

Vergaderjaar 2002–2003

24 077

Drugbeleid

Nr. 113

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,
WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 februari 2003

Op 9 september 2002 (VWS02-1082) heeft de Gezondheidsraad het advies «Medicamenteuze interventies bij drugsverslaving» uitgebracht. Dit advies is reeds aan de Kamer aangeboden. Hierbij stuur ik u mijn standpunt op het advies.

Inleiding

De eerste adviesaanvraag aan de Gezondheidsraad over dit onderwerp dateert van 6 april 1993, waarin de toenmalige Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur verzocht om een advies over de «toepassing van (genees)middelen bij de behandeling van drugsverslaving». Op verzoek van VWS heeft de Gezondheidsraad zich eerst gebogen over een deelonderwerp daarvan, namelijk de verstrekking van heroïne als een van de mogelijke behandelingen in de verslavingszorg. Dat heeft geleid tot het onderzoek van de CCBH en uiteindelijk het kabinetsstandpunt Vernieuwing behandeling heroïneverslaving van 12 maart 2002 (TK 24 077, nr. 102).

Dit Gezondheidsraadadvies betreft de *medicamenteuze* interventies bij drugsverslaving.

Het advies gaat over de verschillende behandeldoelstellingen en de medicamenteuze behandelmogelijkheden, zowel bij opiaat- als bij cocaïneverslaving. Daarnaast gaat de Gezondheidsraad in op de bredere behandeling van verslaafden en de voorwaarden voor optimale zorg. Het eerste gedeelte van het advies betreft dus vooral de medische behandeling; het tweede gedeelte over de (organisatie van de) verslavingszorg in het algemeen heeft een breder karakter. Op de aanbevelingen op dit punt en mijn beleid hierop, ga ik in aan het eind van mijn standpunt.

De Gezondheidsraad ziet verslaving als een tot chroniciteit neigende, recidiverende hersenaandoening die pas kan ontstaan wanneer zich een ongunstige combinatie voordoet van biologische factoren (zoals erfelijk-

heid en aanleg), psychologische kenmerken en sociaal-culturele omstandigheden.

Er zijn in Nederland tussen de 25 000 en de 29 000 heroïneverslaafden. De overgrote meerderheid van hen gebruikt ook cocaïne. Het is niet bekend hoeveel mensen primair aan cocaïne verslaafd zijn, wel is bekend dat 28 000 mensen het wel eens gebruiken. Geschat wordt dat hooguit 20% van degenen die het middel gebruiken eraan verslaafd raakt.

De Gezondheidsraad gaat eerst in op de opiaatverslaving. Vervolgens gaat het advies in op cocaïneverslaving. Tenslotte geeft de Gezondheidsraad aanbevelingen over de verslavingszorg in brede zin.

I. Opiaten

Behandeldoelstellingen

De Gezondheidsraad onderscheidt een hiërarchie van doelstellingen, die loopt van genezing via stabilisatie naar palliatie. Bij de behandeling van verslaving moet aandacht besteed worden aan verschillende aspecten: craving¹, onthoudingsverschijnselen, tolerantie en sensibilisatie.

- Genezing (cure)

Onder genezing wordt verstaan het bereiken van stabiele abstinentie. Dit doel wordt nagestreefd in twee fases: detoxificatie en terugvalpreventie. Detoxificatie kan volgens de Gezondheidsraad het beste klinisch gebeuren, in een periode van ongeveer drie weken. Als medicatie bij detoxificatie raadt de Gezondheidsraad in de eerste plaats methadon aan, om onthoudingsverschijnselen tegen te gaan. Men vervangt de heroïne door een equivalente dosering methadon en bouwt die geleidelijk af. Wanneer detoxificatie niet lijkt te slagen, wordt aangeraden over te gaan op buprenorfine. Lofexidine kan worden gebruikt bij patiënten van wie wordt ingeschat dat het opiaatgebruik snel kan worden afgebouwd of bij wie methadon en buprenorfine om medische redenen niet kan worden gebruikt. Ten aanzien van snelle detoxificatie met naltrexon wacht de Gezondheidsraad het EDOCRA-onderzoek af, waarvan de definitieve resultaten begin 2003 bekend zullen zijn². Wel wijst de Gezondheidsraad op de heftige onthoudingsverschijnselen die kunnen optreden bij behandeling met naltrexon.

Op dit moment is alleen methadon beschikbaar voor de Nederlandse verslavingszorg.

Buprenorfine is al wel toegelaten als geneesmiddel, maar alleen met de indicatie van post-operatieve pijnbestrijding en bovendien niet beschikbaar in adequaat gedoseerde sublinguaal tabletten³. Lofexidine is (nog) geen toegelaten geneesmiddel in Nederland.

¹ Craving is de sterke, vaak niet te beheersen hunkering naar (het effect van) drugs. Het optreden van craving is een exclusief kenmerk van verslaving.

² EDOCRA is een van de drie onderzoeksprojecten waarover het kabinetsstandpunt Vernieuwing behandelingen heroïneverslaving gaat. Op basis van de voorlopige resultaten die in februari 2002 zijn gepresenteerd, heeft het kabinet besloten te stoppen met afkicken onder narcose (en naltrexon), maar wel door te gaan met het verdere onderzoek naar snelle detoxificatie met (alleen) naltrexon.

³ Op dit moment zouden verslaafden die toch buprenorfine gebruiken, een zeer groot aantal tabletten (ongeveer 60) per dag onder hun tong moeten innemen.

Na de detoxificatie moet worden geprobeerd terugval te voorkomen. Terugvalpreventie werkt volgens drie algemene principes: het verminderen van het positieve effect van de verslavende stof; vermindering van craving en het veroorzaken van een aversieve reactie bij gebruik van de drug. Naltrexon lijkt het beste middel volgens het eerste principe. Naar naltrexon loopt nog het EDOCRA-onderzoek. Ter vermindering van craving wordt gebruik gemaakt van antidepressiva. Voor het bewerkstelligen van een aversieve reactie zijn bij opiaatverslaving geen middelen beschikbaar. Medicamenteuze terugvalpreventie moet veelal een jaar worden voortgezet, gerekend vanaf het moment van de laatste terugval. Mede gelet op de lange behandeling die nodig is, raadt de Gezondheidsraad detoxificatie alleen aan als de vervolgbehandeling kan worden gega-randeerd.

De Gezondheidsraad doet de volgende aanbevelingen op het gebied van genezing van opiaatverslaving:

- hanteer een afbouwperiode van enkele maanden, dit verkleint de kans op terugval;
- stel buprenorfine en lofexidine beschikbaar voor de verslavingszorg. Over afkicken met behulp van naltrexon worden geen aanbevelingen gedaan, gelet op het lopende onderzoek.

- **Zorg/stabilisatie (care)**

Wanneer genezing van verslaving (nog) niet haalbaar is, moet de behandeling zich richten op zorg en stabilisatie. Het verstrekken van een onderhoudsdosis medicatie is onderdeel van die behandeling. Doel ervan is het doen stoppen van (bij)gebruik van drugs of in ieder geval het gebruik ervan in de hand te houden. De medicatie moet zodanig gedoseerd zijn dat geen onthoudingsverschijnselen optreden en dat craving wordt voorkomen of verminderd. De Gezondheidsraad stelt dat de dosering van de medicatie individueel moet worden bepaald en vaak langdurig, in sommige gevallen zelfs levenslang, nodig zal zijn.

Buprenorfine acht de Gezondheidsraad aan het begin van een onderhoudsbehandeling het eerst aangewezen middel. Degenen die niet optimaal reageren en degenen die langdurig hoge doses drugs hebben gebruikt, zouden methadon moeten krijgen. Voor langdurig verslaafde patiënten die op andere wijze niet te helpen zijn, acht de Gezondheidsraad behandeling met heroïne – onder duidelijk omschreven voorwaarden – een goede behandeling.

- **Palliatie**

Onder palliatie verstaat de Gezondheidsraad het bestrijden van symptomen en het verzachten van het lijden van langdurig, zwaar verslaafde en vaak ernstig zieke patiënten bij wie genezing of stabilisatie niet meer haalbaar is. Wanneer deze patiënten aan heroïne verslaafd zijn en de behandelend arts het geïndiceerd acht, zou als onderdeel van de behandeling heroïne(equivalent) voorgeschreven moeten kunnen worden.

Ik onderschrijf de aanbevelingen van de Gezondheidsraad. Wanneer verslaving, zoals de Gezondheidsraad stelt, een tot chroniciteit neigende, recidiverende aandoening is, betekent dit dat voor een deel van de verslaafden volledige abstinentie (nog) niet haalbaar is. Zorg en stabilisatie, met de daarbij behorende vervangende medicatie, acht ik dan aangewezen.

Wat betreft de afbouw heb ik in het gezamenlijke standpunt met Justitie op het advies van de Gezondheidsraad over de behandeling van drugsverslaafde gedetineerden (van 5 december 2002), al aangegeven dat bij de behandeling van verslaafden ook in detentie, rekening gehouden moet worden met een lange periode voor afbouw en abstinentiebehandeling. Wat betreft de middelen buprenorfine en lofexidine: er is, met name naar buprenorfine, al veel (buitenlands) onderzoek verricht. Ook wordt buprenorfine in de veel andere Europese landen en in de Verenigde Staten al voorgeschreven in de verslavingszorg. Het College ter beoordeling van Geneesmiddelen heeft een eerdere aanvraag van de fabrikant voor de toelating van buprenorfine echter afgewezen. Er is inmiddels nieuw onderzoek. Op basis van dit onderzoek kan opnieuw een aanvraag worden ingediend. VWS heeft in de aanvraag voor de toelating van een geneesmiddel echter geen rol.

Voor de behandeling met heroïne op medische indicatie verwijs ik naar het kabinetsstandpunt van 12 maart 2002. Inmiddels is de Commissie Invoeringsaspecten Heroïnebehandeling (CIBH) ingesteld, die de bestuurlijke, organisatorische en financiële voorwaarden onderzoekt waaronder heroïnebehandeling als onderdeel van de verslavingszorg kan worden

ingevoerd. De CIBH zal in mei 2003 haar advies aan het kabinet uitbrengen. Een kabinetsstandpunt over de voortzetting en eventuele uitbreiding van de heroïnebehandeling zal zo snel mogelijk naar de Kamer worden gestuurd, zodat de Kamer zich tijdig kan uitspreken over de mogelijke voortzetting van de heroïnebehandeling na 2003.

II. Cocaïne/Polydruggebruik

Cocaïne veroorzaakt weinig lichamelijke afhankelijkheid; de belangrijkste effecten ervan zijn psychisch. Wel leidt cocaïnegebruik snel tot tolerantie en nemen veel cocaïnegebruikers daarnaast alcohol, cannabis of heroïne om de soms heftige effecten van cocaïne te dempen.

De Gezondheidsraad constateert dat er tot op heden geen effectieve farmacotherapeutische behandeling mogelijk is bij cocaïneverslaving. Dit betekent niet dat er geen enkele behandeling succesvol is bij cocaïneverslaving: motiverende gespreksvoering is de belangrijkste nieuwe ontwikkeling op het gebied van psychosociale behandelingen. Deze interventie is vooral gericht op het in stand houden van de motivatie om geen verslavende stoffen meer te gebruiken, het verbeteren van sociale vaardigheden, het leren omgaan met negatieve emoties en het verminderen van craving als reactie op druggerelateerde stimuli. Aangetoond is dat gedragstherapie bij verschillende psychiatrische aandoeningen (waaronder verslaving) het functioneren van de hersenen kan beïnvloeden; de hiermee bereikte resultaten zijn vergelijkbaar met die welke medicamenteuze therapie teweeg kan brengen.

De Gezondheidsraad beveelt aan om nader onderzoek te laten doen naar de mogelijkheden voor medicamenteuze behandeling van verslaving van cocaïne.

In de behandeling van polydrugverslaving dienen patiënten geïnformeerd te worden over de risico's van gebruik van tabak en met name alcohol naast cocaïne.

Ik onderschrijf deze aanbevelingen van de Gezondheidsraad. Binnen het Programma Verslaving van Zon/Mw is een aantal onderzoeken opgenomen dat zich richt op het ontstaan en de hardnekkigheid van verslaving en de genetische, psychische en omgevingsfactoren daarbij. Ook is er binnen dit programma een onderzoek naar de outreachende hulpverleningstrategieën voor gebruikers van gekookte cocaïne. Bij het overleg over de voortzetting van het programma Verslaving van Zon/Mw en de prioriteiten voor onderzoek, heb ik aangegeven dat onderzoek naar cocaïneverslaving prioriteit heeft.

III. Behandeling van verslaafden (in brede zin)

De Gezondheidsraad stelt dat het voorschrijven van geneesmiddelen maar één aspect vormt van de behandeling van drugsverslaving. De beste resultaten worden bereikt wanneer de behandeling zich richt op zowel de biologische als de psychologische en de sociale aspecten. In het advies doet de Raad onder andere de volgende aanbevelingen om te komen tot optimale zorg voor verslaafden:

- Verslavingszorg moet, net als de overige gezondheidszorg, zoveel mogelijk evidence based zijn.
- Verslavingszorg is in eerste instantie medische zorg. Wanneer aan patiënten medicatie (zoals methadon) wordt voorgeschreven, dient aan de instelling een arts verbonden te zijn. Daarnaast is een speciaal opgeleide verpleegkundige, een (consulterend) psychiater en een toezichthoudend apotheker nodig.

- Drugshulpverlening moet, als de zorgvraag daartoe aanleiding geeft, zeven dagen per week bereikbaar zijn.
- Ontwikkelen van een aparte aantekening «verslavingszorg» voor basisartsen, huisartsen en specialisten is wenselijk.
- Tot slot doet de Gezondheidsraad nog een aanbeveling over de financiering van de ambulante verslavingszorg: volgens de Gezondheidsraad moet deze ambulante zorg als reguliere gezondheidszorgvoorziening worden gefinancierd.

Met deze aanbevelingen snijdt de Gezondheidsraad een aantal bredere onderwerpen aan, die de verslavingszorg in algemene zin betreffen. Ik wil hier graag ingaan op het beleid dat ik op deze thema's zal inzetten of al heb ingezet.

- Ik onderschrijf de stelling dat verslavingszorg zoveel mogelijk evidence based moet zijn. Het project Resultaten Scoren van GGZ Nederland is hier grotendeels op gericht¹. Dit project zal ik met twee jaar verlengen, tot en met 2005. In die periode zal de medische inbreng worden vergroot. GGZ Nederland heeft al aangegeven daartoe een verbinding te leggen met de Vereniging voor Medische verslavingsgeneeskundigen en het platform eerste geneeskundigen in de verslavingszorg. De protocollen die tot nu toe zijn ontwikkeld binnen Resultaten Scoren, richten zich veelal op gedragtherapeutische interventies. In de komende jaren zullen protocollen worden ontwikkeld die zich richten op medicamenteuze interventies (zie ook het volgende punt). Ook zal een protocol worden ontwikkeld voor de medische indicatiestelling. Tenslotte richt veel onderzoek binnen het programma Verslaving van Zon/Mw zich op de medisch-biologische aspecten van verslaving en terugvalpreventie.
- Versterken van de medische verslavingszorg in het algemeen en van de rol van verpleegkundigen en artsen in de verslavingszorg in het bijzonder is noodzakelijk. Daartoe heb ik het vooronderzoek «medische zorg in de verslavingszorg» gefinancierd. Dit onderzoek is uitgevoerd door GGZ Nederland en de Vereniging Verslavingsgeneeskunde. Het eindrapport is inmiddels gereed. Op basis van de aanbevelingen hieruit worden binnenkort twee voorstellen worden ingediend: één voor de inventarisatie en het opstellen van protocollen voor medische en verpleegkundige interventies en één gericht op beroepsontwikkeling. Dit laatste voorstel betreft een meerjarig project gericht op de professionalisering van de verslavingsgeneeskunde (onder andere het opzetten van een curriculum, het starten van een opleiding tot de aantekening «verslavingszorg» en registratie). Hoewel curriculumontwikkeling in eerste instantie een verantwoordelijkheid is van de betrokken beroepsgroep zelf, zal ik dit traject financieel ondersteunen. In mijn brief aan de Kamer over de nieuwe beroepsstructuur in de geestelijke gezondheidszorg, van 11 juli 2001, heb ik al aangegeven dat in een aantal gevallen functiedifferentiaties in de ggz uitgewerkt moeten worden. De verslavingsarts heb ik daarbij met name genoemd.
- Wat betreft de bereikbaarheid van de verslavingszorg: met name in het kader van de herziening van de methadonprogramma's en de heroïnebehandeling wordt hieraan aandacht besteed. Bereikbaarheid van (laagdrempelige) zorg en opvang voor verslaafden is mede een verantwoordelijkheid van de centrumgemeenten. Overigens speelt het punt van de bereikbaarheid ook bij alcoholhulpverlening. Het extra alcoholzorggeld dat met ingang van 2002 structureel wordt ingezet, wordt vooral besteed aan laagdrempelige hulp. Daarnaast lopen er pilots met avondspreekuren in de alcoholzorg.
- De aanbeveling over de financiering van de ambulante verslavingszorg is bezijden het onderwerp van de adviesaanvraag. Ik wil in dit verband graag wijzen op het evaluatierapport dat ik aan de Kamer heb gestuurd van prof. Fleurke van de Vrije Universiteit, over de specifieke uitke-

¹ Resultaten Scoren is het kwaliteits- en innovatieproject van de sector verslavingszorg en wordt door VWS gesubsidieerd. Binnen Resultaten Scoren werken de instellingen samen in drie ontwikkelcentra: kwaliteit en innovatie van zorg, kwaliteit en innovatie van preventie en sociale verslavingszorg.

ringen voor onder andere verslavingsbeleid¹. Centrumgemeenten ontvangen een specifieke uitkering op basis van de Welzijnswet voor maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid. Onder verslavingsbeleid moet volgens de Welzijnswet worden verstaan: ambulante verslavingszorg, preventie en bestrijding van overlast door verslaafden. Volgens het rapport is er geen aanleiding om het stelsel van de specifieke uitkeringen aan te passen. Wel zal ik in het licht van de modernisering van de ggz en de verslavingszorg, waarvan deel uitmaakt het voornemen het curatieve deel van de ggz en de verslavingszorg over te hevelen naar het tweede compartiment, de doelmatigheid en doeltreffendheid van de huidige wijze van financiering van de ambulante verslavingszorg opnieuw bezien.

Hoewel met name het traject voor de versterking van de medische verslavingszorg en de beroepsontwikkeling nog een aantal jaren in beslag zal nemen, ben ik ervan overtuigd dat door het ingezette beleid de medamenteuze behandeling van drugsverslaving de benodigde impuls zal krijgen.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C. I. J. M. Ross-van Dorp

¹ *Selectieve decentralisatie en de zorg voor kwetsbare groepen*; een bestuurskundig onderzoek naar de werking van het bestuurlijke stelsel op het terrein van de maatschappelijke opvang, het verslavingsbeleid en de vrouwenopvang. Vrije Universiteit Amsterdam, 2002. Rapport is met de reactie van VWS op 10 oktober 2002 aan de Kamer gestuurd.