

Aidspreventie en drughulpverlening

Geachte dames en heren,

De organisatie van deze studiedag heeft mij gevraagd vanuit mijn ervaringen als coördinator bij de MDHG/-junkiebond te Amsterdam en later als methadonarts te Beverwijk u een antwoord te geven op de vraag hoe Aidsvoorlichting binnen de drughulpverlening plaats kan vinden. Voordat ik een antwoord -mijn antwoord moet ik zeggen- zal geven op deze vraag, lijkt het mij echter nodig een andere vraag te stellen namelijk 'hoe moet de drughulpverlening er eigenlijk uit zien, wil Aidsvoorlichting aanslaan?'

Mijn antwoord op deze vraag -en dat is tegelijkertijd de stelling van mijn inleiding- is dat effectieve Aidsvoorlichting binnen de hulpverlening slechts mogelijk is als druggebruik door de hulpverlening geaccepteerd wordt. Wie niet openlijk -zonder gêne en zonder veroordeling- over drugs kan praten, kan geen goede voorlichting over het veilig gebruiken van drugs geven. Ook aan de voorwaarden voor veilig gebruik en veilig vrijen -het in ruime mate beschikbaar stellen van condooms en schone spuiten- zal dan niet voldaan worden.

Maar wat houdt in de dagelijkse praktijk van het hulpverleners "acceptatie van druggebruik" in? Moet je alles van druggebruikers accepteren? Maar, betekent dat juist niet dat mensen te veel aan hun lot overgelaten worden? Ik denk dat er geen eenduidige antwoorden op deze vragen mogelijk zijn. Toch wil ik u vanuit mijn eigen ervaringen met druggebruikers iets vertellen over wat ikzelf onder acceptatie versta en hoe acceptatie een basis kan zijn voor een hulpverlenings situatie waar-

in vertrouwen tussen druggebruikers en hulpverleners bestaat.

Veel hulpverleners komen voor het eerst met druggebruikers in contact in een hulpverleningssetting. Ik moet u eerlijk bekennen dat ik vaak blij geweest ben dat dat bij mij niet het geval was. Voor ik druggebruikers leerde kennen, kon ik me niet goed voorstellen waarom mensen heroïne voor hun plezier gebruikten. Films als 'Christiana F.' droegen ook niet erg aan het beeld van een vrolijke druggebruiker bij. Toen ik de eerste keer bij de MDHG binnenstapte was ik meteen van het stereotype beeld van druggebruikers af. Druggebruikers heetten mij welkom, haalden koffie voor me en hielpen me over mijn verlegenheid van het eerste moment heen. Door de intensieve samenwerking met gebruikers, die na deze avond volgde, leerde ik de charme en de ellende van dope en alles wat ermee samenhangt kennen en waarderen. Ik leerde te accepteren dat mensen drugs gebruikte, maar ook -weliswaar met vallen en opstaan- wat ik niet accepteerde. Geld lenen, okee, maar ik moet wel weten wanneer ik het terug krijg. Wie geld leende en het niet terugbetaalde hoefde nooit meer te proberen te lenen. Op opmerkingen van gebruikers dat acceptatie van druggebruik betekende dat ik ook zou moeten accepteren dat iemand steelt, of zich niet verzorgt, antwoordde ik steevast, dat ik dat ook niet van andere mensen in mijn omgeving accepteerde. Druggebruik kan niet als legitimatie dienen om geen 'rekening te houden met mensen in de omgeving' en niet 'rekening houden met de maatschappij als geheel'. Zowel bij mijn werk bij de MDHG als later bij het CAD Bever-

wijk heb ik er bewust voor gekozen me niet te laten verleiden om me als hulpverlener verantwoordelijk te voelen voor openbare-orde-problemen. Mijns inziens worden de openbare orde-problemen rond druggebruik niet veroorzaakt door het gebruik zelf, maar door het feit dat harddrugs illegaal zijn. Een gegeven waar ik als hulpverlener in een hulpverleningssetting weinig aan kan veranderen. Ik heb het dan ook nooit als taak van de hulpverlener gezien om de openbare-orde-problemen op te lossen. Ik denk zelfs dat vermenging van hulpverlening en openbare orde het gevaar in zich bergt dat de druggebruiker de hulpverlener gaat wantrouwen. Een wantrouwen, dat niet alleen funest is voor de hulp, maar ook voor de Aidsvoorlichting. Een druggebruiker die het gevoel heeft dat de hulpverlener er niet voor hem zit, maar om andermans belangen te dienen, zal weinig geloof hechten aan de goede bedoelingen van de hulpverlener.

Toch heb ik het altijd wel moeilijk gevonden om me niet verantwoordelijk te voelen voor de openbare orde, om niet toch een beetje politieagent te willen zijn. Als methadonarts in een mede door mij opgezet laagdrempelig methadonprogramma in Beverwijk hoorde ik bijvoorbeeld van collega-artsen die elders werkten, dat het goed was om druggebruikers te disciplineren. Als junks leren dat ze bij de hulpverlening op tijd moeten komen, gaan ze dat op een gegeven moment ook in hun dagelijkse leven doen, meenden zij. Dat soort argumenten bracht me altijd in verwarring. Enerzijds dacht ik dat het onzinnig was: hoeveel normaal functionerende burgers komen niet om de haverklap te laat? Moeten druggebruikers dan opeens sterker zijn dan deze normaal menselijke eigenschap? Maar anderzijds meende ik dat deze gedachte toch wel hout sneed: je moet mensen toch wat houvast, wat structuur bie-

den -voorzover dat overigens kan in een ambulante programma-? Liet ik mensen niet teveel modderen? Uiteindelijk won de ervaring het. Ik had te vaak in Amsterdam gezien hoe druggebruikers zich beroepshalve als een kameleon aan de eisen van een hulpverlener kunnen aanpassen. Wie dezelfde gebruiker eerst bij de MDHG en dan op een spreekuur van een methadonpost ziet, kan twee volkomen verschillende gedragsvormen tegenkomen. Het gevolg was dat de regels over te laat komen in Beverwijk soepel waren: wie één keer te laat kwam kreeg een waarschuwing dat hij of zij de eerste twee weken niet te laat mocht komen. Wie binnen twee weken weer te laat kwam stuitte op onze grens. Men kreeg voor die dag geen methadon. Maar als iemand een werkelijk goede reden had, werd dat geloofd en werd er niet gewaarschuwd.

En toch bleef het een beetje agent spelen, vond ik altijd. Misschien is het ook wel inherent aan het feit dat methadon onder medisch toezicht verstrekt moet worden. Uiteindelijk ligt de verantwoordelijkheid niet bij de druggebruiker: de methadon kan tenslotte altijd geweigerd worden. Desondanks denk ik dat het in deze situatie toch goed is de verantwoordelijkheid voor het druggebruik zoveel mogelijk aan de drug- of methadongebruiker over te laten. Mijns inziens is dat de grootste voorwaarde voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie.

Ik wil u nu in het kort vertellen hoe de acceptatie van druggebruik en de erbij horende verantwoordelijkheid van druggebruikers in het Beverwijkse methadonprogramma vorm heeft gekregen.

Wie niet bekend is in Beverwijk zal niet snel zien waar de methadonpost is: geen rolluiken, geen portiers, maar een onopvallend rijtjeshuis. De deur van de methadonpost gaat 's ochtends open zodra een van de

werkers arriveert en sluit pas wanneer de laatste werker weg gaat. Iedereen kan dus zomaar binnenlopen. In de benedenruimte verstrekt een verpleegkundige methadon. Bij haar kan men ook spuiten omruilen en condooms verkrijgen. Wie dat graag wil kan bij haar de urine inleveren om deze te laten controleren op bijgebruik. Urinecontroles zijn alleen de eerste drie keer, bij de start van het programma, verplicht. Mocht iemand om de een of andere reden willen bewijzen dat zij of hij niet bijgebruikt, bijvoorbeeld tegenover familie of voor justitie, dan kan er om urinecontrole gevraagd worden. Sommige mensen maken onregelmatig van de urinecontroles gebruik: "Je hoeft het niet te testen, zet maar een plusje", wordt er dan vaak gezegd.

Boven in het pand is een grote zolderruimte, die door klanten zelf opgeknapt is. Mensen die in het methadonprogramma zitten kunnen daar de hele ochtend koffie drinken. Ook vinden daar activiteiten plaats. Ook op andere manieren is geprobeerd zo min mogelijk controle te laten plaatsvinden. Zo is er bijvoorbeeld geen gescheiden verstrekking aan zogenaamd verschillende soorten druggebruikers. Zoals u waarschijnlijk bekend is, bestaat er in veel grote steden een promotiemodel, waarin een extreem problematische gebruiker moeizaam kan opklimmen tot iemand die van zijn huisarts methadon mag krijgen. In Beverwijk lopen alle druggebruikers tijdens de verstrekking door elkaar. Wel is het zo dat mensen die niets met andere druggebruikers te maken willen hebben, een individuele afspraak met de verpleegkundige kunnen maken voor hun methadonverstrekking. En voor mensen die werken is er 1x per week een avondprogramma. De keuze voor het niet splitsen in soorten gebruikers is vooral op voorspraak van de klanten tot stand gekomen. In de groeps gesprekken, die twee-wekelijks

gevoerd worden en waarin het dagelijkse gebeuren van de methadonpost besproken wordt, maakten zij ons duidelijk dat zij elkaar buiten de methadonpost voortdurend tegenkomen. Op straat is het onderscheid tussen afkicker en onderhoudsklant vaak onduidelijk. Waarom dan op de methadonpost wel zo'n duidelijke scheiding?

Na verloop van tijd bleek dat het niet scheiden van klanten goed werkte. Het voorkwam dat klanten in hokjes terecht kwamen. Het gaf mensen de gelegenheid om van iemand die gigantisch gebruikte opeens afkicker te worden en andersom, zonder dat daar veel ophef over werd gemaakt. Tot op heden komen dus alle klanten door elkaar hun methadon halen. Mijn positie als arts vond ik vaak een moeilijke. Ik liet mensen weliswaar meedenken over de hoogte van de hoeveelheid methadon en of ze meer of minder wilden, maar ik realiseerde me heel goed dat ik de uiteindelijke beslissing nam. Ik voelde me als arts altijd verantwoordelijk voor wat ik aan mensen voorschreef. Een rare positie, want intussen wilde ik wél dat gebruikers zelf de verantwoordelijkheid voor hun druggebruik namen. Eén van de dingen waarbij ik me altijd heb afgevraagd of dat betuttelend was of niet, is dat ik mensen vaak bij me terug liet komen. Al tijdens het eerste gesprek met mensen die nieuw in het programma kwamen, vroeg ik hen wanneer ze me weer wilden zien. Soms was dat heel snel, soms na een aantal weken. Zelf had ik als regel dat ik mensen elke drie of vier weken even wilde spreken om te vragen hoe het met hen ging en of ze iets wilden veranderen aan de hoeveelheid methadon. Op een enkele uitzondering na zag ik iedereen dus regelmatig tot zeer regelmatig. Mijn aarzeling over deze frequente gesprekken werd deels door de klanten zelf weggenomen. Veel mensen vonden het prettig dat er regelmatig gevraagd werd of er iets veranderd

moest worden aan de hoeveelheid methadon. Vooral de mensen die niet kozen voor gesprekken met een maatschappelijk werker (binnen het programma was er geen verplichting daartoe) vonden het prettig dat er gelegenheid was om bepaalde problemen voor te leggen. Om niet de indruk van controle te wekken, liet ik mensen lezen wat ik over deze gesprekken opschreef.

Deze gesprekken gebruikte ik ook om over Aids te praten. In feite sprak ik niet zozeer over Aids, alswel over veilig gebruik. Vanaf het eerste gesprek dat ik met mensen voerde, stelde ik het onderwerp veilig gebruik en veilig vrijen continue aan de orde. Informatie over waar je spuiten en condooms kunt krijgen, wat je moet doen als je echt nergens een schone spuit kan krijgen en wat je met een oude spuit kunt doen als er geen container in de buurt is, kwam in deze gesprekken aan de orde. Maar niet alleen tijdens het spreekuur werd er over veilig gebruik en veilig vrijen gesproken. Ook in de groepsgesprekken waarover ik u net vertelde, kwamen deze onderwerpen uitgebreid aan de orde. Als hulpverleners kozen we er bewust voor om het gesprek over Aids niet te beperken tot druggebruik, maar om ook onderwerpen als seksualiteit of zwangerschap ter sprake te brengen. Een video over veilig vrijen van Veronica zorgt nou eenmaal voor meer animo dan een droog verhaal over Aids.

Om het niet bij woorden alleen te laten, werd besloten een spuitenomruilsysteem in Beverwijk op te zetten. Condooms werden al door ons verstrekt. De verstrekking van spuiten bleek echter op verzet bij enkele teamleden te stuiten. Er bleken binnen het team twee visies op hulpverlening te bestaan, die toen het om spuiten-verstrekking ging lijnrecht tegenover elkaar stonden. De ene visie was dat je mensen zo goed mogelijk door de tijd, dat ze drugs

gebruiken, heen moet helpen; zorgen dat ze er zo min mogelijk schade aan overhouden. Een andere visie was dat mensen zo snel mogelijk moesten afkicken. Dat zo snel mogelijk was in de loop der jaren wel iets minder snel geworden, maar het idee dat we mensen bij hun verslaving zouden helpen -door hen spuiten te geven- dat ging deze hulpverleners toch te ver. Het compromis dat gevonden werd, namelijk om spuiten elders te verstrekken, werkte niet. Het punt waar men ruilde was slechts één uur per dag open en bovendien hadden de klanten weinig zin om wéér bij andere mensen terecht te moeten. Tenslotte is de spuitenomruil toch in de methadonpost zelf gekomen. De door sommige voorziene problemen zijn uitgebleven. De spuitenomruil is een normaal onderdeel van de hulpverlening geworden. Verhalen die ik van anderen hoor dat gebruikers elkaar voor uitsloper uitmaken omdat hij of zij schone spuiten of condooms gebruikt, heb ik in Beverwijk nooit gehoord. Eén van de redenen daarvoor zou kunnen zijn dat de Beverwijkse scene, waar mensen elkaar vaak van jongsaf aan kennen, maakt dat gebruikers meer verantwoordelijk voor elkaar zijn. Anderzijds denk ik dat het gemak waarmee door de hulpverleners over druggebruik en seksualiteit gesproken werd, het taboe bij de klanten om over beide openlijk te spreken, heeft doorbroken. Overigens met de kanttekening, dat als iemand moeilijk over seksualiteit of druggebruik sprak, daar voorzichtiger mee om gesprongen werd. Ook hierbij geldt dat het programma een aantal basisregels heeft, maar dat daar per individu van afgeweken kan worden. Ik wil mijn misschien rooskleurig klinkende verhaal over Beverwijk eindigen met de wat trieste constatering dat de op handen zijnde fusie tussen het CAD Haarlem en het CAD Alkmaar waarschijnlijk een einde maakt aan de laagdrempeligheid van dit project. De eis voor uniforme-

ring van alle hulpverleningsprojecten zal het bijzondere van Beverwijk om zeep helpen.

Toch hoop ik dat ik u met het voorbeeld van de Beverwijkse drughulpverlening een idee heb gegeven wat onder acceptatie van druggebruikers verstaan kan worden. Samenvattend zou ik willen zeggen dat Aidsvoorlichting binnen de hulpverlening alleen zin heeft als de hulpverlener belangstelling voor de druggebruiker heeft en zich in diens situatie in kan leven. De hulpverlener zal moeten vermijden op de stoel van de bewaarder van de openbare orde te gaan zitten. Controle op bijgebruik of op de precieze aantallen vuile spuiten, die men wil ruilen, staat haaks op het vertrouwen dat nodig is om voorlichting te geven. Een individuele benadering van de druggebruiker, waarbij hij of zij de kans krijgt om op zijn of haar eigen manier hulp te krijgen, is daarbij van belang. Ook het respecteren van misers van klanten, bijvoorbeeld een keer te laat komen, en het niet rigide hanteren van regels zijn manieren om aan klanten te laten zien dat men hen serieus neemt.

Zonder belangstelling en openheid voor het leven van degene die om hulp komt is het onmogelijk een vertrouwensrelatie op te bouwen. Pas als de gebruiker weet dat hij van de hulpverlener op aan kan, zal hij

openstaan voor diens informatie en voor diens mening. Alle informatie is echter zinloos als de middelen om Aids te voorkomen niet voorhanden zijn. Ik zou dan ook willen pleiten voor een zo ruim mogelijke verstrekking van schone spuiten en condooms. Alleen binnen de eigen instantie op gezette tijden spuiten ruilen en condooms verstrekken, is niet voldoende. In overleg met de plaatselijke apotheken kan naar regelingen voor noodsituaties gezocht worden. Sommige apotheken en drogisten zijn ook bereid tijdens winkeluren spuiten te ruilen. Aan individuele gebruikers, die vertellen vaak op onmogelijke tijden zonder schone spuit te zitten, kan in mondeling contact uitgelegd worden hoe men in dit soort noodsituaties de spuit en naald kan reinigen.

Een sfeer van acceptatie, een continue, mondelinge informatieoverdracht en het ruim beschikbaar stellen van middelen leveren mijns inziens de beste garantie voor een effectieve Aidsvoorlichting. Alleen als de druggebruiker weet wat de risico's zijn en de mogelijkheid heeft om deze risico's te voorkomen, kan hij in vrijheid beslissen of hij veilig wil gebruiken en veilig wil vrijen.

Marli Huijer

Aidspreventie in de gebruikerswereld

Dames en Heren, ik wil het vanmorgen hebben over Aidspreventie in de gebruikerswereld. Achtereenvolgens zal ik bespreken hoe Aidspreventie er momenteel uitziet en hoe Aidspreventie er volgens ons als gebruikersorganisatie uit zou moeten zien. In het eerste gedeelte van mijn ver-

haal probeer ik aan te geven hoe Aidspreventie organisatorisch moet worden ingericht. Ik zal duidelijk maken waarom Aidspreventie -wil ze effectief zijn- buiten de drughulpverlening om moet worden georganiseerd. Aansluitend hierop zal ik in het tweede gedeelte van mijn verhaal