



KONINKLIJKE ACADEMIE
VOOR GENEESKUNDE VAN BELGIË

Paleis der Academiën
HERTOGSSTRAAT 1 – 1000 BRUSSEL
Tel. 02/550 23 00 Fax 02/550 23 13
E-mail: academiegeneeskunde@vlaanderen.be
Website: www.academiegeneeskunde.be

ADVIES

over twee wetsvoorstellen betreffende druggebruik*

1. Inleiding

Op 20 mei 2015 vroeg de commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing van de Kamer van volksvertegenwoordigers het schriftelijk advies van de Koninklijke Academiën voor Geneeskunde van België over de volgende twee wetsvoorstellen:

1° Wetsvoorstel tot aanvulling van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van gifstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, psychotrope stoffen, ontsmettingsstoffen en antiseptica en van de stoffen die kunnen gebruikt worden voor de illegale vervaardiging van verdovende middelen en psychotrope stoffen, met het oog op de **wettelijke erkenning van gecontroleerde verbruiksruimtes voor druggebruikers**;

2° Wetsvoorstel tot aanvulling van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van gifstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, psychotrope stoffen, ontsmettingsstoffen en antiseptica en van de stoffen die kunnen gebruikt worden voor de illegale vervaardiging van verdovende middelen en psychotrope stoffen, met het oog op de **wettelijke erkenning van de begeleide behandeling met diacetylmorfine**.

In de adviestekst die volgt, worden achtereenvolgens beide wetsvoorstellen behandeld.

De Academiën wensen zich, als adviesorganen in dienst van de volksgezondheid, te beperken tot de medisch-wetenschappelijke basis van deze thema's en spreken zich niet uit over de ethische, criminologische en economische aspecten ervan. Evenmin nemen zij een standpunt in betreffende de depenalisering van het gebruik van illegale middelen.

2. Advies over de wettelijke erkenning van gecontroleerde verbruiksruimtes voor druggebruikers

In de toelichting bij het wetsvoorstel wordt uitgelegd dat gecontroleerde verbruiksruimtes geneeskundige structuren zijn die drugsverslaafden in staat stellen de producten die ze op straat kochten te gebruiken onder toezicht van opgeleid personeel en in goede hygiënische omstandigheden. Ze zijn ontstaan in gebieden waar openbaar druggebruik problemen stelde voor de gezondheid van de gebruikers en voor overlast binnen de lokale gemeenschap zorgde.

Eurotox en de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) halen in hun respectieve publicaties “Les salles d’injection supervisées” (1) uit 2013 en “Visietekst Gebruiksruimtes” (2) van september 2014 een

* Het advies werd voorbereid door een gemeenschappelijke commissie voor advies, samengesteld uit Marc Bogaert, Paul Cosyns, Piet Herdewyn, Arnold Herman, Greet Ieven, Eveline Lescrinier, Bernard Sabbe en Simon Scharpé voor de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België en Eric Constant, Albert Dresse, Augustin Ferrant en Dominique Lamy voor de Académie royale de Médecine de Belgique.

De vaste commissie voor de uitoefening van de adviesbevoegdheid van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, samengesteld uit Peter Bols, Guy De Backer, Dominique Declerck, Joke Denekens, Bernard Himpens (voorzitter), Greet Ieven (algemeen secretaris), Jo Lambert, Geneviève Laureys, Simon Scharpé, Ben Van Camp, Dirk Van Raemdonck en Brigitte Velkeniers keurde het advies goed op 30 januari 2016.

aantal argumenten aan om dergelijke ruimtes onderdeel te maken van een integraal drugbeleid. De wetenschappelijke evidentie is gestoeld op studies en ervaringen uit het buitenland, onder meer beschreven in het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) rapport (3) en binnenlands cijfermateriaal, waaronder de jaarlijkse bevragingen van het project Spuitenruil. De recentste cijfers en resultaten kunnen worden geraadpleegd op de website van het EMCDDA, gewijd aan deze “drug consumption rooms” (<http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms>).

Vier positieve effecten van verbruiksruimtes worden opgesomd in de rapporten van Eurotox en VAD:

1. Verbetering van de gezondheidstoestand van druggebruikers door middel van monitoring en educatie en het voorkomen van (her)besmettingen met bloedoverdraagbare aandoeningen.
2. Vermindering van het aantal (fatale) overdosissen (in Vlaanderen goed voor 39% van de druggerelateerde overlijdens tussen 1998 en 2010).
3. Bieden van een toegangspoort tot andere hulpverlening, zoals gezondheidszorg en drughulpverlening.
4. Positieve impact op de publieke ruimte door een afname van het risicovolle openbare druggebruik en het druggerelateerd zwerfvuil.

Er worden tevens vier te verwachten nadelen/risico's van verbruiksruimtes vermeld. Verhoging van druggebruik en initiatie van nieuwe gebruikers konden niet worden aangetoond, terwijl er weinig evidentie is voor het normaliseren van druggebruik en het aantrekken van gebruikers van buiten de eigen stad/wijk en dealers.

Bovendien blijkt uit de Spuitenruilbevraging van 2014 dat er een noodzaak leeft bij de gebruikers (n=254): 77% geeft aan gebruik te willen maken van dergelijke voorzieningen.

Eurotox en VAD besluiten dat verbruiksruimtes een zinvolle aanvulling zijn op het palet aan voorzieningen op vlak van drughulpverlening. Een verbruiksruimte dient steeds sterk geïntegreerd te zijn in de lokale, integrale aanpak van het drugsfenomeen.

Momenteel zijn er in de Europese Unie 86 verbruiksruimtes, waaronder 31 in Nederland en 24 in Duitsland. In het voorjaar van 2015 werden zij in Frankrijk toegelaten voor een proefperiode van zes jaar. Door het ontbreken van een wettelijk kader voor de organisatie van verbruiksruimtes in België, is de uitbating ervan momenteel illegaal.

Gebaseerd op de uitgebreide wetenschappelijke evidentie in het voordeel van verbruiksruimtes besluiten de Academiën dat zij zich kunnen vinden in de voorgestelde aanvulling van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van gifstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, psychotrope stoffen, ontsmettingsstoffen en antiseptica en van de stoffen die kunnen gebruikt worden voor de illegale vervaardiging van verdovende middelen en psychotrope stoffen, met het oog op de wettelijke erkenning van gecontroleerde verbruiksruimtes voor druggebruikers zodat het voor de organisatoren en beoefenaars van geneeskunde in verbruiksruimtes niet langer verboden en strafbaar is om voor een ander het gebruik van bedoelde verdovende stoffen gemakkelijker te maken door het verschaffen daartoe van een lokaal of door enig ander middel.

De Academiën voegen hieraan toe dat er een wettelijke regeling dient te worden uitgewerkt die zorgverleners, werkzaam in de verbruiksruimtes, vrijstelt van verantwoordelijkheid indien er blijvende gevolgen zouden zijn na complicaties die optreden na het gebruik van drugs waarvan de kwaliteit ongekend is.

3. Advies over de wettelijke erkenning van de begeleide behandeling met diacetylmorfine

De bedoeling van dit wetsvoorstel is te zorgen voor een wettelijke erkenning van de begeleide behandeling met diacetylmorfine (DAM, farmaceutische heroïne) van patiënten die zwaar verslaafd zijn aan drugs en die resistent zijn tegen bestaande behandelingen. Het onderwerp van dit wetsvoorstel verschilt fundamenteel van de gecontroleerde verbruiksruimtes uit het eerste wetsvoorstel. Waar de verbruiksruimtes een laagdrempelige eerstelijnsopvang bieden aan druggebruikers, gaat het hier over een medische tweedelijnsbehandeling van een kleine populatie van heroïnegebruikers die niet onder controle te brengen is met de gangbare substitutiebehandeling met methadon of buprenorfine.

De wetenschappelijke evidentie voor de werkzaamheid van de behandeling met DAM is terug te voeren tot twee overzichtspublicaties. Ten eerste een recente meta-analyse en systematic review in het British Journal of Psychiatry van gerandomiseerde onderzoeken met controlegroep (RCTs) naar de werkzaamheid van medisch gecontroleerde heroïneverstrekking via injectie (4). De RCTs werden geïdentificeerd in verschillende databanken. Uiteindelijk voldeden zes RCTs aan de inclusiecriteria. Over alle onderzoeken heen verbeterde de behandeling met

injecteerbare heroïne het resultaat van de behandeling (“treatment outcome”): er werd een grotere afname in het gebruik van illegale straatheroïne waargenomen bij deze patiënten tegenover de controlegroepen, die een onderhoudsbehandeling met methadon ontvingen. De gepoolde effectschatting wees uit dat heroïneverstrekking via injectie werkzaam is voor de behandeling van heroïneverslaving die ongevoelig is voor de standaardbehandelingsmethoden. De behandeling vereist echter wel meer klinische omkadering wegens de kans op ernstige bijwerkingen, zoals ademhalingsdepressie en convulsies. De auteurs benadrukken in hun conclusie dat het gaat om een intensieve behandeling van een specifieke populatie: “This intensive intervention is for a patient population previously considered unresponsive to treatment. Inclusion of this low-volume, high-intensity treatment can now improve the impact of comprehensive healthcare provision.”.

Een tweede belangrijke overzichtspublicatie is een Cochrane review van acht RCTs naar de werkzaamheid van medisch gecontroleerde heroïneverstrekking via injectie, al dan niet in combinatie met methadonverstrekking, in vergelijking met standaardbehandeling met methadon (5). Hier luidt de conclusie dat de beschikbare evidentie een kleine meerwaarde suggereert van de toediening van heroïne naast aanpasbare dosissen methadon aan langdurige opiaatgebruikers die ongevoelig zijn voor standaardbehandelingsmethoden. Dit vertaalt zich in een daling van het gebruik van straatheroïne en andere illegale substanties en van de kans om in de gevangenis te belanden, en in een stijging in retentie voor behandeling. Opnieuw waarschuwen de auteurs voor het hoger aantal ernstige bijwerkingen, waardoor dit type behandeling voorbehouden zou moeten blijven als laatste redmiddel voor personen wiens heroïneverslaving niet onder controle te krijgen is met de standaard substitutiebehandelingen.

In het lijvige dossier Medisch Gecontroleerde Heroïneverstrekking (6), dat eveneens opgebouwd is rond voornoemde onderzoeken, concludeert VAD dat de verbeteringen zich voornamelijk op volgende vlakken situeren:

1. Stijging in retentie voor behandeling
2. Grote daling in gebruik van straatheroïne, in gebruik van andere illegale middelen zoals cocaïne en in alcoholgebruik
3. Verbeteringen in algemene gezondheid, psychologisch welzijn en sociaal functioneren
4. Daling van betrokkenheid in criminele activiteiten en detentie
5. Lagere mortaliteit
6. Daling in bedreiging van volksgezondheid en veiligheid

Geen enkele van deze studies werd uitgevoerd in België. Het voorliggend wetsvoorstel baseert zich grotendeels op de bevindingen van de Luikse TADAM-studie (Treatment-Assisted by DAM), de eerste en enige RCT die de Belgische situatie in beeld brengt (7). De werkzaamheid van medisch gecontroleerde heroïneverstrekking werd vergeleken met deze van bestaande substitutiebehandelingen met orale methadon bij zware heroïneverslaafden (n=74) met een voorgeschiedenis van een gefaalde methadonbehandeling. De duur van de studie bedroeg 12 maanden, met verschillende tussentijdse evaluatiemomenten. In tegenstelling tot de buitenlandse onderzoeken, waarin de heroïne onder de injecteerbare vorm werd toegediend, werd hier 93% van de experimentele groep (volgens eigen keuze) behandeld met DAM via inhalatie en slechts 7% met DAM via injectie. Ondanks de gunstige resultaten op de tussentijdse evaluatiemomenten (verbruik van straatheroïne, gezondheidstoestand, delinquentie) was het verschil tussen de controlegroep en de experimentele groep niet langer statistisch significant op het laatste meetpunt (na 12 maanden).

Wegens het fundamentele verschil in proefopzet tussen de TADAM studie (hoofdzakelijk verstrekking via inhalatie) en de beschikbare wetenschappelijke literatuur (hoofdzakelijk verstrekking via injecties) kan deze studie niet als enige referentie genomen worden voor het uitstippelen van een beleid.

De Academiën benadrukken dat de behandeling van de kleine groep moeilijk bereikbare en vaak weinig therapietrouwe chronische heroïneverslaafden meer inhoudt dan enkel medisch gecontroleerde heroïneverstrekking. Het opzetten en organiseren van centra voor de begeleide behandeling met DAM vraagt een hoge inzet van personeel en middelen. Personeel dient zeven dagen op zeven beschikbaar te zijn en dat meermaals per dag. De dagelijkse behandelingskosten per patiënt in het Luikse DAM-centrum bedroegen gemiddeld 133 euro (indien 100 patiënten waren behandeld, zou het om een bedrag van 46 euro zijn gegaan). Daar tegenover staat dat de dagelijkse kostprijs voor een patiënt die een methadonbehandeling volgt tussen de 9 en 14 euro geraamd wordt (8).

Desalniettemin wensen de Academiën enkele aanbevelingen te doen over de begeleide behandeling met DAM:

- Zoals aangetoond in buitenlandse studies heeft de begeleide behandeling met injecteerbare DAM wel degelijk een meerwaarde ten opzichte van de orale behandeling met methadon voor een beperkte populatie die ongevoelig is voor de gangbare substitutietherapie.
- Voor een werkbare implementatie in België van de begeleide behandeling met injecteerbare DAM is er nood aan een consensus over het algoritme van de zorg (selectie patiënten, registratie, ...) tussen alle centra betrokken bij de organisatie.
- De plaatsen waar DAM wordt toegediend moeten in elk geval aansluiten op een medische zorgenheid gezien de mogelijke ernstige bijwerkingen, zoals ademhalingsdepressie en convulsies, en ingebed zijn in de basiszorg aan verslaafden. Deze plaatsen mogen enkel dienen voor de toediening van DAM op medisch voorschrift (en niet van methadon) aan deze specifieke populatie.
- Bij de eventuele opstart van de begeleide behandeling met DAM dient meteen een onafhankelijke wetenschappelijke evaluatie van de resultaten ingebouwd te worden om het project desgewenst te kunnen bijsturen.
- In elk geval dient de zinvolheid van een dergelijk initiatief, dat slechts een klein aantal resistente verslaafden bereikt maar een aanzienlijk budget vereist, afgewogen te worden tegenover het gebruik van deze belangrijke financiële middelen voor andere preventieprojecten en basiszorg aan een grotere doelgroep van verslaafden.

Literatuurlijst

1. Rubwu M, Hogge M. Les salles d'injection supervisées. In: L'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles, Rapport 2011-2012, Eurotox asbl, maart 2013, 101-124.
2. Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen. Gebruiksruimtes: visie vanuit het gezondheidsperspectief, definitie, doelstellingen, modaliteiten. September 2014. URL: <http://www.vad.be/media/2091806/visietekst%20gebruiksruimte%202014.pdf>
3. Hedrich D, Kerr T en Dubois-Arber F. 'Drug consumption facilities in Europe and beyond', in Rhodes, T. and Hedrich, D. (eds), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA Scientific Monograph Series No. 10, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2010, pp. 305–31. URL: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_157300_EN_emcdda-harm%20red-mon-ch11-web.pdf
4. Strang J, Groshkova T, Uchtenhagen A, van den Brink W, Haasen C, Schechter MT, Lintzeris N, Bell J, Pirona A, Oviedo-Joekes E, Simon R, Metrebian N. Heroin on trial: systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addiction. *The British Journal of Psychiatry* 2015;207:5-14.
5. Ferri M, Davoli M, Perucci CA. The Cochrane Collaboration: Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. *The Cochrane Library* 2012, 5.
6. Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen. Dossier Medisch Gecontroleerde Heroïneverstrekking. 2014. URL: <http://www.vad.be/alcohol-en-andere-drugs/onderzoek/dossiers/medisch-gecontroleerde-heroïneverstrekking.aspx>
7. Demaret I, Quertemont E, Litran G, Magoga C, Deblire C, Dubois N, De Roubaix J, Charlier C, Anseau M. Efficacy of Heroin-Assisted Treatment in Belgium: A Randomised Controlled Trial. *European Addiction Research* 2015;21:179-187.
8. Demaret I, Litran G, Magoga C, Deblire C, De Roubaix J, Quertemont E, Van Caillie D, Dubois N, Lemaitre A, Anseau M. Project TADAM, eindrapport, 2007-2013. Oktober 2013. URL: http://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/160844/16/TADAM%20RptFin%26Samenvattingen_NL.pdf