

Stichting Mainline: *Harm reduction* centraal bij druggebruikers

Guido van Diepen, Renate van Bodegom

- G. van Diepen, hoofdredacteur Stichting Mainline, Amsterdam
- R. van Bodegom, programmaleider Stichting Mainline, Amsterdam

Samenvatting

Druggebruik is een beladen onderwerp, dat niet eenvoudig bespreekbaar is in de spreekkamer of aan de balie. Toch is openheid van de cliënt belangrijk om te kunnen anticiperen op gebruiksgelateerd risicogedrag. Stichting Mainline is pleitbezorger van de pragmatische aanpak: niet te snel oordelen en op zoek gaan naar de mogelijkheden – ook als dat binnen de perken van het gebruik is. Een interessante zienswijze, die de stichting in dit artikel nader toelicht.

Hoe kom je er als behandelaar achter of de cliënt problemen ervaart met druggebruik en daar eigenlijk hulp bij wil? Hoe weet je eigenlijk of er middelen gebruikt worden die mogelijke therapietrouw of effectiviteit van geneesmiddelen in de weg staan? En hoe achterhaal je of hij of zij door zijn drugsgebruik risico heeft gelopen op infectieoverdracht? Het is een greep uit het scala aan vragen rond het thema middelengebruik en gezondheid die zonder daar bewust aandacht aan te besteden ongemoeid blijven.

Uit de Nemesis-2, het *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study* van het Trimbos-instituut, blijkt dat 19,1% van de mensen (27,7% van de mannen en 10,3% van de vrouwen) ooit overmatig alcohol of drugs heeft gebruikt of daarvan afhankelijk is geraakt.¹ Dat houdt in dat ongeveer één op de vijf Nederlanders op enig moment in zijn leven aan drug- en alcoholgebruik gerelateerde gezondheidsrisico's wordt blootgesteld. Dat kan zijn op lichamelijk, geestelijk en sociaal-maatschappelijk niveau. Hoewel die gebieden vaak interacteren – het oplopen van een chronische infectieziekte heeft bijvoorbeeld zijn weerslag op de psyche en wellicht het sociale functioneren

– is de insteek van het nationale preventiewerk van Mainline primair de lichamelijke gezondheid van druggebruikers. De praktijk is daarbij het uitgangspunt: hoe gebruiken mensen hun drugs precies? Welke gebruikstechnieken zijn voor verbetering vatbaar? Maar ook: wat levert het gebruik hen op? En wat willen ze zelf veranderen? Door het perspectief van de gebruiker als uitgangspunt te nemen en niet op de zaken vooruit te lopen, is de kans het grootst dat er aangrijpingspunten zichtbaar worden om iets aan de situatie te verbeteren.

Vaak hebben professionals – hoe nobel de intentie om te helpen ook is – de neiging om vooraf al te weten wat goed voor iemand is.* Bijvoorbeeld door voorop te stellen dat iemand moet stoppen met gebruiken, voordat hij voor behandelingen in aanmerking komt. Maar de gezondheid en het welbevinden van mensen kunnen ook worden bevorderd door binnen de perken van het gebruik op zoek te gaan naar verbetermogelijkheden. Deze hands-on-benadering wordt ook wel *harm reduction* genoemd.** Nederland was een pionier met deze pragmatische aanpak en de aanpak wierp zijn vruchten af. De nadruk op voorlichting en services als spuitenruil en gebruiksruidten hebben ervoor gezorgd dat Nederland vergeleken met andere Europese landen een zeer lage prevalentie van problematisch gebruik heeft, evenals het laagste aantal hiv-infecties en drugsgelateerde sterfgevallen. Mainline heeft daaraan bijgedragen door zijn rol als voorvechter van spuitenruilprogramma's, door middel van toegesneden en herkenbaar informatiemateriaal en campagnes, zoals 'de switch'. Hierin werden mensen geïnformeerd over de voordelen van roken van heroïne ten opzichte van het spuiten.

* Volgens de maatschappijkritische Presentietheorie van Baart is de eigenschap die goede werkers in de zorg tekent, dat ze in het contact met cliënten het probleemoplossende handelen opschorten en de relatie vooropstellen. Daarmee staat de identiteit van de hulp- of zorgverlener niet vast, 'maar vormt zich in een gedeeld leerproces' (www.presentie.nl/wat-is-presentie).

** Harm reduction kan worden omschreven als een pragmatische aanpak waarin het verbeteren van de gezondheid en leefomstandigheden van middelengebruikers vooropstaat, zonder morele druk uit te oefenen op gebruikers. Het is samen met voorlichting, preventie en behandeling een van de vier pijlers van het Nederlandse gezondheidsbeleid.²

Dit succes betekent niet dat we op onze lauweren kunnen rusten. De relatie tussen druggebruik en (volks)gezondheidskwesties werd lange tijd vooral gelegd bij injecterende druggebruikers. Niet onterecht, want uit recente schattingen blijkt dat 70% tot 80% van de (ooit) injecteerders hepatitis C onder de leden heeft.³ Een kleiner deel van deze groep liep in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw hiv op. Het shotten van drugs als heroïne en cocaïne is sinds de millenniumwisseling echter op zijn retour en daarmee ook het aantal infecties onder de klassieke groep gebruikers. De met druggebruik verbonden infectierisico's zijn echter niet de wereld uit. Met name de relatie tussen druggebruik en het nemen van seksuele risico's is bij verschillende subgroepen saillant.^{4,5,6} Maar ook het grote risico op overdosering met GHB (4-hydroxybutaan-2-ylazijnzuur) verdient aandacht, net als de groep die in het verleden ooit een shot zette en nu een chronische hepatitis C-infectie onder de leden heeft. Een groot deel weet dat niet, omdat de leverziekte soms pas decennia later vage symptomen als moeheid en lusteloosheid veroorzaakt. Bij de opsporing van deze en de hiervoor genoemde gezondheidsrisico's zouden met name huisartsen een prominente rol kunnen spelen.

In de praktijk blijkt dat een beladen onderwerp als druggebruik de cliënt en behandelaar wel eens voor moeilijkheden stelt. Zo kan er sprake zijn van onnodige stigmatisering van actief gebruikende cliënten door de beroepsgroep. Artsen waren jarenlang terughoudend met het behandelen van gebruikers met hiv, omdat ze als onberekenbaar en therapieontrouw werden gezien. Hetzelfde euvel trof gebruikers met hepatitis C. Eerst afkicken, dan behandelen, was het devies. Uit onderzoek blijkt echter dat gebruikers met de juiste screening en

begeleiding zeer therapietrouw zijn.⁷ Ook druggebruikers bekommeren zich om hun gezondheid en de ervaring wijst uit dat afkicken niet nodig is om succesvol te behandelen.

Mainline draagt zijn steentje bij door een brug te slaan tussen gebruikers en professionals door middel van trainingen over contact met gebruikers en *harm reduction*. Gebruikers krijgen gedegen en op maat gesneden informatiemateriaal die aansluit bij hun belevingswereld. Zo wordt in het materiaal gesproken over 'cocaïne en heroïne', maar om een brug te slaan ook over de straatnamen 'wit en bruin'. Themabrieven over middelengebruik, hiv en hepatitis C voorzien deze niche van specifieke gezondheidsinformatie. Daarin worden door middel van interviews met professionals en gebruikers, in de taal van de straat, tools besproken om de therapietrouw te bevorderen. Binnen de kaders van actief gebruik welteverstaan. Ook het thema interacties tussen medicatie en drugs komt vaak aan bod.

Om als behandelaar rekening te kunnen houden met mogelijke interacties, of boven tafel te krijgen of iemand risico's heeft gelopen door gebruik, is een vertrouwelijke relatie met de cliënt in een veilige sfeer cruciaal. Daarvoor is het allereerst van belang dat de hulpverlener zich bewust wordt van zijn eigen ideeën en vooroordelen rond druggebruik. Een van de heersende verslavingsparadigma's is dat 'verslaafden' wilsonbekwaam en 'ziek' zijn. Mensen zelf ervaren dit vaak heel anders en het is in het belang van elke vorm van behandelen om juist bij die ervaring aan te sluiten. Mainline gebruikt in het voorlichtingswerk en de trainingen voor professionals nooit het woord 'verslaving'. Verslaving, oftewel 'je vrijwillig tot slaaf maken', impliceert dat iemands autonomie sterk is

Tabel 1 Wisselwerkingen

drug	hiv-middelen	verwacht effect
XTC	ritonavir-boosted Pls	stijging XTC-spiegels
	NNRTI's	daling XTC-spiegels
cannabis	atazanavir	mogelijke daling atazanavirspiegels
GHB	Pls	mogelijke stijging GHB-spiegels
paddo's		geen interactie te verwachten
poppers		geen interactie te verwachten
heroïne	ritonavir-boosted Pls, nelfinavir en NNRTI's	mogelijke daling spiegels actieve metabolieten van heroïne
methadon	ritonavir-boosted Pls, nelfinavir en NNRTI's	daling methadonspiegels
cocaïne	ritonavir-boosted Pls	mogelijke stijging cocaïnespiegels en daling hepatotoxische metaboliet
	NNRTI's	mogelijke daling cocaïnespiegels en stijging toxische metaboliet
sildenafil	Pls	stijging sildenafilspiegels
	NNRTI's	daling sildenafilspiegels

Pls = proteaseremmers, NNRTI's = non-nucleoside reversed transcriptase inhibitors, GHB = 4-hydroxybutaan-2-ylazijnzuur

aangetast. Terwijl autonomie juist de basis is van het geloof in de eigen effectiviteit en daarmee van verandering.⁸ Daarom is het van belang de autonomie van gebruikers juist te bekrachtigen door hun noden en wensen niet van tevoren in te kaderen.

Het kan daarom goed zijn als huisarts of apotheker het onderwerp zo nu en dan te berde te brengen in contact met de cliënt en echte interesse te tonen in de effecten en context waarbinnen iemand gebruikt. Door de gebruiker te benaderen als kennisbaak, kan de taboebarière doorbroken worden. Benadruk dat *samen* op zoek gegaan kan worden naar manieren om de gezondheid te verbeteren – ook binnen de perken van actief gebruik. Daarvoor is het goed de eigen kennis met betrekking tot *harm reduction* op peil te brengen. Deze benadering kost tijd en geduld, maar kan dé aanzet vormen tot gedragsveranderingen bij de cliënt.

Optionele uitleg

De kennis over wisselwerking van geneesmiddelen met drugs die op de lijst van verboden middelen staan, is logischerwijs schaars (tabel 1). Vanwege het verbod op aanschaf en bezit, is onderzoek opzetten en ‘evidence-based’ aanbevelingen doen, moeilijk. Toch kunnen diverse interacties optreden, met potentieel ernstige gevolgen.

Begin met lage dosis

Over het algemeen kan gezegd worden: als je hiv-medicatie neemt en drugs wilt gebruiken, begin dan altijd met een lage dosis. Het risico op overdosering is groot bij bepaalde medicatie. Voor seropositieve gebruikers zijn twee geneesmiddelcombinaties het meest geschikt. De eerste is Truvada™ (emtricitabine + tenofovir) in combinatie met raltegravir. Deze middelen beïnvloeden de afbraak van andere stoffen niet. Het maakt dus niet uit welke drugs daarbij worden gebruikt. Bovendien zijn er voor deze hiv-combi geen voedselvoorschriften, zodat je kunt eten wat je wilt. Een nadeel is dat raltegravir tweemaal per dag moet worden ingenomen en het is momenteel het duurste hiv-geneesmiddel.

De tweede combinatie die gunstig is voor gebruikers is Eviplera™. Deze combinatie hoeft maar één keer per dag geslikt te worden. Eviplera™ bevat naast tenofovir en emtricitabine (de werkzame stoffen in Truvada™ (emtricitabine + tenofovir)) ook rilpivirine. Dit middel heeft minimale interactie met andere middelen. Wel is het oppassen met maagzuurremmers, omdat deze de opname van hiv-medicatie kunnen tegenhouden. Een nadeel is dat deze therapie minder potent is, en niet vaak voorgescreven wordt bij mensen met een hoge viral load.

Daarnaast is het belangrijk dat de patiënt goed eet, omdat de medicatie anders niet optimaal werkt. Dat kan moeilijk zijn als iemand een onregelmatig leven leidt.

NNRTI is veilig

Bij non-nucleoside reversed transcriptase inhibitors (NNRTI's) zoals efavirenz of nevirapine werkt de interactie precies andersom. Deze middelen stimuleren de aanmaak van afbraakenzymen in de lever waardoor drugs juist sneller worden afgebroken. Een NNRTI combineren met drugs is dus een veiligere combinatie. De effecten van drugs worden minder hevig en de kans op overdosering vermindert. Wel is het oppassen met methadon en buprenorfine. Een onderhoudsdosis van deze middelen kan plots onvoldoende zijn, zodat mensen dopeziek worden. Vaak moet de dosis dan worden verhoogd. Dit moet in overleg tussen gebruiker en arts gebeuren.

DE GEVAARLIJKE COMBINATIE

Ritonavir en andere proteaseremmers zijn gevaarlijk in combinatie met drugs en worden nog maar zelden voorgeschreven bij aanvang van de therapie. Maar soms is het onvermijdelijk. Het virus kan resistent zijn of andere combi's kunnen te heftige bijwerkingen hebben. Of iemand gebruikt medicatie die niet met Eviplera™ samen kan.

Veel seropositieven in Nederland slikken nog steeds proteaseremmers. Het is dus belangrijk ervan op de hoogte te zijn dat proteaseremmers de werking van veel drugs kunnen versterken en verlengen. Mocht iemand toch willen gebruiken, start dan met een lage dosis en wacht af. Experimenteer met de dosis, en besef dat het risico op overdosering groter wordt. Tot slot: laat hiv-medicatie nooit staan. Therapietrouw is cruciaal voor een succesvolle behandeling en voorkomt resistentie of een verhoogde viral load.

Literatuur

1. Baart A. Een theorie van de presentie. 3e druk. Den Haag: Lemma, 2004.
2. Gouwen D van der, et al. Het drugsbeleid (www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brochures/2009/08/31/het-drugsbeleid-in-nederland.html)
3. LCI-richtlijn Hepatits C, 2011 (www.RIVM.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/LCI_richtlijnen/LCI_richtlijn_Hepatits_C).
4. Baas I, Bakker B, Knoops L, Onderzoeksrapport MSM, middelengebruik en risicogedrag. Amsterdam: Mainline/Schorer, 2010.
5. Bourne A, et al. The Chemsex Study: Drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Soutwark & Lewisham. London: Sigma Research, 2014.