

## **Verslag minisymposium drugserelateerde gezondheidsincidenten**

Regelmatig doen zich (ernstige) drugserelateerde gezondheidsincidenten voor, maar een landelijke registratie en analyse hiervan ontbreekt. Een monitor van drugserelateerde gezondheidsincidenten zou hierin meer inzicht verschaffen en bovendien informatie uitwisseling tussen verschillende medische instantie mogelijk maken. Het doel van de beoogde monitor is te vinden in de presentatie "monitordrugsincidenten".

Het afgelopen half jaar is er een pilot uitgevoerd om erachter te komen of een dergelijk monitor organisatorisch haalbaar zou zijn. Dit minisymposium is met name georganiseerd ter afsluiting van deze pilot.

Alle deelnemende instanties uit Amsterdam, Nijmegen, Groningen en Enschede én Educare/EMS zijn daarom uitgenodigd om hierbij aanwezig te zijn. Verder hebben we een aantal professionals uit het veld (GGD, IVZ, met wie wij meestal al contacten hadden via het DIMS netwerk) ook gevraagd om aanwezig te zijn. Voor hen is het ook belangrijk om op de hoogte te zijn van deze monitor en daarnaast staan wij zeer open voor input vanuit al deze verschillende hoeken.

Zoals het er nu uitziet is de kans erg groot dat de monitor een vervolg gaat krijgen, waarbij we dit jaar inzetten op de uitbreiding van nog één regio (Eindhoven) en volgend jaar met nog 4 regio's (welke dat precies gaan zijn moeten we nog uitzoeken) Het idee is om met een beperkt aantal regio's geografisch gezien en "uitgaansgebiedtechnisch" gezien een zo compleet mogelijk en representatief beeld van Nederland te krijgen. De regio's moeten zo gekozen worden dat er een aantal typische uitgaansgebieden vertegenwoordigd zijn, 1 of 2 grensgemeentes, en verder een aantal aanvullende kleinere steden met een typisch uitgaanscircuit. Voorwaarde moet wel zijn dat er een ziekenhuis aanwezig is.

Resultaten pilot (zie bijgevoegde presentatie "*pilotdrugsincidenten*")

Uitsplitsing per instantie is op dit moment helaas nog niet mogelijk. Maar dit zal in de toekomst, zodra er meer incidenten worden gemeld, waarschijnlijk wel beter mogelijk zijn. Met behulp van de monitor willen we de deelnemende instanties op de hoogte brengen van de algemene resultaten en daarnaast willen we meer aandacht besteden aan specifieke informatie per regio/instantie, informatie uitwisseling aan medisch personeel en artsen: herkenning en behandeling drugsincidenten, en belangrijke trends die we uit de monitor maar ook via het DIMS-netwerk signaleren.

Discussiepunten:

- "Mate van intoxicatie": indeling van de categorieën nog eens onder de loep nemen, omdat score GHB nu waarschijnlijk vaak niet klopt. Letten op vitale functies, ABC en/of EMV score? Verschilt per type instantie.
- "type drugs/middel": zo kort mogelijke lijst, anders (nog meer) onderrapportage
- Traumata onder vertegenwoordigd (van 776 incidenten 63 traumata). Worden meestal niet uitgevraagd als patiënt t niet zelf aandraagt. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat er meer traumata geïncludeerd worden?
- Huisartsen herkennen incidenten niet goed. Daarnaast ook organisatorisch lastig om deze groep te bereiken.
- Politie ziet heel vaak alcohol incidenten, drugs veel mindere mate. Veel geweldincidenten. Ook vaak weinig know-how. → Aanvullende info: artikel Kees Das "*EDS NTvG*"
- Meer focus op uitbreiding kennis van drugs herkennen en behandelen (SOSA opleiding ambulance heeft geen drugs-onderdeel)
- Onderrapportage doordat drugs (en ook type middel) vaak niet wordt herkend
- Uitvragen toerist is belangrijk. Goed om preventie op juiste doelgroep te richten.
- Van pilot geen persbericht, wel als monitor straks goed loopt.

Conclusie pilot: uit de resultaten van de pilot blijkt dat de beoogde monitor haalbaar lijkt en bovendien meer informatie oplevert dan tot nu toe voorradig was. Uit de pilot blijkt verder dat een aantal geïncludeerde instanties (huisartsen, hotelartsen, en politieartsen uit bepaalde regio's) geen/weinig incidenten zien en daarom dus bij de voortgang geexcludeerd zullen worden. De instanties die het meest informatieve informatie leveren voor deze monitor zijn, naast Educare en EMS, de ziekenhuizen en ambulancediensten (en in Amsterdam ook de GGD politieartsen). Voor elke nieuwe regio willen we ons dus puur richten op het stadsziekenhuis en de dienstdoende ambulancedienst.

Presentatie Mevr. Kamal, verslavingsarts Novadic-Kentron (zie bijgevoegde presentatie "GHB Kamal")

- Incidenten met GHB vaak onervaren GHB gebruikers, verslaafden weten precies hoeveel ze wanneer moeten nemen!
- GHB probleem waarschijnlijk vooral in rurale gebieden, maar echte cijfers ontbreken
- Verslaafden vaak echt veel gebruikers: 45 gram/dag
- Bij Novadic-Kentron worden verslaafden behandeld met GHB → weinig/geen psychoses
- GHB wordt gebruikt door diverse groep mensen enerzijds als uitgaansdrug, maar ook door (spieropbouwende) bodybuilders. Het is niet duidelijk of GHB zelf echt spieropbouwend is of dat het komt doordat men onder invloed meer (en langer) krachtinspanning aankan
- Over het verloop van het afhankelijkheidspatroon is weinig bekend. GHB verslaafden zie je niet veel op eerste hulp, omdat zij hun gebruik goed kunnen reguleren en niet snel out gaan.
- In 2005 had Novadic-Kentron de eerste client in de kliniek. Sinds 2007 wordt het aantal clienten bijgehouden. Verwachting is niet dat het aantal afneemt
- Verslaafd aan GHB (dan treden onthoudingsverschijnselen op) raakt men gemiddeld na een dagelijkse inname van 125/150 ml GHB gedurende 4 weken
- In de verslavingszorg ziet men veel combinatiegebruik van GHB met cocaïne en ook wel ketamine

Presentatie Dhr. Gorzeman en Mevr. Bink, OLVG (zie bijgevoegde presentatie "symposium OLVG ")

- Gepresenteerde resultaten zijn preliminair en moeten nog worden uitgewerkt
- OLVG voert soms urinetest uit ter verificatie (of als patiënt lange tijd buiten bewustzijn is), in meeste gevallen klopt deze met wat patiënt aangeeft te hebben gebruikt
- GHB is niet te testen
- Bij melding "iets in drankje gedaan" is de indruk dat het in meeste gevallen gewoon om teveel alcohol gebruik gaat. Meten van ethanol spiegel is weinig maatgevend voor klachten (is individueel namelijk erg verschillend).
- EMV (=eye, movement, verbal) score vormt beeld over intoxicatie

Presentatie Dhr. Krul, Educare (zie bijgevoegde presentatie "symposium Krul")

- Traumata bijna altijd gerelateerd met alcohol gebruik
- Levensbedreigende situaties: allemaal middelen gerelateerd, opwindingsdelier komt hierbij vaak voor (zie ook "EDS NTvG"), hyperthermie komt zelden voor

- Hoe kan het verschil wat dit betreft in wat Educare/EMS vindt en wat in de literatuur beschreven wordt worden verklaard? Krul: Nederlander is calvinistisch gebruiker, verder zeker ook door goede voorlichting en goede voorzieningen.
- GHB op feesten vanaf 2000, in 700 van de 10.000 EHBO bezoeken. Hypothermie komt vaak voor. Bij alléén GHB gebruik een lage EMV score, bij combinatiegebruik met een stimulerend middel EMV score van gemiddeld 8.
- Veel GHB gebruik bij Gay-scene, deze groep is ouder en eigenwijs en laat zich niet graag voorlichten
- Van EHBO bezoeken worden postcodes genoteerd. Veel Amsterdamse postcodes. Laatste tijd ook veel buitenlandse gebruikers (toeristen).

Korte presentatie Dhr. Tibor Brunt. Hij zal de monitor waarnemen als Neeltje Vogels met zwangerschapsverlof is (aug t/m nov).

De laatste jaren is er sprake van een forse toename van levamisol als versnijdingsmiddel in de cocaïne. Levamisol is een ontwormingsmiddel, wat grootschalig wordt toegepast in de veeteelt. Daarnaast wordt het als therapeutisch adjuvants gebruikt om het immuunsysteem van chronisch zieken (denk aan kanker) te verbeteren. Er zijn signalen vanuit Canada en Noord-Amerika dat levamisol zorgt voor agranulocytose bij chronisch cocaïnegebruikers (met name rokers van crack). Zie voor een korte klinische studie naar deze effecten het artikel van Zhu et al, 2009.

Zaak is om hier alert op te zijn ook in de Nederlandse situatie, ongeveer 30% van de snuifcocaïne bevat namelijk levamisol. Het vermoeden is dat de basecoke markt eenzelfde verhouding laat zien, aangezien dit vaak wordt bereid vanuit de cocaïne-HCl.

Voor vragen over de monitor, het symposium of het verslag:

Neeltje Vogels ([nvogels@trimbos.nl](mailto:nvogels@trimbos.nl))

Tibor Brunt ([tbrunt@trimbos.nl](mailto:tbrunt@trimbos.nl))

Esther Croes ([ecroes@trimbos.nl](mailto:ecroes@trimbos.nl))

Website: [www.drugsincidenten.nl](http://www.drugsincidenten.nl)