

lekkage. Deze te verwachten complicatie zal op haar beurt weer tot een abces of fistel kunnen leiden. Bij conservatieve behandeling sluit de cholecystoduodenale fistel vaak vanzelf na migratie van de stenen en opheffing van de ileus.<sup>5-7</sup> Cholecystectomie à froid is alleen dan gerechtvaardigd als de klachten persisteren en de algehele toestand van de patiënt goed is.<sup>16</sup>

Dames en Heren, wanneer zich een patiënt meldt met nausea, vomitus en vage obstructieve buikklachten, kunnen vele differentiaaldiagnostische mogelijkheden worden overwogen. Galsteenileus is een goed beschreven, maar ongewoon geachte vorm van darmobstructie, waar differentiaaldiagnostisch niet altijd aan wordt gedacht. Toch is deze aandoening verantwoordelijk voor maximaal 25% van alle gevallen van dunnedarmileus bij de bevolking tussen de 65 en 75 jaar. Radiologische kenmerken op een gewone buikoverzichtsfoto kunnen subtiel zijn en snel gemist worden, waarbij de CT-scan vaak een waardevolle aanvulling is. Pneumobilie is hierbij het belangrijkste röntgencriterium.

---

#### abstract

*A form of ileus unusual except in the aged?* – Two women aged 88 and 92, recently admitted to hospital, were diagnosed with gallstone ileus. Over a longer period of time they had suffered intermittently from abdominal pain related to a migrating and impacting stone. This disease is mostly diagnosed correctly during exploratory laparotomy for persistent intestinal obstruction. CT scanning, however, is a new and helpful way to early diagnosis. Both women had successful surgery. Gallstone ileus is a disease of the elderly; its early diagnosis is important. CT can be very helpful in this respect.

---

#### literatuur

- 1 Sabiston. Textbook of surgery. 15th ed. Philadelphia: Saunders; 1977. p. 915-23.
- 2 Swift SE, Spencer JA. Gallstone ileus: CT findings. Clin Radiol 1998;53:451-4.
- 3 Manner M, Stickel W. Ultraschallkriterien des Gallensteinileus. Chirurg 1998;69:270-3.
- 4 Kaiser AM. Gallstone ileus [letter]. N Engl J Med 1997;336:879-80.
- 5 Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. Am Surg 1994;60:441-6.
- 6 Wig JD, Suri S. A good computed tomography in gallstone ileus. J Clin Gastroenterol 1997;24:58-9.
- 7 Rodriguez-Sanjuan JC, Casado F, Fernandez MJ, Morales DJ, Naranjo A. Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus. Br J Surg 1997;84:634-7.
- 8 Oskam J, Heitbrink M, Eeftink Schattenkerk M. Intermittent gallstone ileus following endoscopic biliary sphincterotomy. A case report. Acta Chir Belg 1993;93:43-5.
- 9 Loren I, Lasson A, Nilsson A, Nilsson P, Nirhov N. Gallstone ileus demonstrated by CT. J Comput Assist Tomogr 1994;18:262-5.
- 10 Rigler LG, Borman CN, Noble JF. Gallstone obstruction: pathogenesis and roentgen manifestations. JAMA 1941;117:1753-9.
- 11 Garcia-Lopez S, Sebastian JJ, Urizarrena R, Solanilla P, Artigas JM. Successful endoscopic relief of large bowel obstruction in a case of a sigmoid colon gallstone ileus. J Clin Gastroenterol 1997;24:291-2.
- 12 Lasson A, Loren I, Nilsson A, Nirhov N, Nilsson P. Ultrasonography in gallstone ileus: a diagnostic challenge. Eur J Surg 1995;161:259-63.
- 13 Keeling-Roberts CS. Gallstone ileus: CT findings [letter]. Clin Radiol 1998;53:934-5.
- 14 Seal ECJ, Creagh MF, Finch PJ. Gallstone ileus: a new role for abdominal computed tomography. Postgrad Med J 1995;71:313-5.
- 15 Rao PM, Rhea JT, Rattner DW, Venus LG, Novelline RA. Introduction of appendiceal CT: impact on negative appendectomy and appendiceal perforation rates. Ann Surg 1999;229:344-9.
- 16 Hillo M van, Vliet JA van der, Wiggers T, Obertop H, Terpstra OT, Greep JM. Gallstone obstruction of the intestine: an analysis of ten patients and a review of the literature. Surgery 1987;101:273-6.

Aanvaard op 7 oktober 1999

---

#### Capita selecta

### *Het Nederlandse onderzoek naar de effectiviteit van heroïne op medisch voorschrift; achtergronden, onderzoeksopzet en eerste ervaringen*

w.van den brink, v.m.hendriks, p.blanken en j.m.van ree

Heroïne werd in 1972 in Nederland in het drugsgebruikerscircuit geïntroduceerd. De eerste jaren beperkte het gebruik zich tot een kleine groep Nederlanders, die de heroïne vrijwel uitsluitend intraveneus injecteerden. De

---

Samenvatting: zie volgende bladzijde.

---

Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden, Universiteitsweg 100, 3584 CG Utrecht.

Prof.dr.W.van den Brink, arts-epidemioloog (tevens Academisch Medisch Centrum, Amsterdam en Amsterdam Institute for Addiction Research, Amsterdam); dr.V.M.Hendriks (tevens Psychomedisch Centrum Parnassia, Den Haag) en drs.P.Blanken, psychologen; prof.dr.J.M.van Ree, psychofarmacoloog (tevens Universiteit Utrecht, Rudolf Magnus Instituut, Utrecht).

Correspondentieadres: prof.dr.W.van den Brink (e-mail ccbh@med.uu.nl).

onafhankelijkheid van Suriname in 1975 ging gepaard met een grote stroom migranten die hun toevlucht in Nederland zochten. Veel Surinaamse jongeren in de grote stad raakten betrokken bij de straathandel in drugs en een aanzienlijk deel van hen raakte zelf verslaafd. In tegenstelling tot autochtone Nederlanders injecteerden zij de heroïne niet, maar inhaleerden zij de heroïnedampen die vrijkomen nadat heroïnebase wordt verwarmd; een methode die ook wel bekend staat als 'chinezen' of 'chasing the dragon'. In de periode die

---

### samenvatting

– Nederland heeft op dit moment naar schatting 25.000 heroïneverslaafden; ongeveer 70% is in contact met de hulpverlening, de resterende 30% heeft de weg naar de hulpverlening nog niet gevonden, zegt geen hulp nodig te hebben of heeft de hoop op een betere toekomst opgegeven.

– Van de groep die wel in behandeling is, probeert 30% het gebruik van opiaten te staken door deelname aan ambulante en klinische programma's die gericht zijn op volledige abstinentie. De resterende 70% heeft de kans op volledige abstinentie (voorlopig) opgegeven en neemt deel aan een methadononderhoudsprogramma dat meestal is gericht op stabilisatie van het gebruik, het voorkómen van gezondheidsschade en het bevorderen van maatschappelijke integratie. Bij tweederde van deze groep lukt dat echter niet of onvoldoende. Voor deze groep wordt al jaren gezocht naar aanvullende behandelopties. Heroïne op medisch voorschrift is zo'n optie. Op dit moment is echter niet bekend of dit een effectieve interventie is.

– Het Nederlandse onderzoek naar de effectiviteit van heroïne op medisch voorschrift bestaat uit 2 gerandomiseerde klinische onderzoeken: een met rookbare en een met injecteerbare heroïne. Daarbij ontvangen 625 (375 rokers en 250 spuiters) chronische, therapieresistente heroïneverslaafden afkomstig uit een methadononderhoudsprogramma 7 dagen per week, 3 keer per dag gedurende 6-12 maanden heroïne (in combinatie met 1 maal daags orale methadon). Het onderzoek wordt uitgevoerd in 8 behandel eenheden in 6 steden in Nederland (Amsterdam, Den Haag, Groningen, Heerlen, Rotterdam en Utrecht).

– Op dit moment zijn de eerste 180 patiënten gerandomiseerd. Tijdens de behandeling hebben zich tot nu toe geen medische complicaties voorgedaan en er zijn geen onoverkomelijke problemen geweest ten aanzien van de openbare orde, de beheersbaarheid of de veiligheid. De deelnemers houden zich goed aan het protocol en het onderzoeksteam beschikt over gegevens van 85% van alle 2-maandelijks metingen.

---

daarop volgt, neemt het aantal verslaafden aan heroïne snel toe, tot naar schatting 30.000 in 1983.<sup>1</sup> Sindsdien lijkt het aantal verslaafden aan heroïne tamelijk stabiel, met een lichte daling in de laatste jaren.<sup>2</sup>

De meeste onderzoekers en beleidsmakers gaan ervan uit dat er op dit moment in Nederland ongeveer 25.000 heroïneverslaafden zijn. Het gaat daarbij om een relatief stabiele populatie, waarin de gemiddelde leeftijd elk jaar met ongeveer 10 maanden toeneemt. In 1997 bedroeg de gemiddelde leeftijd van de patiënten in het methadononderhoudsprogramma in Amsterdam en in Rotterdam respectievelijk bijna 39 en bijna 35 jaar. Vrijwel allen zijn verslaafd aan meerdere middelen, hebben in het algemeen al een (groot) aantal vrijwillige en soms ook al een aantal min of meer gedwongen afkickpogingen achter de rug, nemen vaak al vele jaren met wisselend succes deel aan een methadononderhoudsprogramma en lijden vaak aan psychiatrische stoornissen (schizofrenie, depressie) en/of somatische aandoeningen (hepatitis, aids, chronische obstructieve longziekte (COPD)).<sup>2</sup> In de meeste steden wordt de heroïne nog maar door een kleine minderheid van de verslaafden gespoten, de meerderheid (80-85%) chineest.

In dit artikel beschrijven wij het onlangs opgezette Nederlandse onderzoek naar het effect van behandeling

met medisch voorgeschreven heroïne en methadon vergeleken met methadon alleen bij chronische therapieresistente heroïneverslaafden.

### het huidige zorgaanbod

De Nederlandse verslaafdenzorg heeft een uitgebreid en goed toegankelijk behandelaanbod met een scala aan doelstellingen en interventies. Voor verslaafden die willen stoppen met het gebruik van heroïne bestaat er een breed aanbod, variërend van vijf geprotocolleerde gesprekken en ambulante ontgifting tot een zeer langdurige klinische opname in een therapeutische gemeenschap, of een klinische ontgifting onder algemene anesthesie gevolgd door langdurige ambulante begeleiding. Gedetineerden kunnen tijdens de detentie bovendien op eigen verzoek op een drugvrije verslavingsbegeleidingsafdeling (VBA) worden geplaatst als voorbereiding op een drugvrije behandeling na het uitzitten van de straf.

*Methadonprogramma.* Er zijn echter ook verslaafden die (na vele afkickpogingen) niet meer willen stoppen of denken dit niet meer te kunnen. Zij kunnen zich laten inschrijven bij een methadononderhoudsprogramma met als doel om via het staken of verminderen van het gebruik van heroïne en andere (illegale) middelen en met behulp van psychosociale interventies (onder andere scholing, werk, huisvesting) te komen tot verbetering van de gezondheidstoestand en maatschappelijke reïntegratie.

*Gebruikruimten/sociale pensions.* Voor verslaafden die ook dit niet op kunnen brengen of onvoldoende baat hebben bij deelname aan een methadonprogramma worden in steeds meer gemeenten zogenaamde gebruikruimten en sociale pensions voor verslaafden ingericht, waar het gecontroleerd gebruik van illegale middelen is toegestaan op voorwaarde dat er geen verstoring van de openbare orde optreedt.

*Resultaten.* Op dit moment blijkt ongeveer 70-80% van alle heroïneverslaafden deel te nemen aan één of meer hulpverleningsprogramma's en is 20-30% nog niet of niet meer in contact met de zorg.<sup>3</sup> Een deel van de laatste groep bezoekt de gebruikruimten of kan aangetroffen worden in één van de speciale pensions. Van de groep die wel in behandeling is, heeft naar schatting 70% uitsluitend contact met een methadononderhoudsprogramma, terwijl de resterende 30% probeert af te kicken. Uit onderzoek dat in 1988 werd uitgevoerd, bleek verder dat 36% (n = 4000) van de patiënten in een methadonprogramma door de hulpverleners werd beoordeeld als 'gereguleerd' (slechts beperkt gebruik van illegale middelen, een zekere mate van maatschappelijke integratie en geen verstoring van de openbare orde), 40% als 'niet-gereguleerd' (frequent gebruik van illegale middelen en beperkte sociale integratie) en 24% als 'extreem problematisch' (zeer frequent gebruik van illegale middelen en veel crimineel gedrag).<sup>4</sup> Deze situatie lijkt anno 1999 niet veel te zijn veranderd en kan – gezien de thans veel hogere doseringen methadon – niet alleen worden toegeschreven aan te lage doseringen methadon.<sup>3</sup>

## de behoefte aan aanvullende behandelingsmogelijkheden

Uit het voorgaande komt naar voren dat het uitgebreide en goed toegankelijke Nederlandse hulpverleningsstelsel voor een substantieel deel van de verslaafden geen oplossing blijkt te bieden en dat er dus behoefte bestaat aan verbeteringen in de bestaande behandelingen en aan uitbreiding van het hulpverleningsarsenaal.<sup>5</sup> Dat laatste blijkt ook uit de vele pogingen om aan bepaalde groepen heroïneverslaafden, naast orale methadon, andere opiaten voor te schrijven. Eind jaren zeventig schreef een Amsterdamse arts bijvoorbeeld al intraveneuze morfine en amfetaminen voor aan enkele chronische heroïneverslaafden. Na een lange en verhitte discussie en de sluiting van het dagcentrum waar de arts aanvankelijk was begonnen met het voorschrijven van injecteerbare morfine, werd in 1983 in Amsterdam begonnen met een onderzoek, waarbij aan 37 chronisch verslaafden – naast orale methadon – injecteerbare morfine werd verstrekt. In diezelfde periode kondigde de Amsterdamse gemeenteraad plannen aan voor een proef met het voorschrijven van heroïne aan ongeveer 300 verslaafden. De regering ging echter niet akkoord met deze plannen en de proef werd niet uitgevoerd. De behandeling met intraveneuze morfine bleek in ongeveer de helft van de gevallen een positief effect te hebben.

In 1990 werd een tweede poging gedaan om het medicamenteuze behandelarsenaal uit te breiden. Dit keer werd in Amsterdam aan 30 ernstig verslaafde aidspatiënten injecteerbare methadon voorgeschreven. De behandeling werd in bijna de helft van de gevallen wegens problemen met de patiënten voortijdig door de behandelaren beëindigd. De resterende patiënten lijken in het algemeen wel baat te hebben gehad bij deze nieuwe behandeling.

In 1995 begon de Amsterdamse GG&GD met het voorschrijven van orale dextromoramide (Palfium) aan een groep zeer langdurig verslaafde therapieresistente patiënten uit het methadononderhoudsprogramma, die hun heroïne uitsluitend inhaleerden.<sup>6</sup>

Geen van de zojuist beschreven experimenten is wetenschappelijk afdoende geëvalueerd en het is, ondanks de meestal gematigd positieve berichten, moeilijk in te schatten wat de effectiviteit van deze kleinschalige initiatieven is geweest. Uit een Zwitsers experiment naar de effectiviteit van heroïne en andere opiaten komt bovendien duidelijk naar voren dat wanneer patiënten de keuze krijgen tussen heroïne en andere roesopiaten, hun voorkeur duidelijk uitgaat naar heroïne.<sup>7</sup>

## de effectiviteit van heroïne op medisch voorschrift

Over de effectiviteit van heroïne op medisch voorschrift is nog maar weinig bekend. Tot begin jaren zeventig werd het voorschrijven van heroïne in Groot-Brittannië gezien als één de standaardbehandelingen voor verslaafden die niet wilden of konden stoppen met hun gebruik. In de jaren daarna werd heroïne als onderhoudsbehandeling geleidelijk vrijwel volledig vervangen door intraveneuze en later door orale methadon.

De belangrijkste gegevens over de mogelijke effectiviteit van heroïne bij de behandeling van verslaafden zijn afkomstig uit het al eerder aangehaalde recente Zwitserse onderzoek.<sup>7</sup> In de periode januari 1994-december 1996 werd aan 1146 heroïneverslaafden gedurende tenminste 18 maanden injecteerbare heroïne voorgeschreven. Ruim tweederde van alle deelnemers aan het onderzoek bleef de hele periode in behandeling en bij hen was sprake van substantiële verbeteringen op vrijwel alle terreinen: veel minder gebruik van illegale heroïne en cocaïne, duidelijke verbeteringen in de lichamelijke en psychische toestand, een sterke toename van het aantal patiënten met stabiele huisvesting en regulier werk en tenslotte een aanzienlijke vermindering van het criminele gedrag. Er was geen overlast rondom de behandelposten en in enkele referenda gaf de bevolking massaal steun aan voortzetting van deze nieuwe vorm van behandeling. Zonder het belang van het Zwitserse onderzoek te willen bagatelliseren, moet toch gezegd worden dat het enkele belangrijke beperkingen heeft.<sup>8</sup> Er is tot op heden bijvoorbeeld geen goede (gerandomiseerde) controlegroep beschikbaar en de resultaten zijn gebaseerd op een vergelijking binnen één groep van de situatie voor en na de behandeling met heroïne op recept. Bovendien gaat het om een gecombineerde interventie, waarbij er naast heroïne op medisch voorschrift ook een sterk geïntensiveerd aanbod van psychosociale interventies was. Als gevolg daarvan kan niet worden vastgesteld of de waargenomen positieve effecten (deels) het resultaat zijn van deelname aan het onderzoek of van het intensieve aanbod van de psychosociale interventies.

Tenslotte is voor Nederland nog van groot belang dat het onderzoek met rookbare heroïne in Zwitserland is mislukt door een te geringe biologische beschikbaarheid van heroïne via het roken van in heroïne gedrenkte sigaretten (deze is bij roken 10-15%; bij chinezen 45-50%).

## het actuele nederlandse onderzoek naar heroïne op medisch voorschrift

Op dit moment wordt in Nederland een medisch-wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van orale methadon ten opzichte van orale methadon plus heroïne. Daarbij wordt een ultieme poging gedaan om tegemoet te komen aan de beperkingen van het Zwitserse onderzoek om zodoende een overtuigend antwoord te krijgen op de vraag of toevoeging van heroïne op medisch voorschrift aan het reeds bestaande behandelarsenaal kan bijdragen aan een verbetering van het bestaan van chronische heroïneverslaafden die tot nu toe geen of onvoldoende baat hebben gehad bij het bestaande behandelingsaanbod (tabel 1). Daartoe worden twee parallelle onderzoeken uitgevoerd: één met verslaafden uit een methadonprogramma die ondanks het gebruik van orale methadon nog (bijna) dagelijks illegale heroïne spuiten en één met een vergelijkbare groep verslaafden die nog (bijna) dagelijks illegale heroïne inhaleren. Er wordt daarbij gebruikgemaakt van een gerandomiseerde wachtlijstopzet, waarbij tenslotte alle

TABEL 1. Inclusie- en exclusiecriteria in een Nederlands onderzoek naar de resultaten van heroïne op medisch voorschrift

<i>inclusiecriteria</i>	<i>exclusiecriteria</i>
1. therapieresistente afhankelijkheid van heroïne – heroïneafhankelijkheid > 5 jaar – minimaal 50 (inhaleren) of 60 (spuiten) mg methadon per dag gedurende tenminste 4 weken in laatste 5 jaar – minimaal 30-50 contacten met methadonprogramma in laatste jaar – (bijna) dagelijks gebruik van illegale heroïne – slechte lichamelijke of geestelijke gezondheid of beperkingen in sociaal functioneren 2. heroïne wordt voornamelijk gespoten of geïnhaled 3. tenminste 25 jaar oud 4. legaal in Nederland verblijvend 5. tenminste 3 jaar geregistreerd in gemeente 6. bereid om tenminste 3 keer per week te komen voor het gebruik van heroïne 7. schriftelijke 'informed consent'	1. niet voldoen aan alle inclusiecriteria 2. ernstige somatische, psychiatrische of sociale problemen die contra-indicatie voor de behandeling met heroïne vormen 3. ernstige somatische, psychiatrische of sociale problemen die uitvoering van het onderzoek belemmeren 4. agressie blijvend uit herhaalde verwijdering uit methadonprogramma's 5. zwanger of zogend 6. niet bereid om aan 2-maandelijke metingen deel te nemen 7. beperkte levensverwachting 8. verslaving aan andere stof belangrijker 9. tenminste 2 maanden vrijwillige abstinentie in afgelopen jaar 10. meer dan 150 mg methadon per dag nodig 11. meer dan 1000 mg pure heroïne per dag nodig

deelnemers aan het onderzoek tenminste 6 maanden orale methadon en heroïne aangeboden krijgen (tabel 2). In het rookprotocol zitten 3 onderzoeksgroepen, in het spuitprotocol 2. Dat laatste heeft te maken met het beperkte aantal heroïneverslaafden dat nog (bijna) dagelijks heroïne spuit.

Na de selectie en een kwalificatieperiode van maximaal 2 maanden worden er in totaal 625 patiënten gerandomiseerd: 375 (3 groepen) die de voorgeschreven heroïne in de behandelpost na verwarming inhaleren (chinezzen) en 250 (2 groepen) die deze in de behandelpost spuiten. De deelnemers worden gerekruteerd in verschillende steden in Nederland. In de periode dat de deelnemers aan het onderzoek heroïne krijgen voorgeschreven, kunnen zij deze 7 dagen per week maximaal 3 keer per dag komen gebruiken. Per sessie kan maximaal 400 mg pure heroïne gebruikt worden, terwijl per dag niet meer dan 1000 mg van het middel wordt voor-

geschreven. Voor de deelnemers in alle onderzoeksgroepen is eenzelfde en in omvang en kwaliteit toereikend aanbod aan psychosociale hulp beschikbaar.<sup>9</sup>

*Potentiële effecten.* Behalve de vraag naar de effecten van het medisch gecontroleerd gebruik van heroïne gedurende 6 en 12 maanden wordt in dit onderzoek ook gekeken naar de effecten van het stoppen van een dergelijke behandeling. Van patiënten bij wie na 6 of 12 maanden geen verbetering is geconstateerd, mag men, gezien de ervaringen in het Zwitserse onderzoek, niet verwachten dat hun situatie later alsnog zal verbeteren en het ligt dan ook voor de hand om deze patiënten niet langer heroïne voor te schrijven. Bij de groep die wel goed reageert op de behandeling met heroïne zijn er wellicht patiënten die volledig zijn gestabiliseerd en niet terugvallen in het oude gedrag (met verslechtering van de gezondheid en de sociale integratie) na het stoppen van de behandeling. Ook voor hen lijkt continuering van de behandeling met heroïne niet langer geïndiceerd. Terugkeer naar een methadononderhoudsprogramma of een op abstinentie gerichte behandeling ligt bij hen meer voor de hand. Tenslotte is er dan nog de groep die goed lijkt te reageren op de behandeling met heroïne, maar die na het stoppen van deze behandeling snel terugvalt in het oude gedrag en van wie gezondheid en sociale integratie weer verslechteren. Voor deze groep is het mogelijk om op grond van een individuele indicatie het voorschrijven van heroïne opnieuw te starten.

*Definitie van succes.* De behandeling met heroïne op medisch voorschrift wordt als succesvol beschouwd wanneer er tussen de experimentele situatie en de controle-situatie na 12 maanden (dat wil zeggen aan het eind van fase II) tenminste een verschil van 20% is in het aantal personen bij wie de behandeling aanslaat ('intention to treat'-analyse;  $\alpha = 0,05$ ;  $\beta = 0,20$ ). De behandeling slaat aan als patiënten die ten opzichte van hun uitgangswaarde bij de start van het onderzoek tenminste 40% zijn verbeterd in gezondheid en/of sociaal functioneren zonder dat er een substantiële toename is van het gebruik van illegale drugs. Deze veranderingen worden met gevalideerde zelfrapportagevragenlijsten vastgelegd door onafhankelijke onderzoeksassistenten en via urineanalyses op drugs en politie- en justitiegegevens gecontroleerd op hun betrouwbaarheid.<sup>8</sup>

TABEL 2. Opzet van het lopende onderzoek naar de effecten van heroïneverstrekking op medisch voorschrift

<i>behandelvorm</i>	<i>kwalificatie fase I, 4-8 weken</i>	<i>gecontroleerde trial</i>		<i>follow-up fase III, 6 maanden</i>
		<i>fase IIa, 6 maanden</i>	<i>fase IIb, 6 maanden</i>	
<i>inhaleerprotocol</i>				
groep A (n = 135)	methadon	methadon	methadon	methadon en heroïne toepasselijke zorg toepasselijke zorg
groep B (n = 115)	methadon	methadon en heroïne	methadon en heroïne	
groep C (n = 125)	methadon	methadon	methadon en heroïne	
<i>injecteerprotocol</i>				
groep A (n = 135)	methadon	methadon	methadon	methadon en heroïne toepasselijke zorg
groep B (n = 115)	methadon	methadon en heroïne	methadon en heroïne	

Methadon = orale methadon; heroïne = heroïnebase bij inhaleerprotocol en heroïne(hydrochloride) bij injecteerprotocol; toepasselijke zorg = standaardbehandeling en heroïne alleen op individuele medische indicatie.



## conclusie

In 1995 verscheen het rapport van de Gezondheidsraad met daarin het voorstel om onderzoek te doen naar de effectiviteit van heroïne op medisch voorschrift. Na overleg met de Tweede Kamer stelde de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in december 1996 de Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden in. Deze commissie diende een protocol op te stellen en het onderzoek te (doen) uitvoeren. Na goedkeuring door de landelijke Kerncommissie Ethiek Medisch Onderzoek werd het definitieve onderzoeksprotocol in augustus 1997 aangeboden aan de minister van VWS. De Tweede Kamer ging in september van dat jaar akkoord met een eerste fase, waarbij in Amsterdam en Rotterdam in totaal 180 patiënten konden deelnemen, van wie er maximaal 50 direct heroïne voorgeschreven zouden krijgen (groep B; zie tabel 2). De resterende patiënten mochten pas gerekruteerd worden als zou blijken dat er in de eerste 3 maanden van het onderzoek zich geen ernstige, onoverkomelijke problemen ten aanzien van de openbare orde en de veiligheid van de patiënten zouden voordoen. In juli en augustus 1998 ging het onderzoek in respectievelijk Amsterdam en Rotterdam van start. In de eerste maanden bleken zich geen ernstige medische problemen of openbare ordeproblemen te hebben voorgedaan en in februari 1999 gaf de Tweede Kamer het groene licht om ook in Den Haag, Groningen, Heerlen en Utrecht van start te gaan met het onderzoek.

Ondertussen zijn ruim 180 patiënten gerandomiseerd en de eersten zijn alweer gestopt met de heroïne op recept. Ook nu hebben zich nog geen problemen op medisch gebied of wat betreft de openbare orde voorgedaan en de medewerking van de patiënten aan het onderzoek is met een opkomst bij de metingen van gemiddeld 85% uitstekend. De resultaten van het onderzoek komen naar verwachting beschikbaar in 2001.

## abstract

*The Dutch study on the effectiveness of medical prescription of heroin: background, research design and first experiences*

– In the Netherlands the total number of heroin addicts amounts to approximately 25,000. Of these about 70% is in contact with the treatment system. The remaining 30% have not been seeking help, believes that no help is needed or has lost faith in a better future altogether.

– Of those who are in treatment, 30% attempt to stop the use of opiates through participation in drug free abstinence oriented outpatient or inpatient treatment programs. The remaining 70% have given up the outlook of a drug free existence at least temporarily, and they participate in a methadone maintenance program directed at stabilizing drug use, harm minimization and social integration. In two-thirds these goals are not or only partially achieved. For these patients additional treatment options are needed. Medical prescription of heroin is such an option. However, currently no data are available on the effectiveness of this option.

– The Dutch study on the effectiveness of medical prescription of heroin is an attempt to obtain these data. In the study, simultaneously two randomized trials are being executed: one with inhalable and one with injectable heroin. In these trials, 625

(375 inhalers and 250 injectors) chronic treatment-resistant heroin addicts who are currently enrolled in a methadone maintenance program are offered heroin (in combination with oral methadone) seven days per week, three times per day for a period of six to twelve months. It is a multi-center study with eight treatment units in six cities in the Netherlands (Amsterdam, The Hague, Groningen, Heerlen, Rotterdam, Utrecht).

– At this moment 180 patients have been randomized. During the treatment no medical complications have been observed and no serious public order or safety problems have occurred. Study participants have been very compliant both with the treatment regimen and the research requirements. The latter is indicated by the fact that 85% of all the two-monthly assessments have been completed.

## literatuur

- 1 Schreuder RF, Broex VMF. Verkenning drugsbeleid in Nederland: feiten opinies en scenario's. Maarssen: Elsevier-De Tijdstroom; 1998.
- 2 Brussel GHA van, Buster MCA, Woude DH van der. Dovend vuur: jaarbericht drugsafdeling 1994-1995. Amsterdam: GG&GD; 1996.
- 3 Brink W van den, Hendriks VM, Ree JM van. Medical co-prescription of heroin to chronic, treatment-resistant methadone patients in the Netherlands. *Journal of Drug Issues* [ter perse].
- 4 Driessen FMHM. Methadonverstrekking in Nederland. Utrecht: Bureau Driessen; 1990.
- 5 Commissie Medicamenteuze Interventies bij Drugverslaving. Het voorschrijven van heroïne aan verslaafden aan heroïne. Den Haag: Gezondheidsraad; 1995.
- 6 Brussel GHA van. Evaluatieverslag Palfium behandeling voor langdurig heroïneverslaafden. Amsterdam: GG&GD; 1997.
- 7 Uchtenhagen A, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A. Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln: Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Zürich: Institute für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich; 1997.
- 8 Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH). Onderzoek naar heroïne op medisch voorschrift. Utrecht: CCBH; 1997.
- 9 Lelij B van der, Driessen FMHM. Psychosociale hulpverlening voor de doelgroep van het heroïneverstrekkingsexperiment. Utrecht: Bureau Driessen; 1998.

Aanvaard op 13 september 1999

## Bladvulling

### *Patiënten kopen*

Het omkopen der boden [ambtenaren belast met het werven van leden voor ziekenfondsen en het innen van de contributies] door de deelnemers gebeurt vaak; een dokters- (of apothekers) bordje aan zijn deur zetten gaat voor een jongen dokter (apotheker) gemakkelijk, doch nu moet hij 'bussen' of 'busleden' hebben om te kunnen leven. Daartoe wendt hij zich tot de directies [van ziekenfondsen], die voor hem naam moeten maken, maar ook tot de boden, met het verzoek hem leden te bezorgen. De directie tracht alsdan naam voor hem te maken; de boden wachten er echter nog een tijd mede om te zien of de hand van den jongen dokter (of apotheker) ook in de portemonnaie grijpt. Zoo dit niet geschiedt, dan bekommeren de boden zich niet om hem en weten hem dit wel te beduiden; in het andere geval, wanneer zij bijv. f 5 of f 10 in hun handen zien glijden of zij voor ieder lid een bepaalde som krijgen (f 0.25) dan beginnen zij te werken en verkondigen luide zijn roem: er is geen beter dokter of apotheker te vinden; zij, de boden, hebben hem ook genomen!

(Berichten Binnenland. Ned Tijdschr Geneesk 1900;44II:37.)