



PhD's on stage

Arno Kalkman, Daan von den Hoff en Esther Pars



1

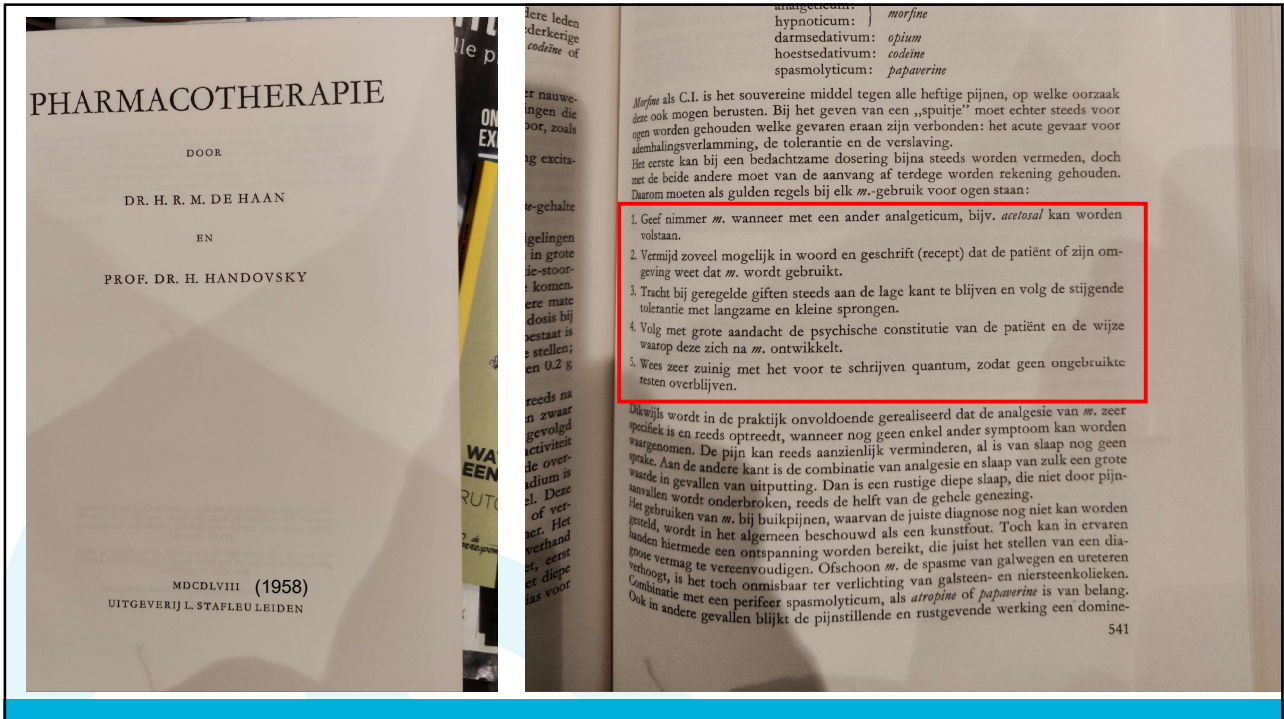


Opioiden op voorschrift, wat is het probleem?

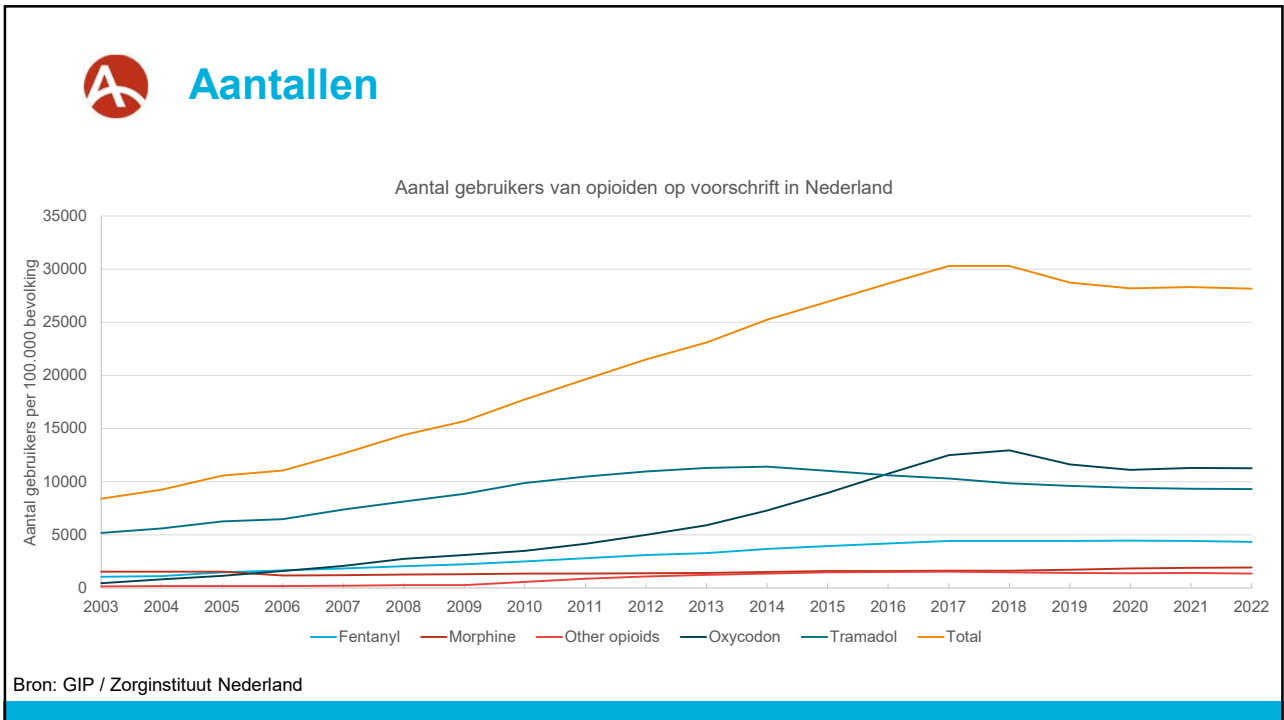
Arno Kalkman



2



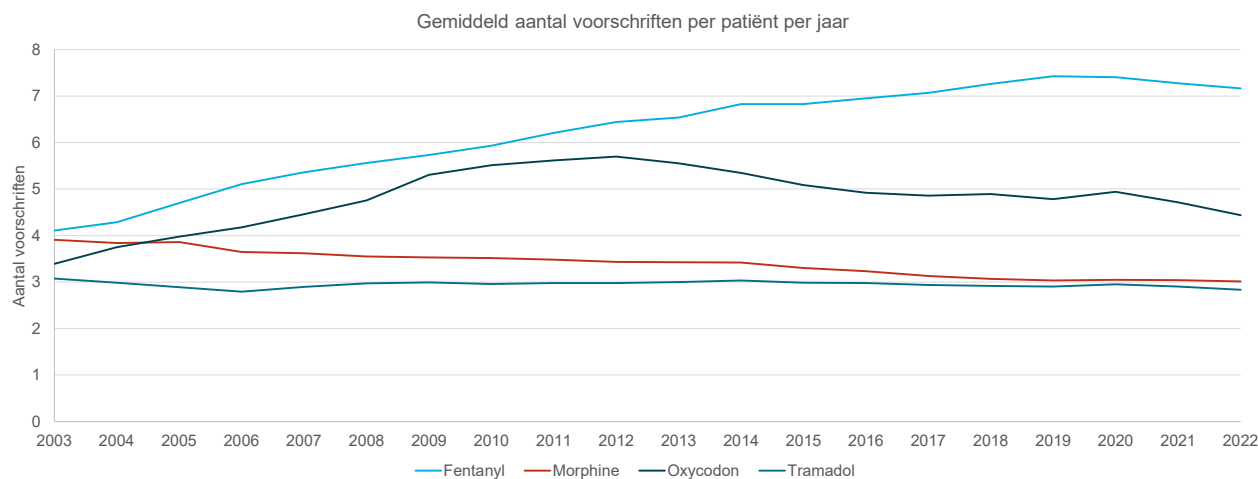
3



4



Voorschriften per gebruiker



Bron: GIP / Zorginstituut Nederland

5



Duiding trends

- De dalende trend in opioïdgebruik na 2018 lijkt gestabiliseerd.
- De lichte afname in aantal recepten per patiënt voor oxycodon suggereert minder chronisch gebruik.
- De corona pandemie heeft geen toename in opioïdgebruik op recept veroorzaakt.

6



Opioïdgebruik in Nederland tijdens de corona pandemie

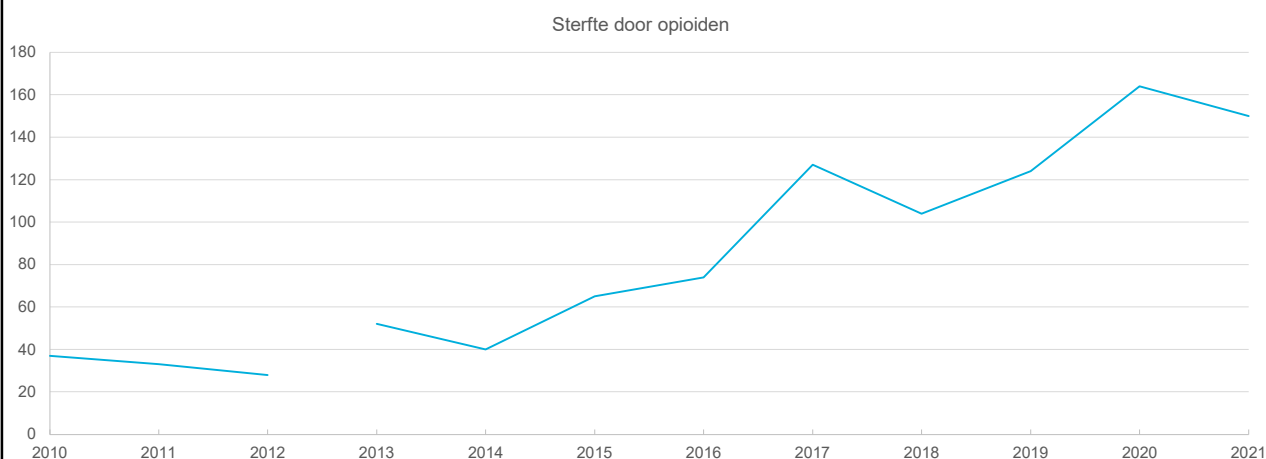
- Tijdelijke daling in eerste voorschriften tijdens de eerste lockdown (9 maart t/m 5 juli), vooral bij jongere patiënten
- Geen toename van opioïd-gerelateerde sterfte
- Verschillen in opioïd voorschrijven gerelateerd aan geslacht en SES zijn niet uitvergroot tijdens corona

Bron: Ellerbroek H, Schellekens AFA, Kalkman GA, Visser DA, Kramers C, Dahan A, van den Heuvel SAS, Bouvy ML, van Dorp ELA. Opioid prescribing in the Netherlands during the COVID-19 pandemic: A national register-based study. Unpublished manuscript.

7

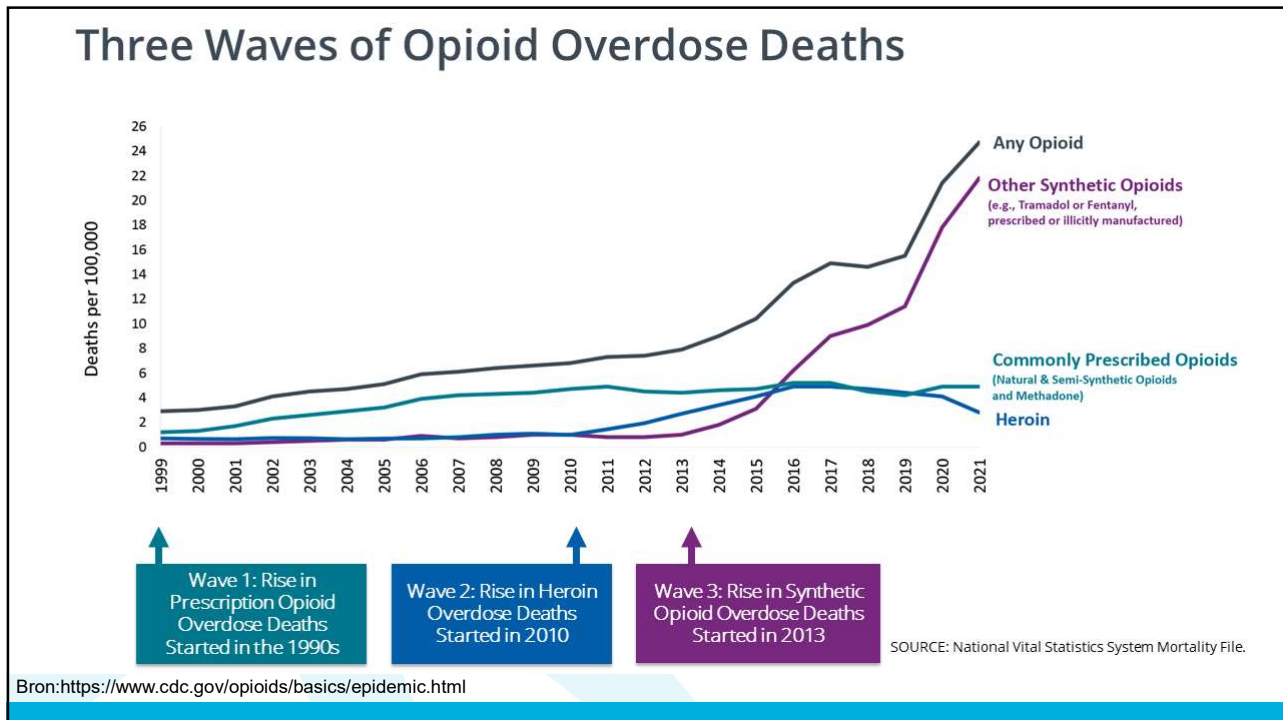


Mortaliteit



Bron: Nationale Drug Monitor, editie 2023. Opioiden 5.0 Laatste feiten en trends - Nationale Drug Monitor. <https://www.nationaledrugmonitor.nl/opiaten-laatste-feiten-en-trends/>. Geraadpleegd op: 12 november 2023. Trimbos-instituut, Utrecht & WODC, Den Haag.

8



9



De rest van Europa

- Veel minder opioïde gerelateerde schade in Europa dan in de VS.
- Alleen Schotland kent hoge opioïdensterfte, maar niet als gevolg van overmatig voorschrijven.
- Estland zag een piek in fentanylsterfte als gevolg van heroïnetekort.

Bronnen:

Kalkman GA, Van Den Brink W, Pierce M, Atsma F, Vissers KCP, Schers HJ, et al. Monitoring Opioids in Europe: The Need for Shared Definitions and Measuring Drivers of Opioid Use and Related Harms. *European Addiction Research*. 2022;1-9

Pierce M, Van Amsterdam J, Kalkman GA, Schellekens A, Van Den Brink W. Is Europe facing an opioid crisis like the United States? An analysis of opioid use and related adverse effects in 19 European countries between 2010 and 2018. *European Psychiatry*. 2021;64(1):1-29.

10



Waarom de VS wel en wij niet?

- Europese gezondheidssystemen voorkomen risico's
 - Universele dekking: iedereen heeft toegang
 - Lage kosten voor de individu: Zorg is betaalbaar en er is geen financiële drempel
 - Geschikte behandeling: Patiënten kunnen kiezen voor de best passende zorg
 - Goede toegankelijkheid verslavingszorg
- Centrale rol huisartsen en toegankelijke verslavingszorg
 - Huisarts als spil: Continuïteit en coördinatie van zorg.
 - “Doctor shopping” daardoor heel lastig: minder kans op misbruik

Bron: Kalkman GA, Kramers C, van den Brink W, Schellekens AFA. The North American opioid crisis: a European perspective. The Lancet. 2022;400(10361). (Correspondence)

11

Trends in Medical Use and Abuse of Opioid Analgesics

David E. Joranson, MSSW

Karen M. Ryan, MA

Aaron M. Gilson, PhD

June L. Dahl, PhD

UNRELIEVED PAIN, WHETHER DUE to trauma, surgery, cancer or noncancer conditions, and including pain occurring at the end of life, continues to be a major public health concern.¹⁻⁴ Although numerous nonpharmacologic treatments can be used to relieve pain, the use of opioids in the class of morphine is the cornerstone of pain management.⁵⁻⁸

However, because opioids have the potential to be abused, they are regulated under international and national narcotics and controlled substances laws.^{9,10} International and US federal drug laws embody a dual imperative to ensure the availability of controlled substances for medical and scientific purposes, while at the same time to prevent their diversion and abuse.¹¹

Concerns related to drug abuse permeate efforts to treat pain with opioids. Patients are concerned about be-

Context Pain often is inadequately treated due in part to reluctance about using opioid analgesics and fear that they will be abused. Although international and national expert groups have determined that opioid analgesics are essential for the relief of pain, little information has been available about the health consequences of the abuse of these drugs.

Objective To evaluate the proportion of drug abuse related to opioid analgesics and the trends in medical use and abuse of 5 opioid analgesics used to treat severe pain: fentanyl, hydromorphone, meperidine, morphine, and oxycodone.

Design and Setting Retrospective survey of medical records from 1990 to 1996 stored in the databases of the Drug Abuse Warning Network (source of abuse data) and the Automation of Reports and Consolidated Orders System (source of medical use data).

Patients Nationally representative sample of hospital emergency department admissions resulting from drug abuse.

Main Outcome Measures Medical use in grams and grams per 100 000 population and mentions of drug abuse by number and percentage of the population.

Results From 1990 to 1996, there were increases in medical use of morphine (59%; 2.2 to 3.5 million g), fentanyl (1168%; 3263 to 41 371 g), oxycodone (23%; 1.6 to 2.0 million g), and hydromorphone (19%; 118 455 to 141 325 g), and a decrease in the medical use of meperidine (35%; 5.2 to 3.4 million g). During the same period, the total number of drug abuse mentions per year due to opioid analgesics increased from 32 430 to 34 563 (6.6%), although the proportion of mentions for opioid abuse relative to total drug abuse mentions decreased from 5.1% to 3.8%. Reports of abuse decreased for meperidine (39%; 1335 to 806), oxycodone (29%; 4526 to 3190), fentanyl (59%; 59 to 24), and hydromorphone (15%; 718 to 609), and increased for morphine (3%; 838 to 865).

Conclusions The trend of increasing medical use of opioid analgesics to treat pain does not appear to contribute to increases in the health consequences of opioid analgesic abuse.

JAMA. 2000;283:1710-1714

www.jama.com

12

REPORTS ON DRUGS

The Addiction Potential of Oxycodone (Percodan®)

EDWARD R. BLOOMQUIST, M.D., Los Angeles
Member, Committee on Dangerous Drugs, California Medical Association

• Dihydrohydroxycodeinone (oxycodone, Percodan®) is a useful analgesic. Its addiction potential, however, is comparable to that of morphine. This fact should be considered when it is prescribed. Because of increasing numbers of addicts to this drug in the State of California, the California Medical Association Committee on Dangerous Drugs and the House of Delegates has recommended that oxycodone-containing drugs be returned to the triplicate prescription list as they were originally in 1949. This recommendation was incorporated in Senate Bill 385, which failed to pass the legislature.

DIHYDROHYDROXYCODEINONE (OXYCODONE) was introduced into medical use some 40 years ago. It has proved to be a useful analgesic. It has also demonstrated an addiction potential comparable to that of morphine.¹ The manufacturers of Percodan,[®] the principal United States product containing oxycodone, recognized this during the early phases of its commercial distribution and in the initial literature supplied with the drug warned:

"The habit-forming potentialities of Percodan approach those of morphine more closely than those of codeine. The same care should therefore be exercised when using Percodan as when morphine is prescribed."

Associate Clinical Professor, Department of Anesthesiology, Loma Linda University School of Medicine, Los Angeles 90013. Submitted for publication by William F. Quinn, M.D., chairman of the Committee on Dangerous Drugs, California Medical Association.

Later this warning was deleted from the detail literature and the minimum warning required by law, "may be habit-forming," was substituted. This was unfortunate, for as oxycodone production has increased in this country (from 9 kilograms in 1948-1950 to 569 kilograms in 1960²) and as it continues to rise, there is evidence that the original warning has been forgotten by many who prescribe or sell this drug for the relief of pain. As a result an increased misuse of oxycodone-containing drugs has caused the addiction of numerous persons normally not associated with the illicit drug traffic. And the drug has acquired the unenviable status of being the principal choice as a substitute for heroin by California-based heroin addicts.

The misuse of Percodan, Percodan-demi, Percobarb and Percobarb-demi has precipitated a four-fold problem in California.

1. Oxycodone-containing drugs are being prescribed in increasing amounts for a variety of illnesses. Their consumption in this state has increased out of proportion with the rest of the country. In 1962, 35,951,020 units of these drugs were purchased by California pharmacies, hospitals and physicians. A biased attitude has seemingly developed among some that has resulted in a situation described by John E. Stover, Chief of California's Bureau of Narcotic Enforcement: "People are eating

Percodan as though it were popcorn, with extremely telling effects."

2. Numerous non-criminal persons without previous history of addiction or of association with illicit narcotics are becoming addicted to the drug and are committing criminal offenses to obtain it.

3. The underworld addicted population is apparently seeking this product to support or supplement its habit. Thousands of tablets are being diverted into illegal channels. And crime associated with this activity has increased. California is faced for the first time in its history with the problem of underworld sources actively seeking an otherwise licit narcotic as a substitute for heroin. Addicts have discovered that oxycodone can control withdrawal symptoms and produce heroin-like effects when taken either orally or intravenously. Additionally, it may mask the presence of heroin addiction if the drug is taken orally for a week or two before an addict's scheduled appearance in court. Homatropin, an ingredient in Percodan, masks the ocular signs usually seen with opiate addiction and may confuse Nalline testing. The oral use of the drug gives time for needle marks to heal and thus not be valid as evidence of recent intravenous use of a drug.

4. Ingredients in Percodan (oxycodone has been combined with aspirin, phenacetin and homatropin) may cause toxic side effects because of the ingestion of large quantities of these drugs by persons taking the mixtures to obtain the effects of oxycodone. The dependence caused by oxycodone is apparently strong enough that an addict will ignore skin rashes, gastrointestinal bleeding and compa-

VOL. 99, NO. 2 AUGUST 1963

127

13



Waar moeten we wel voor uitkijken?

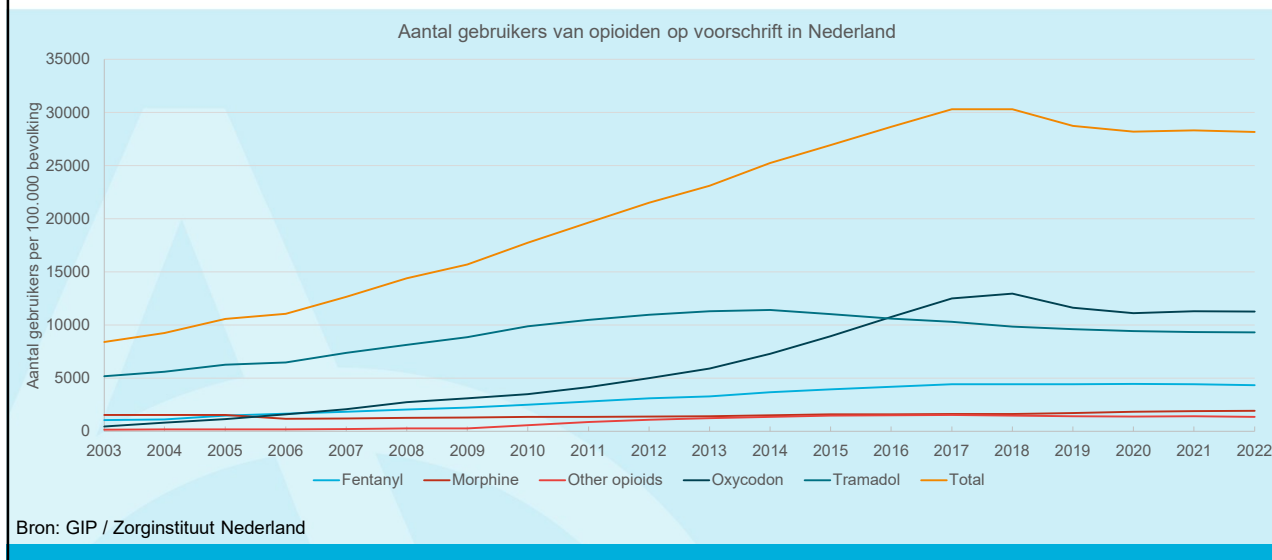
- Synthetische opioïden (illicitly manufactured fentanyl; IMF)
 - Goedkoop te produceren
 - Zeer potent (50x zo potent als heroïne)
 - Groot risico op overdosering



14



Aantallen



15



Variatie in voorschrijven tussen huisartsenpraktijken

- Inzicht in ongewenste verschillen in zorg
- Gewenste variatie is gerelateerd aan ziekte-incidentie of patiënt voorkeuren. Ongewenste variatie is kan duiden op verschil in zorgkwaliteit.
- Variatie in voorschrijven van chronisch, (> 90 dagen) hoog gedoseerde (≥ 90 milligram morfine) opioïden in de 1e lijn
- Data van ~10% van alle Nederlandse huisartsenpraktijken via Nivel

Bron: Kalkman GA, Kramers C, Van Dongen RT, Schers HJ, Van Boekel RLM, Bos JM, et al. Practice variation in opioid prescribing for non-cancer pain in Dutch primary care: A retrospective database study. PLOS ONE. 2023;18(2):e0282222.

16



Variatie in voorschrijven tussen huisartsenpraktijken

- Variatie in voorschrijven van chronisch, (> 90 dagen) hoog gedoseerde (≥ 90 milligram morfine) opioïden in de 1e lijn. Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, en aantal chronische ziekten.
- Data van ~10% van alle Nederlandse huisartsenpraktijken obv Nivel data
- In 2019 was er 7,5-voud verschil tussen de hoogste en laagste 5% van praktijken
- 13,8% van de praktijken waren statistische outliers, waarbij het grootste deel (9,5%) minder dan gemiddeld voorschreef.

Bron: Kalkman GA, Kramers C, Van Dongen RT, Schers HJ, Van Boekel RLM, Bos JM, et al. Practice variation in opioid prescribing for non-cancer pain in Dutch primary care: A retrospective database study. PLOS ONE. 2023;18(2):e0282222.

17



Variatie in voorschrijven tussen huisartsenpraktijken

- Aanzienlijke variatie tussen huisartsenpraktijken, waarschijnlijk ongewenst
- Vervolgonderzoek naar verschillen tussen hoog en laag voorschrijvende praktijken

Bron: Kalkman GA, Kramers C, Van Dongen RT, Schers HJ, Van Boekel RLM, Bos JM, et al. Practice variation in opioid prescribing for non-cancer pain in Dutch primary care: A retrospective database study. PLOS ONE. 2023;18(2):e0282222.

18



Psychiatrische risicofactoren voor chronisch opioïdgebruik

- Doel: Verhogen psychiatrische stoornissen het risico op chronisch hoog-gedoseerd opioïd gebruik op recept?
- Bestaand onderzoek is veelal cross-sectioneel, en uitgevoerd in specifieke populaties in de VS.

Bron: Van Der Hoorn MMC, Kalkman GA, Weesie YM, Atsma F, Schellekens A. Psychiatric risk factors for chronic high-dose opioid prescribing: register-based cohort study. BJPsych Open. 2023;9(3).

19



Psychiatrische risicofactoren voor chronisch opioïdgebruik

t = -6 mnd Datum 1^e opioïd (t=0) t = 24 mnd



Indeling groep (psychiatrie ja/nee)

Follow-up periode

Inclusie: Alle patiënten die nieuw starten met een opioïd tussen 2011 en 2017 (n = 137 762)

Definitie psychiatrische stoornis: Obv geregistreerde episodes en geneesmiddelgebruik

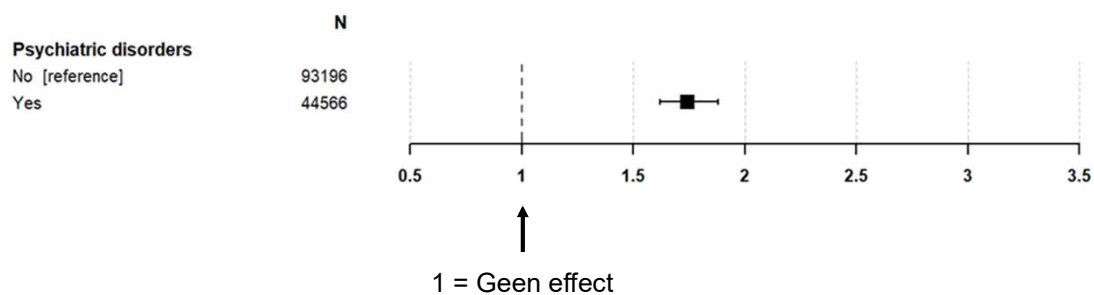
Definitie chronisch hoog-gedoseerd (CHD) opioïd gebruik: Een recept voor >90 dagen en >50 miligram morfine equivalent

Bron: Van Der Hoorn MMC, Kalkman GA, Weesie YM, Atsma F, Schellekens A. Psychiatric risk factors for chronic high-dose opioid prescribing: register-based cohort study. BJPsych Open. 2023;9(3).

20



Psychiatrische risicofactoren voor chronisch opioïdgebruik



Bron: Van Der Hoorn MMC, Kalkman GA, Weesie YM, Atsma F, Schellekens A. Psychiatric risk factors for chronic high-dose opioid prescribing: register-based cohort study. BJPsych Open. 2023;9(3).

21



Psychiatrische risicofactoren voor chronisch opioïdgebruik

- Psychiatrische stoornissen verhogen het risico op chronisch hoog gedoseerd opioïd gebruik na start van therapie.

Bron: Van Der Hoorn MMC, Kalkman GA, Weesie YM, Atsma F, Schellekens A. Psychiatric risk factors for chronic high-dose opioid prescribing: register-based cohort study. BJPsych Open. 2023;9(3).

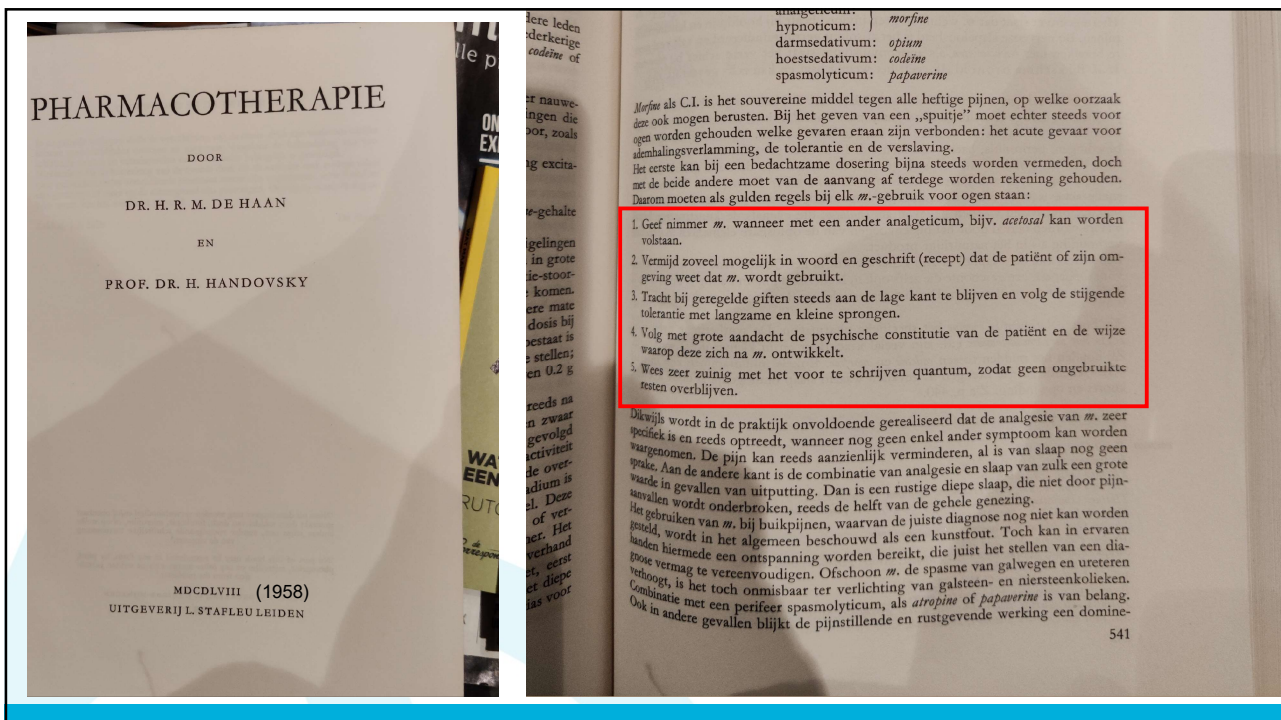
22



Regionale initiatieven

- Protocol afbouwen in de 1e lijn
 - Optimalisatie non-opioïde pijnbehandeling
 - In dien nodig langzaam afbouwen (5% per week)
 - Doorverwijzen naar psychiater indien nodig
- Perioperatief pijnprotocol
 - Multidimensionaal met een kleinere rol voor numerieke pijnscores
 - Grotere rol non-farmacologische therapie en patiënt educatie
 - Beperkte duur initieel ontslagrecept
 - Zo nodig terug verwijzen naar ziekenhuis of pijnpoli

23



24



NISPA

Hepatitis C eliminatie in de verslavingszorg door middel van decentralisatie

Daan Von den Hoff, PhD-kandidaat

IRISZORG VNN Tactus Leger des Heris NK VINCENDE VAN GELUK

25



A Disclosures

- Funding promotieonderzoek door Abbvie en Gilead

26



Inhoud



HepC : CAC

- Casus
- Hepatitis C achtergrond
- CBS data-studie
- Hepatitis C: Chain of Addiction Care project
- Vervolg casus
- FAITH-studie
- Teaser HepSum-studie
- Afloop casus en take-home message
- Vragen/discussie

27



Casus



Harry, 62 jaar

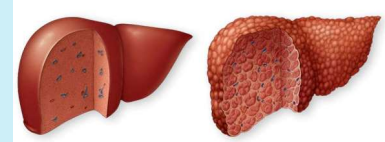
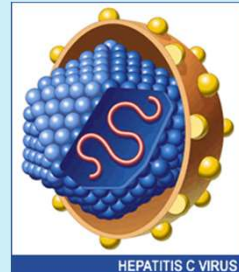
- Komt reeds 20 jaar op methadonpost. Intraveneus drugsgebruik in VG. Mijdt somatische zorg. Geen klachten.
- Drinkt 3 halve liters sterk bier per dag.
- 3 jaar stabiel op 60mg methadon, geen andere medicatie.
- Uit somatische screening: HCV+ HBV- HIV-, milde levertestafwijkingen

28



Hepatitis C

- Verspreiding voornamelijk via besmet bloed (vuile naalden, medische ingrepen)
- Weinig tot geen symptomen
- 15-20% klaart HCV zelf binnen 6 maanden, daarna chronisch geïnfecteerd
- Na 20 jaar chronische infectie heeft ~15% levercirrose
- 1-3% kans per jaar op hepatocellulair carcinoom
- Behandeling met Direct-Acting Antivirals (DAA) 8 of 12 weken



29



WHO Doelen

TARGET AREA	BASELINE 2015	2020 TARGETS	2030 TARGETS
Impact targets			
Incidence: New cases of chronic viral hepatitis B and C infections	Between 6 and 10 million infections are reduced to 0.9 million infections by 2030 (95% decline in hepatitis B virus infections, 80% decline in hepatitis C virus infections)	30% reduction (equivalent to 1% prevalence of HBsAg ^a among children)	90% reduction (equivalent to 0.1% prevalence of HBsAg among children) ¹⁰
Mortality: Viral hepatitis B and C deaths	1.4 million deaths reduced to less than 500 000 by 2030 (65% for both viral hepatitis B and C)	10% reduction	65% reduction



<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>

30



Article

Against All Odds? Addiction History Associated with Better Viral Hepatitis Care: A Dutch Nationwide Claims Data Study

Daan W. Von den Hoff ^{1,*}, Floor A. C. Berden ¹, Femke Atsma ², Arnt E. A. Schellekens ^{3,4,5} and Joost P. H. Drenth ^{1,*}

- Met verslaving suboptimale hepatitis zorg?
- Ziekenhuis en GGZ DBC-data van het Centraal Bureau Statistiek
- Alle nieuwe patiënten met hepatitis B/C 2014-2019 (n=10,513)
- Verslavings-DBC bij 1371 (13%) patiënten

31



Variable	aOR ^a	95%CI ^a	p
HIV	0.30	(0.25-0.37)	<0.0001
Cirrhosis	0.38	(0.29-0.51)	<0.0001
Male sex	0.70	(0.65-0.76)	<0.0001
Diabetes	0.72	(0.53-0.97)	0.029
Addiction history	0.73	(0.64-0.82)	<0.0001
Malignancy	0.77	(0.65-0.91)	0.0022
Age (y)	0.98	(0.98-0.98)	<0.0001
Migrant status	1.19	(1.09-1.30)	0.00014
COPD	1.44	(1.09-1.91)	0.011

- Hepatitis C patiënten met verslaving ontvangen vaker optimale hepatitis C zorg dan patiënten zonder verslaving
- NB: Belangrijkste limitatie is analyse van ziekenhuis-DBC's
→ Patiënten die nooit in zorg kwamen zitten niet in de data

32



Wat te doen?

	Linkage to care, % (95% CI)			p value	Treatment uptake, % (95% CI)			p value
	Full decentralisation	Partial decentralisation	No decentralisation		Full decentralisation	Partial decentralisation	No decentralisation	
People who inject drugs								
Full decentralisation vs none								
Comparative	88% (77-94)	-	57% (54-78)	0.008	88% (65-100)	-	33% (25-43)	<0.001
Wade et al (2018), RCT	88% (77-94)	-	57% (54-78)	-	74% (60-85)	-	39% (26-53)	-
Middleton et al (2018), RCS	-	-	-	-	98% (88-100)	-	27% (17-41)	-
Non-comparative	73% (56-87)	-	26% (13-44)	<0.001	71% (62-79)	-	56% (21-86)	0.381
Number of studies	12	-	1	-	21	-	1	-

Oru et al 2021 Lancet Global health

33



Implementatie gedecentraliseerd HCV zorgmodel in Nederlandse verslavingszorg



Hepatitis C:
Chain of Addiction Care Project

34



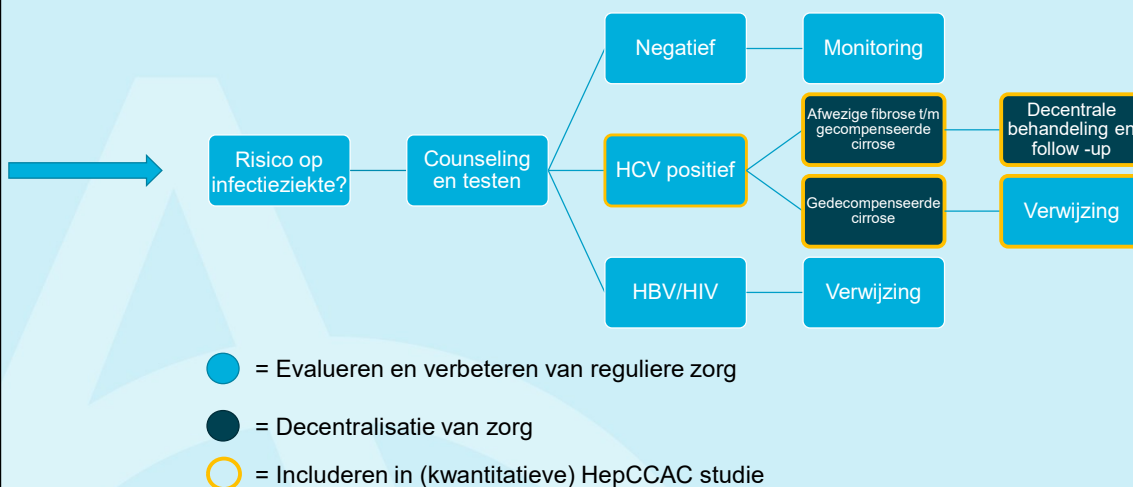
Kwantitatieve en kwalitatieve onderdelen

Quantitative study endpoints: HCV care pathway (part 1)	RE-AIM dimension	Qualitative study endpoints: barriers and facilitators (part 2)
<ul style="list-style-type: none"> Demographics of population Proportion of population tested. 	Reach	<ul style="list-style-type: none"> <i>Reasons for not participating.</i> Recruitment of patients Willingness to participate
<ul style="list-style-type: none"> <i>Viral elimination rate</i> 	Effectiveness	-
<ul style="list-style-type: none"> Proportion of centers participating 	Adoption	<ul style="list-style-type: none"> Willingness to initiate the program
<ul style="list-style-type: none"> <i>Secondary HCV care endpoints (treatment uptake, completion)</i> Referral to hospital Loss to follow up Adherence 	Implementation	<ul style="list-style-type: none"> <i>Strategies to improve implementation.</i>

35



Zorgpad decentrale hepatitis C zorg



36



Resultaten

- ~900 patiënten gescreend in 3,5 jaar

	Total n(%)
Total HCV+	35
Male	29 (82.9)
Age at diagnosis (y) (SD)	42.2 (SD 13.6)
Migrant status:	10(28.6)
Treatment	
Initiated on-site treatment	25 (71.4)
SVR reached*	25/25 (100)
“Elimination”	27/35 (77)*
Adverse events*	2



37



Vervolg casus (bij de verslavingsarts/vpk specialist)



Harry, 62 jaar

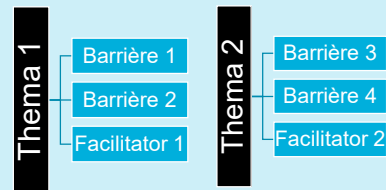
- Educatie over HCV en gevolgen van niet behandelen
- Controleren nierfunctie en zo goed mogelijk uitsluiten cirrose (FIB-4 score)
- Keuze voor Eplusa/Maviret afhankelijk van voorkeur patiënt en arts en interacties: www.hep-druginteractions.org
 - NB: geen interacties met alcohol/drugs, wel PPI
- Harry kiest voor de kortere behandeling met Maviret (8 weken)
- Ter controle op therapietrouw ontvangt Harry de medicatie 3x per week op de methadonpost

38



Kwalitatieve analyse (FAITH-studie)

- Facilitators en barrières voor implementatie van gedecentraliseerde hepatitis C zorg?
- Semi-gestructureerde interviews
 - Verslavingsartsen
 - Verpleegkundigen/vpk specialisten
 - Beleidsmakers
 - MDL-arts en infectioloog
- Discussiesessies met co-auteurs



39

Theme	Tendency	Theme related to:		
		Patient	Addiction care	Healthcare system
Enthusiasm				
Nurse as the mediator				
Treatment outcomes				
Relations with the patient				
Vision on addiction care				
Patient profile				
Practical matters				
Care chain agreements				
Variation in addiction care procedures				
Adherence to treatment				
Treatment guidelines				
Role of the hospital				
Hierarchical decision making				
Limited resources				
Expertise				
Healthcare provider characteristics				
Stigma				
Project management				
Financial aspects				
Perceived scope of the problem				
	Mostly barriers			

Resultaten

- Identificeren knelpunten
- Redenen om niet deel te nemen
- Thema's als basis om implementatie te verbeteren
- Stroomlijnen start project in nieuwe centra

40



Quotes

"Onze patiënten voelen zich vaak niet gehoord in het ziekenhuis en hebben het gevoel dat er een oordeel over verslaving is. Ze hebben dan het idee dat ze niet worden gezien als een persoon, maar als een verslaafde, en ze merken dit heel scherp op."

– Verpleegkundig specialist

41



Quotes

"Het behandelen van hepatitis C doet veel meer dan het lijkt. Behandelingen die we normaal gesproken niet van de grond kunnen krijgen beginnen opeens te werken, sommige patiënten hebben bijvoorbeeld ineens de energie om traumatherapie te ondergaan en anderen zijn weer aan het werk en doen het geweldig. Sommige zijn gestopt met drugs en alcohol."

- Verslavingsarts

42



Afloop casus



Harry, 62 jaar

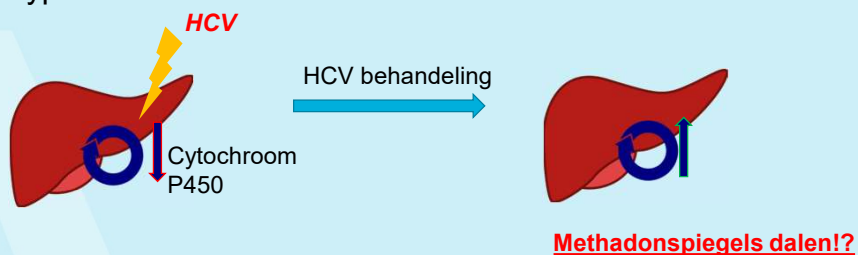
- Er zijn geen bijwerkingen of complicaties opgetreden
- Drie maanden na einde van behandeling blijkt dat Harry genezen is van hepatitis C
- Harry houdt levertestafwijkingen en wordt verwezen voor analyse
- Het is mogelijk dat er herinfectie optreedt bij risicogedrag
- Tijdens de HCV behandeling is de methadondosering opgehoogd (??)

43



Teaser HepSum studie

- Hypothese:



- Momenteel loopt farmacokinetische studie met Radboudapotheek

44



Take home message

- HCV patiënten met verslaving ontvangen in het ziekenhuis niet vaker suboptimale hepatitis zorg
- Decentralisatie van HCV zorg is zeer effectief
 - 100% behandelresultaat; 77% eliminatie
- Multidisciplinaire aanpak met leidende rol voor verslavingszorg is “the way to go”
- Verslavingszorg personeel is enthousiast over leveren van deze zorg, waarbij nog enkele barrières te tackelen zijn



45



Hartelijk dank voor uw aandacht!

- Vragen?



- Met dank aan:

Prof. Dr. Arnt Schellekens, Psychiatrie Radboudumc, NISPA

Prof. Dr. Joost Drenth, MDL AmsterdamUMC/Radboudumc

Dr. Floor Berden, MDL Radboudumc, Jeroen Bosch Ziekenhuis

Alle overige co-auteurs en de verslavingszorgmedewerkers van deelnemende centra

46

NISPA

Contextuele dynamiek van verslaving en herstel

Abstinentie, terugval en de rol van Recovery Capital

Esther Pars, promovenda Radboudumc
E-mail: esther.pars-vanveelen@radboudumc.nl

47

Factsheet
Een uitgave van Verslaving en Herstel

INLEIDING
Verslaving is vaak een langdurig probleem, dat meestal gepaard gaat met andere levensproblemen op andere levensgebieden: slechtere gezondheid, een werkloosheid, financiële problemen (bijvoorbeeld verslaving). Deze factoren versterken of bijdragen aan de verslaving. Het herstel is goed bij aan omdat het rekent op de complexiteit en terugval van verslaving. Vanuit de herstelacademie worden er verschillende...

HERSTELONDERSTEUNENDE ZORG
Herstelondersteunende zorg is een belangrijk onderdeel van onze hulp. Wat is herstelondersteunende zorg?
We kijken niet alleen naar jou verslaving en gebruik, maar naar je hele herstel (wonen, werken, zingeving).
Jouw eigen wensen en doelen staan centraal, want 'herstel' betekent voor iedereen iets anders.
Jij hebt zoveel mogelijk zelf de regie; de hulpverlener ondersteunt jou bij het bereiken van jouw doelen.
Ervaringsdeskundigheid is belangrijk: kennis en kunnen een brug vormen tussen jou en de hulpverleners. Ook kunnen ze extra steun bieden voor...

MEER WETEN OVER Herstel
Wetenschappelijk vanuit gezondheids- en emancipatorisch perspectief

Herstel
Herstel heeft meerdere betekenissen: beter worden of weer baas over je eigen leven worden. Herstel is een proces van vallen en opstaan. Het is heel persoonlijk en je moet het zelf doen. Er bestaat geen kant-en-klaar recept voor herstel. Ieder zoekt zijn eigen weg.
Herstellen betekent zoeken naar de voor jou beste manier van dat moment. Dit is een proces van actieve herstel.

6.1.1 Wat is herstel?
Herstel is een uniek en persoonlijk proces waarbij men toewerkt naar een volwaardig en zinvol leven - ondanks de beperkingen die alcoholproblemen kunnen geven. Het gaat daarom ook om het - naar het oordeel van de patiënt - psychisch en sociaal weer goed kunnen functioneren en het kunnen deelnemen aan de maatschappij. Dat laatste kan natuurlijk alleen in een samenleving die voldoende kansen biedt. Er is meer oog gekomen voor de persoonlijke ontwikkeling van mensen met een verslaving. Uiteindelijk is het hun leven. Zij zijn - met hulp vanuit de zorg - aan zet. De verslavingszorg ondersteunt hun persoonlijke herstelproces. Dat richt zich onder andere op het ontwikkelen van een positieve identiteit, het vestigen van hoop op verandering en een betere toekomst, het praten over wat men zelf belangrijk vindt in het leven en het onder eigen ziele van het eigen levensverhaal.

Iemand die in herstel is staat voor de volgende opgaven:
• een positieve identiteit ontwikkelen;
• een herstelruimte creëren aan de overzijde of neurische problemen.

Herstel
Herstellen doe je zelf, maar niet alleen
Herstel heeft meerdere betekenissen, van oudsher betekent het beter worden. Wij gebruiken het Daardoor kun je ook beter aangeven hoe andere jou kunnen helpen. Herstel helpt je om je leven

Herstelruimte Emmen
Herstelruimte Emmen is een ontmoetingsplek in Facet Emmen waar je ervaringen kunt delen, kennis en inspiratie op kunt doen en steun kunt vinden. Een plek waar je kunt werken aan jouw herstel. Dat kan herstel zijn van verslaving, psychische kwetsbaarheid en/of andere nare ervaringen. Herstellen gaat niet altijd over genezen, maar over welbevinden. Je eigen leven in de hand krijgen en weer verder kunnen. Herstelruimte Emmen biedt verschillende cursussen, trainingen en workshops die je kunt benutten. Labels en diagnoses spelen géén rol. Iedereen is welkom.

Herstelruimte Emmen
De vrije ruimte waar je anderen ontmoet, van elkaar leert en jezelf ontwikkelt.

De Wending
Verslavingsbehandeling en herstelbegeleiding

Voor verwijzers > Onze zorglocaties > Herstelacademie

Herstelacademie
Gemeente Utrecht
Aanmelden
Je bent van harte welkom om een kijkje te nemen in onze Herstelacademie. Meerdere cursussen en informatie bijeenkomsten en activiteiten.

48

Abstinentie

Individueel verander proces

Afname symptomen, remissie

Deelname aan maatschappij

Kwaliteit van leven

Toename herstel kapitaal

Herstel?

Bronnen:
 El-Guebaly, N. (2012). The meanings of recovery from addiction: Evolution and promises. *Journal of addiction medicine*, 6(1), 1-9.
 Ashford, R. D., et al. (2019). Defining and operationalizing the phenomena of recovery: A working definition from the recovery science research collaborative. *Addiction Research & Theory*, 27(3), 179-188.

49

**Een proces van verandering
 waarbij individuen hun
 gezondheid en welzijn
 verbeteren, grip op hun leven
 krijgen en streven naar het
 bereiken van hun volledige
 potentieel**

Herstel?

[SAMSHA \(2012\)](#)

50



51



52

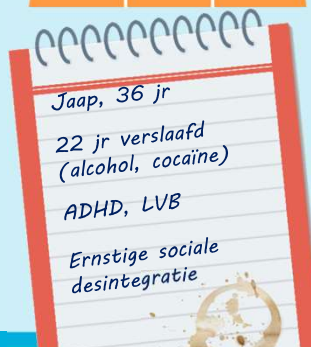
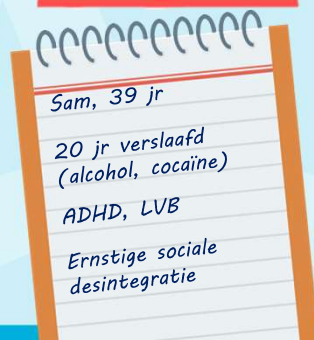


Hoe komt het dat sommige cliënten na
behandeling abtinent blijven,
terwijl anderen terugvallen?

53



Abtinentie en terugval



54



Abstinentie en terugval



Sam, 39 jr
 20 jr verslaafd
 (alcohol, cocaïne)
 ADHD, LVB
 Ernstige sociale
 desintegratie
 Terugval < 2 weken na
 behandeling

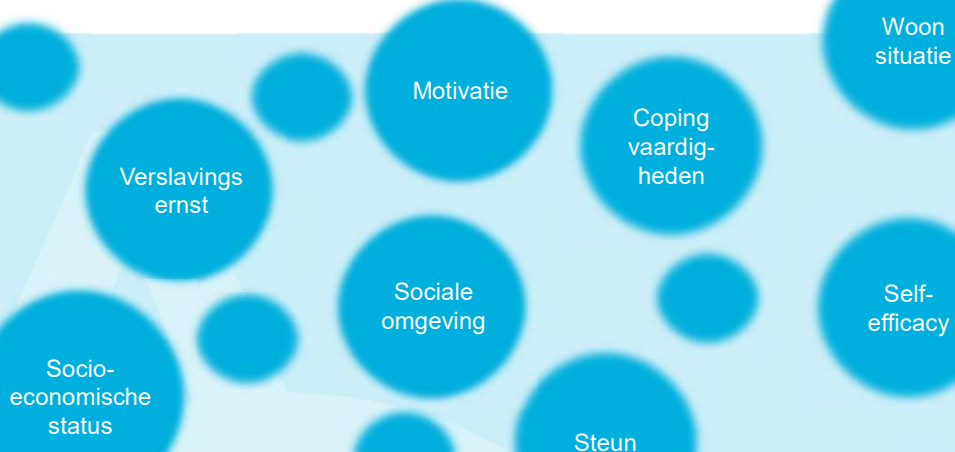


Jaap, 36 jr
 22 jr verslaafd
 (alcohol, cocaïne)
 ADHD, LVB
 Ernstige sociale
 desintegratie
 3 maanden na
 behandeling abtinent

55

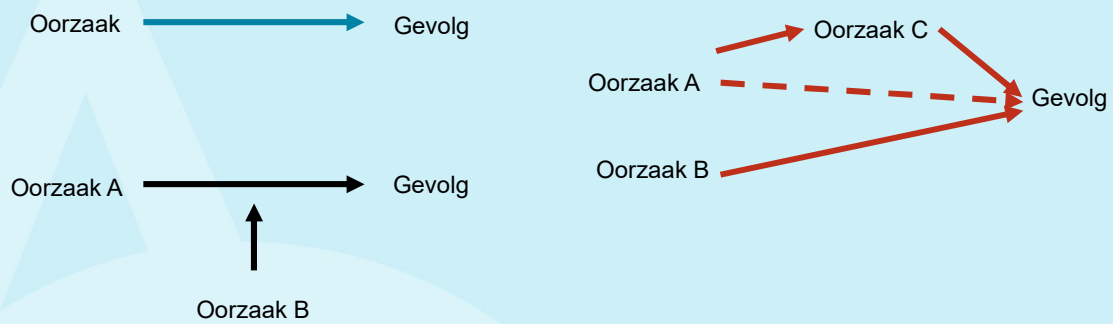


Eerder onderzoek



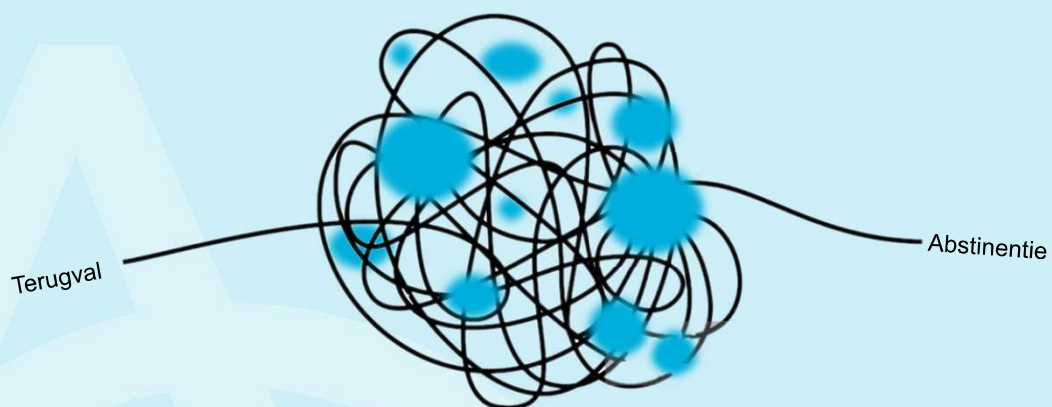
56

Eerder onderzoek



57

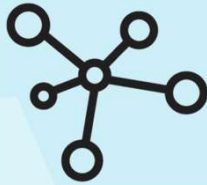
De praktijk



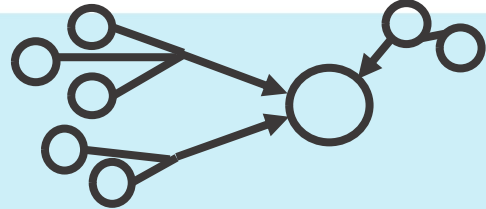
58



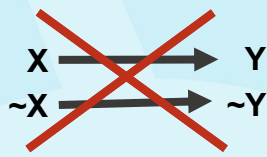
Qualitative Comparative Analysis (QCA)



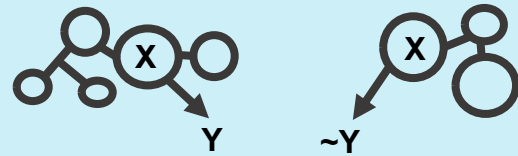
1. Conjuncturele causaliteit



2. Equifinaliteit



3. Asymmetrie



4. Context afhankelijk

59



Onderzochte factoren

Start behandeling

Psychiatrische comorbiditeit

Licht verstandelijke beperking

Sociale desintegratie

Behandeling

Behandelduur

Natraject

Formele ondersteuning

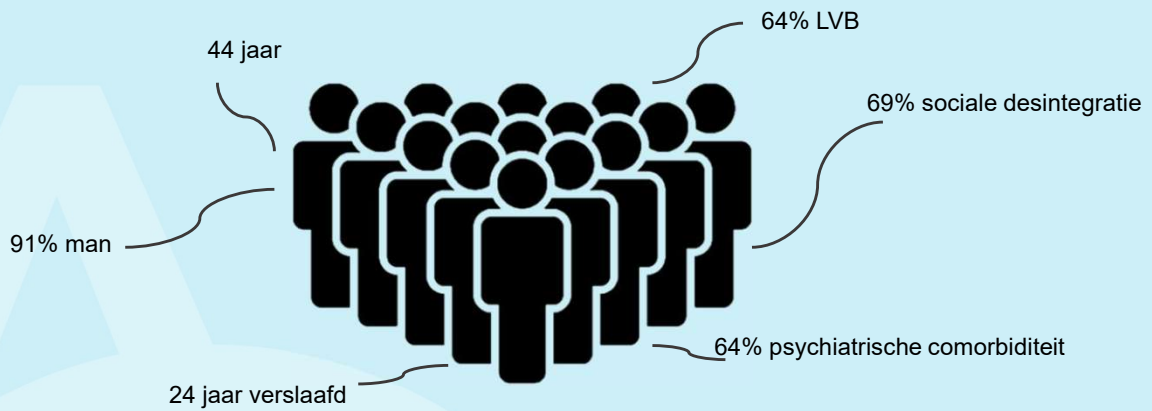
Informele ondersteuning

Daginvulling

60



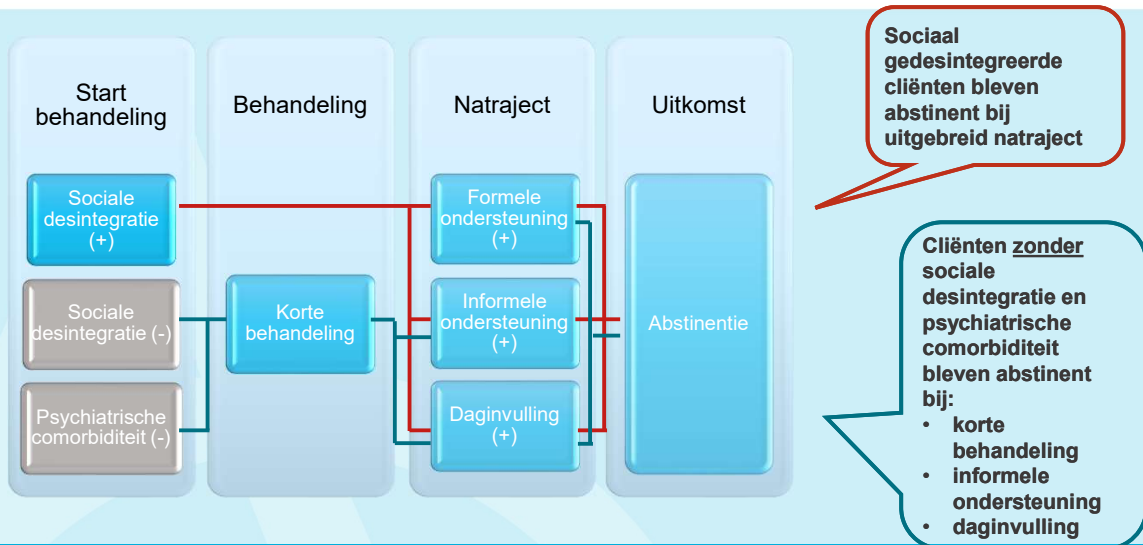
Kenmerken deelnemers (58)



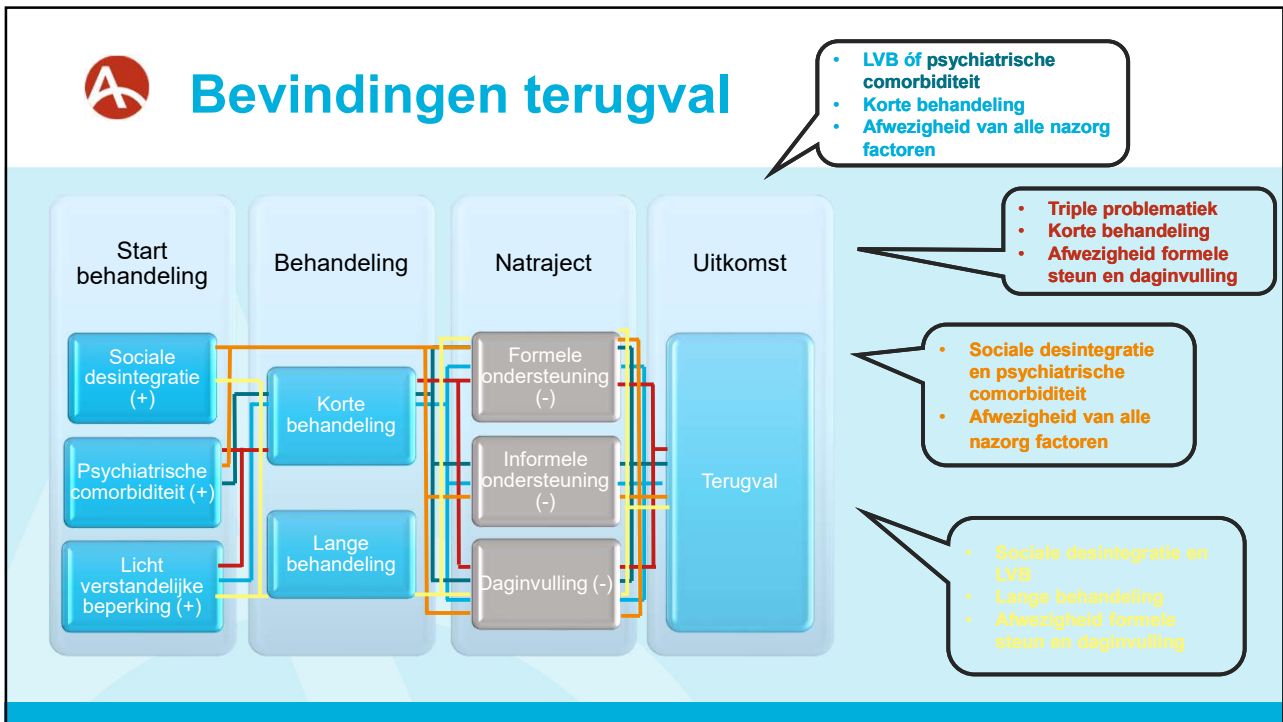
61



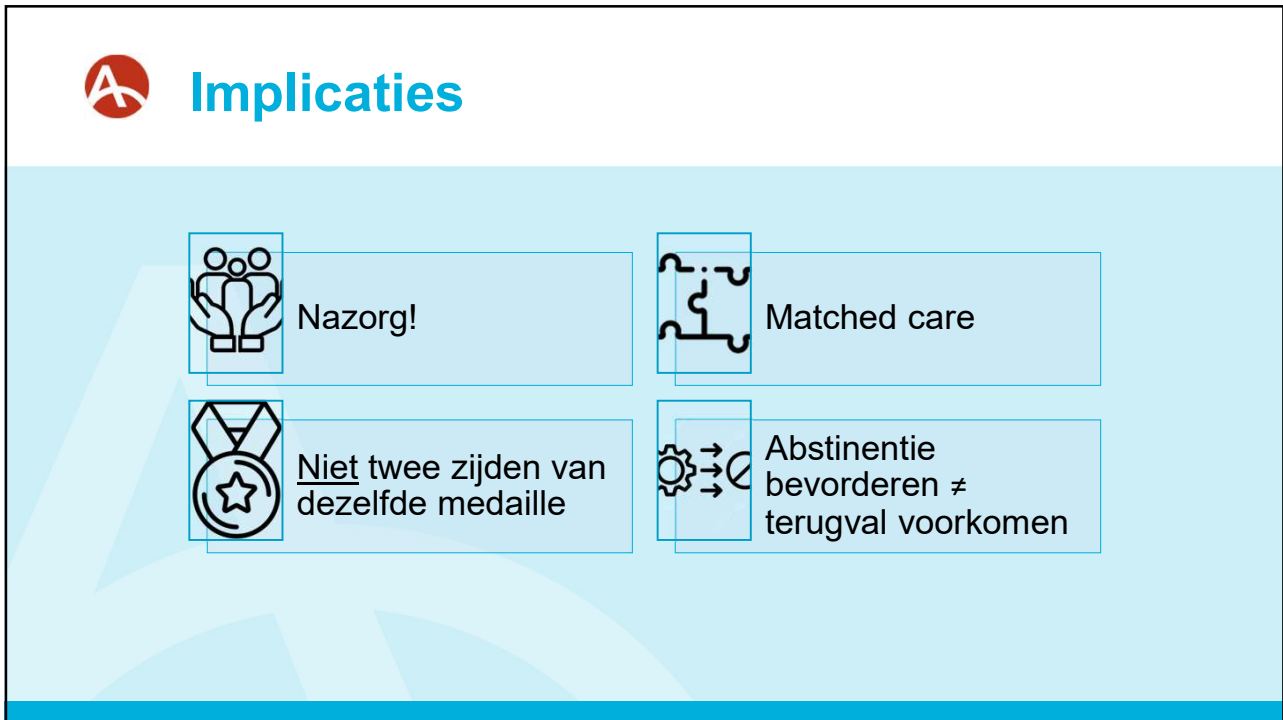
Bevindingen abstinentie



62



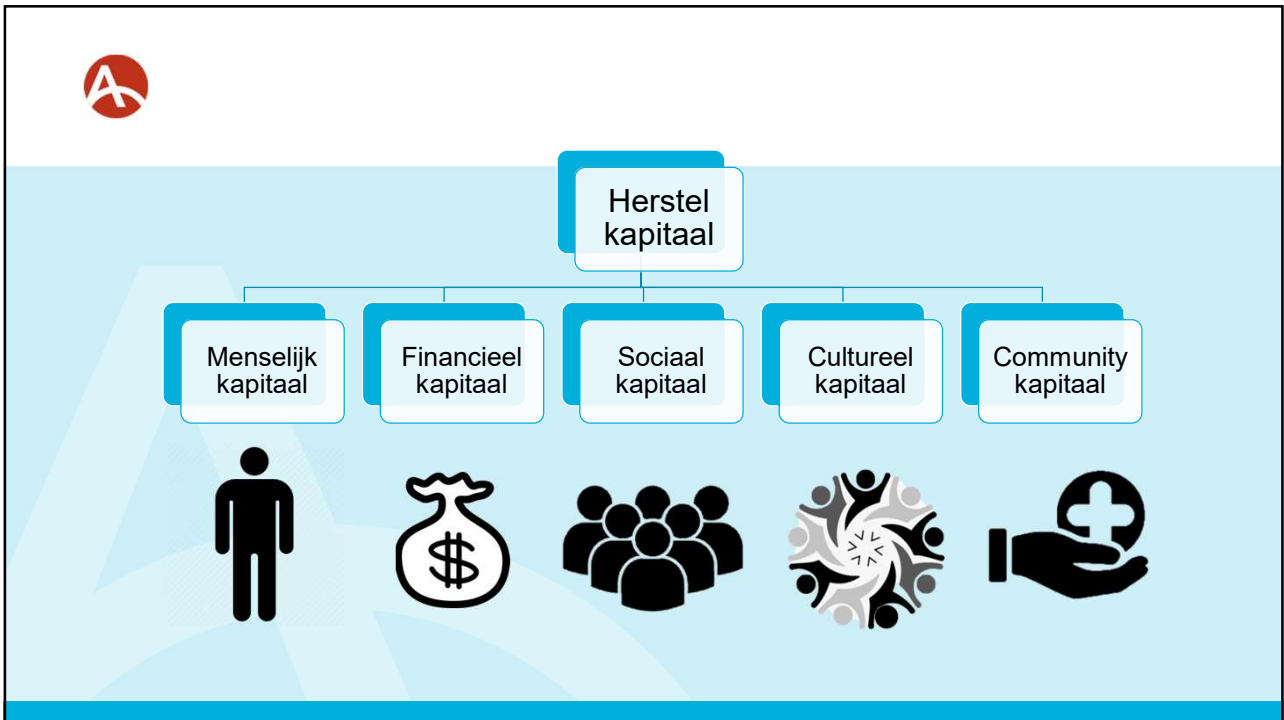
63



64



65



66



Deelnemers met triple problematiek



B. (40 jaar)

Verslavingsduur: 20 jaar - alcohol, cannabis, cocaine, tabak.
Diagnoses: niet-gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis, licht verstandelijke beperking (totaal IQ 66), stemmingsstoornis, alcoholische hepatitis, traumatisch hersenletsel met aanhoudende neurocognitieve achteruitgang.



C. (43 jaar)

Verslavingsduur: 28 jaar - alcohol, cannabis, amfetamine, tabak
Diagnoses: cluster-B persoonlijkheidsstoornis met borderline en antisociale trekken, zwakbegaafdheid (totaal IQ: 74), ADHD



A. (39 jaar)

Verslavingsduur: 20 jaar – amfetamine, alcohol, cannabis.
Diagnoses: licht verstandelijke beperking (totaal IQ 51), ADHD

67



Belangrijkste bevindingen



Individueel proces?



Dynamisch, interactief, contextueel



Overzicht



Aanknopingspunt hersteltraject op maat?

Pars, E., VanDerNagel, J. E., Dijkstra, B. A., & Schellekens, A. F. (2023). Using the Recovery Capital Model to Explore Barriers to and Facilitators of Recovery in Individuals with Substance Use Disorder, Psychiatric Comorbidity and Mild-to-Borderline Intellectual Disability: A Case Series. *Journal of Clinical Medicine*, 12(18), 5914.

68

