houding bij medewerkers?

Ik merk de laatste jaren een grote ommeslag. Door de problemen die zich hier aandienen te bekijken als medische problemen vertrek je vanuit een goede basishouding en hoef je niet stil te staan bij schuldvragen. Soms merken we dat de milde houding vermindert als iemand hier heel vaak wordt binnengebracht of als iemand de boel hier kort en klein slaat. Dat is niet bevorderlijk voor een open ontvankelijke houding.

Overheden zetten soms in op regelgeving of een verbod opleggen. Festivals zetten in op "pill testing" ... Wat zou er volgens jou vanuit maatschappelijke hoek ingezet kunnen worden?

Vanuit mijn standpunt is investeren in mentale gezondheid belangrijk naar algemene preventie, zodanig dat verslaving minder plek zou moeten krijgen. Ik zie verslaving vaak als een vorm van zelfmedicatie, om een pijn weg te nemen.

"Pill testing" heeft zeker zijn merites maar vanuit de spoedgevallendienst, waar we vaak ernstige intoxicaties zien als gevolg van combinatiegebruik of veel-gebruik, is de winst eerder beperkt. De war on drugs is in veel landen een war on druggebruikers geworden. De beleidsverantwoordelijken in België zien dat gelukkig anders. Ik geloof meer in een war on drugs-supply dan dat we ons richten op druggebruikers. Het is belangrijk dat we zorgen dat die mensen geen gebruikers of verslaafden worden, dat mensen drugs niet excessief nodig hebben. Ik geloof erg in algemene preventie.

Heb je nog een tip voor de naasten?

Het is van groot belang dat naasten hun grenzen aangeven. Het is niet omdat je mededogen hebt dat je ook mee moet lijden. Verslavingsproblematiek heeft ook impact op de omgeving. Je mag veel doen voor de ander, maar niet ten koste van jezelf, anders word je ook slachtoffer van drugs.

* het proces van actief leren in het bijzijn van een patiënt



Het is van groot belang dat naasten hun grenzen aangeven.

Over Dopamine, verlangen en verslaving

In zijn nieuwe boek “Dopamine, verlangen en verslaving – werken aan herstel” legt auteur Paul Van Deun mooi uit wanneer we echt van een verslaving kunnen spreken. Van Deun is als klinisch psycholoog en verslavingsdeskundige goed geplaatst om het hier over te hebben. Zoals ook zijn vorige boek, “Het gekaapte brein” is dit een vlot leesbaar boek geworden.

Van Deun belicht verschillende aspecten van hoe verslavingsgedrag ontstaat en in stand gehouden wordt. Hij staat stil bij de impact op anderen en de wisselwerking met de context. Afsluitend filosofeert hij over de maatschappelijke en economische waarden en visie ten opzichte van roesmiddelen en hoe dit vanuit het gezondheidsperspectief anders zou kunnen. Het is een hoopvol boek, met de klemtoon op hoe we verslavingsgedrag weer onder controle kunnen krijgen.

De titels van de hoofdstukken doen enerzijds denken aan “zijn er nog vragen”, waarbij een computerstern aan ervaringsdeskundigen allerlei vragen stelt om een zo ruim mogelijk beeld te krijgen van het thema dat in de kijker staat. Anderzijds verwijzen de titels naar de theorie die Van Deun uiteenzette in zijn vorige boek. Van Deun illustreert de theorie met verhalen van echte mensen. Je voelt het diepe respect voor de mens en sympathie voor de weg naar herstel in zijn verschillende aspecten. Het boek gaat over verslavingsgedrag en niet over verslaafden.

Verslaving is meer dan vaak en veel

In dit boek wordt treffend en met veel voorbeelden omschreven wat een verslaving is.

“Gewoontes, een bepaalde structuur in het leven, ... ze maken het leven gemakkelijker. ... Gewoontegedrag lijdt niet persé tot een verslaving.” Bij verslavingsgedrag komt drang op de proppen, wat ervoor zorgt dat gedrag

dat mogelijk schadelijk is toch herhaald wordt.

“Verslaving maakt blind”, zit je er middenin, dan merk je de impact niet op. Je merkt niet dat het verslavingsgedrag het haalt op andere gedragskeuzes. Je hebt niet door dat je waarden verschuiven in het teken van dat ene middel. Het verlangen naar dat middel wordt te sterk.

“Het gaat om middelen die ervoor zorgen dat je even loskomt van de dagelijkse sleur, je hoeft niet altijd ‘aan’ te staan.”

Ontspannen, ontsnappen, de-connecten, ... dit kan met reizen, wandelen, avontuurlijke activiteiten en ook met roesmiddelen. Wie kennis maakt met roesmiddelen, geeft Van Deun aan, ervaart een soort roes die soms krachtiger is dan wat men voorheen ervaarde. De roesmiddelmoleculen lijken sterk op de lichaamseigen neurotransmitters. Op deze manier gaan ze de hersenactiviteit activeren of remmen. Dit doen ze krachtiger en langduriger dan de natuurlijk aanwezige stoffen. De signalen zijn dan ook sterker en van langere duur. Roesmiddelen verstoren op een kunstmatige manier de gewone hersenactiviteit. Sommige mensen blijven gebruiken ondanks de negatieve gevolgen, men leert niet meer uit ervaring.

“Verlangens zijn de motor voor wat we willen. Een verlangen kan sterk zijn en energie mobiliseren.”

Bij verslaving is het verlangen te sterk. Het is geen gewoon verlangen

meer naar iets wat prettig kan zijn, zin hebben in iets, het is een drang geworden. Een eerste glas wijn kan nog lekker smaken, maar na 5 glazen proef je dat eigenlijk niet meer. *“Een verslaafde gokker speelt om te winnen en blijft spelen ook als hij of zij verliest. Dan is de opwindning zelfs het hoogst, het verlies wordt beleefd als een bijna gewonnen, een near miss.”* (citaat)”

Van Deun illustreert in zijn boek hoe dat sterke verlangen een belangrijke rol speelt in hoe we als mensen overleven. Het dopaminemechanisme dat verantwoordelijk is voor het verlangen dat voorafgaat aan de beloning speelt al meer dan 500 miljoen jaar een rol in het overleven van onze soort. Dopamineverhoging houdt langer aan dan de genotservaring. En de dopaminepiek die aan de beloning voorafgaat activeert het organisme om het zoekgedrag intenser te maken. Het associeert de context met de beoogde beloning, verhoogt de motivatie en het zoekgedrag en doet de drang toenemen.

Dopamine activeert gedrag dat essentieel is om te overleven. Maar roesmiddelen zoals alcohol, nicotine, drugs en activiteiten die onzekerheid reduceren (zoals gokken), verhogen die dopamine ook. Dopamine die vrijkomt, helpt om dingen te realiseren. Onze hersenen zijn er op gericht te herhalen wat we als positief ervaren. Dit speelt ook een rol in het sneller opmerken van triggers, zaken die verwijzen naar de mogelijkheid om het middel te kunnen gebruiken. Beschikbaarheid verhoogt eveneens de

dopamine. Niet alleen drank, drugs of zoet in huis hebben, maar ook het gewoontelijke moment van gebruik dat dichterbij komt doet dopamine toemen. Dit betekent dat als je telkens op vrijdagavond begint met gebruiken, dan kan er reeds op donderdag dopamine vrij komen in aanloop naar het moment waarop je kan gebruiken, om de kans te vergroten dat je zal gebruiken. Dopamine kan een verlangen doen omslaan in een drang. Dit maakt het moeilijker om verslavingsgedrag te doorbreken.

“Verslavingsgedrag kan veranderen, het is geen blijvend defect.”

Van Deun geeft aan dat de natuurlijke rem, in het dopaminemechanisme, werkt als er minder beloning is dan gehoopt, of helemaal geen. Hier vinden we toegang om verandering te brengen in een patroon. Hindernissen opbouwen, zoals prijsverhoging, geen middel in huis hebben, geen cash op zak hebben, contactgegevens van dealers verwijderen, plaatsen van gebruik vermijden, ... kunnen helpen om het verslavingsgedrag te verhinderen. Een verslaving voorkomen kan door de rol van roesmiddelen niet te belangrijk te maken in je leven en de frequentie uit het gebruik te halen. Een tip van Van Deun: stel je eigen richtlijnen op: met wie, hoe vaak en hoeveel je wil gebruiken. Daardoor wordt het verslavende product minder beschikbaar en word jij er minder gevoelig voor.

Als er sprake is van verslaving dan is de sleutel naar herstel jezelf slimmer maken dan het verslavingsmechanisme. Sterker worden dan drugs kan immers niet, stelt Van Deun. In een behandeltraject zitten best elementen van het verhogen van probleembesef, zicht op het concrete verslavingsgedrag, kleine stappen zetten en hindernissen opbouwen. Gaandeweg komt er ruimte voor andere verlangens in de plaats van die roesmiddelen.

“Een verslaving is niet over wanneer het gebruik is gestopt”

Het is een valkuil om verslaving te weinig als een ernstige stoornis te

beschouwen, geeft Van Deun aan. De gevoeligheid voor middelen en hun effecten is niet plots verdwenen als je stopt. Symptoomvrij zijn is maar één vorm van herstel.

Een belangrijk onderdeel van herstel van verslaving is investeren in wat echt waardevol is. Verlangens zijn als een gps waarop je kijkt om te weten welke richting je uit moet. De gps moet opnieuw geüpdatet worden. Herval betekent dat je weer de zichtbare tekenen van de stoornis vertoont. In de zorg is men niet verbaasd als dit voorvalt. Voor de cliënt en zijn omgeving is dit schrikken. Ze vrezen dat het nooit zal ophouden. Herval is nooit de bedoeling, maar het kan voorvallen. *“Praat erover, zoek samen uit hoe je de uitschuiver kan stoppen. Na een uitschuiver ben je extra gevoelig dat gebruik zich zal herhalen”*, zo stelt Van Deun.

“Een verslaving is onvoorspelbaar, samenleven met iemand met een verslaving is dat eveneens.”

Gezinsleden delen dezelfde machteloosheid als de persoon met de verslaving. Familie weet vaak niet wat het is om verslaafd te zijn, hebben vaak geen hanteerbare theorie. De schuldvraag speelt een grote rol. Soelaas wordt vaak gezocht in controleren. Belangrijk voor naasten is in de eerste plaats goed voor zichzelf zorgen, zodat ze er zelf niet onderdoor gaan. Als de persoon met de verslavingsproblematiek in therapie gaat, dan gaat bijna alle energie daarheen en blijven gezinsleden vaak in de kou staan. Van Deun geeft tips voor naasten, nl. kennis verwerven over wat verslaving is, kan helpen om niet gevangen te raken in een gedragspatroon dat zichzelf in stand houdt. Verslaving is het gevolg van de eigenschappen van het middel, het effect van gebruik op hersenverbindingen, de beschikbaarheid ervan in een sociale context en de betekenis ervan voor de gebruiker. Naasten moeten zichzelf beschermen en grenzen stellen aan het gedrag van iemand die verslaafd is, zegt Van Deun. Dat is nodig om van het familiaal met een verslaving te blijven houden. Het stellen van grenzen zorgt

ervoor dat het verslavingsgedrag tegen de negatieve consequenties botst. Dit vormt vaak een motor tot verandering. Daarnaast is het belangrijk om rekening te houden met herval en hierrond een noodplan samen uit te bouwen. Het maakt je voorbereid, geeft ruimte voor gesprek en houdt de weg naar herstel open. En beklemtoont Van Deun, laat verslaving niet het enige zijn waar het gezin het over heeft!

Verslaving en de politiek-maatschappelijke context.

Van Deun pleit in zijn laatste hoofdstuk voor een gezondheidsbeleid met een ruime blik. We hebben niet enkel regels en beperkingen rond de middelen nodig, maar er moet ook ingezet worden op sociale omstandigheden. Een beleid met klemtoon op beperking en ontraden van roesmiddelen kan de gezondheid algemeen bevorderen. Mogelijks is er winst te halen uit het geleidelijk aan legaliseren van drugs, denk bijvoorbeeld aan beleid rond cannabis in onze buurlanden, waardoor men uit de criminaliteit blijft en mogelijks “gezondere” gebruikssituaties creëert.

Paul Van Deun - Dopamine, verlangen en verslaving; werken aan herstel
Pelckmans Uitgeverij
247 blz
ISBN 978 94 6383 553 4



Expo “Ik ben er”: dit najaar te bezichtigen in Museum Dr. Guislain te Gent

Van eind oktober 2025 tot eind januari 2026 krijgt de tentoonstelling ‘Ik ben er!?’ een vervolg in Museum Dr. Guislain te Gent. De kunsttentoonstelling werd opgezet naar aanleiding van het 50-jarig bestaan van De Sleutel. De tentoongestelde werken zijn creaties van cliënten en medewerkers van De Sleutel. De kunstwerken waren eerder al te bezichtigen in PC Sint Amandus te Beernem en in het Cultuurhuis te Merelbeke.

De titel van de expo “Ik ben er!?” roept vragen en reflectie op over de aanwezigheid en het bestaan van een cliënt of medewerker binnen de context van verslaving. Het heeft verschillende lagen van betekenis. Voor veel cliënten in de verslavingszorg kan er een gevoel zijn van vervreemding van hun eigen identiteit. De vraag kan duiden op de zoektocht naar wie ze zijn, los van hun verslaving. Het kan ook een verlangen zijn naar erkenning en begrip. De tentoongestelde werken bieden een unieke blik op de kracht en veerkracht van cliënten in de verslavingszorg. De catalogus zal ook in Museum

Dr. Guislain verkrijgbaar zijn. Meer info op www.desleutel.be



Podcast over werking RKJ: “Balanceren tussen begrip en begrenzen”

Maak kennis met de werking voor minderjarigen van De Sleutel in Eeklo. In deze podcast vertellen Joris Cracco (afdelingshoofd), Sonja Paesbrugge (klinisch coördinator) samen met een jongere hoe het residentieel kortdurend jongerenprogramma in de praktijk werkt. De podcast werd gerealiseerd door Tim Cools en past in de reeks Verslaving in verbinding. Meer info op www.desleutel.be



Ambulant centrum Antwerpen (ACA)

Dambruggestraat 78-80
2060 Antwerpen

T 03 233 99 14 | F 03 225 10 24

E info.aca@desleutel.broedersvanliefde.be

Ambulant centrum Brugge (ACB)

Barrièrestraat 4
8200 Brugge

T 050 40 77 70

E info.acb@desleutel.broedersvanliefde.be

Ambulant centrum Mechelen (ACM)

F. De Merodestraat 20
2800 Mechelen

T 015 20 09 64

E info.acm@desleutel.broedersvanliefde.be

Ambulant centrum Gent (ACG)

Jozef Guislainstraat 43c
9000 Gent

T 09 234 38 33

E info.acg@desleutel.broedersvanliefde.be

Detox- en oriëntatiecentrum (DOC)

Botestraat 102
9032 Wondelgem

T 09 231 54 45

E info.doc@desleutel.broedersvanliefde.be

Therapeutische Gemeenschap Merelbeke (TGM)

Hundelgemsesteenweg 1
9820 Merelbeke

T 09 253 44 40

E info.tgm@desleutel.broedersvanliefde.be

Therapeutische Gemeenschap Gent (TGG)

Jozef Guislainstraat 43a
9000 Gent

T 09 216 61 90

E info.tgg@desleutel.broedersvanliefde.be

Residentieel Kortdurend Jongerenprogramma

Zuidmoerstraat 165
9900 Eeklo

T 09 377 25 26

E info.rkj@desleutel.broedersvanliefde.be

Preventiedienst

Ebergiste de Deynestraat 2 C
9000 Gent

T 09 231 57 48

E preventie@desleutel.be

Directie & centrale diensten

Ebergiste de Deynestraat 2 C
9000 Gent

T 09 210 87 10

E info@desleutel.broedersvanliefde.be

 **Broeders van Liefde**
ONDERWIJS EN ZORG

De Sleutel is een onderdeel van
vzw Organisatie der Broeders van Liefde,
Stropstraat 119, Gent

