



beeld: Thomas Slijper, HH

Alternatief voor methadon wordt in Nederland nauwelijks verstrekt

Verslaafde heeft geen keuze

Wouter de Jong,
zelfstandig adviseur
(www.bpeno.nl)

Correspondentieadres:
wouterdejong@bpeno.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

De auteur is inhoudelijk en redactioneel verantwoordelijk voor de tekst. Voor de research voor het artikel is hij financieel ondersteund door het farmaceutische bedrijf Schering-Plough.

Opiaatverslaafden die kiezen voor onderhoudsmedicatie, zijn in Nederland aangewezen op methadon. Terwijl drugsverslaafden persoonsgerichte hulp kunnen krijgen, wordt het alternatief voor methadon, buprenorfine, nauwelijks verstrekt. En dat is jammer voor diegenen die niet goed reageren op methadon.

Ruim twee jaar geleden presenteerde het kabinet samen met de vier grootste gemeenten het plan van aanpak Maatschappelijke Opvang, dat een forse impuls moet geven aan de bestrijding van dakloosheid en de vermindering van overlast in steden.¹ In

hun kielzog hebben ook andere grote en middelgrote Nederlandse gemeenten hun plannen (stedelijke kompassen) gemaakt. Kernbegrippen zijn een persoonsgerichte benadering en individuele trajecten voor leden van de doelgroep en een sluitende samenwerking

Buprenorfine lijkt geschikter voor resocialisatiedoelinden

tussen de betrokken organisaties. Daklozen en drugsverslaafden worden aan werk geholpen en geresocialiseerd.

De instellingen voor maatschappelijke opvang en verslavingszorg doen de bulk van het werk. Gemeenten en zorgverzekeraars voeren een strakke regie, want er moeten meetbare resulta-

ten worden behaald. Naast een vermindering van het aantal daklozen moeten de plannen ook leiden tot minder overlast.

Drugsverslaafden vormen een belangrijke doelgroep. In de vier grote gemeenten is 60 procent van de 10.000 daklozen verslaafd aan

harddrugs.² Een deel van hen wordt behandeld of begeleid door instellingen voor verslavingszorg. Omdat afkicken vaak niet haalbaar is, ontvangen de meeste patiënten methadon als onderhoudsmedicatie, met als doel de verslaving te stabiliseren en de samenleving te ontlasten van de maatschappelijke nevenschijnselen van harddrugsgebruik. Voor veel dakloze drugsverslaafden is onderhoudsmedicatie de opstap naar een persoonlijk resocialisatietraject van bijvoorbeeld begeleid wonen, een activeringsprogramma en behandeling van hepatitis C.

Suf en loom

Methadon is bewezen effectief bij het terugdringen van allerhande schadelijke effecten van een opiaatverslaving. Maar het middel heeft ook nadelen: sommigen worden er suf en loom van, anderen vrezden de onthoudingsverschijnselen. Buprenorfine lijkt geschikter voor resocialisatiedoelinden, zo blijkt uit recent

onderzoek. Italiaanse patiënten die buprenorfine gebruikten, scoorden beter op het terrein van werk, vrije tijd, inkomen en zelfacceptatie dan methadongebruikers.³ Je blijft *'klar im Kopf'* zeggen patiënten in Duitsland. In Nederland wordt buprenorfine echter nauwelijks aan opiaatverslaafden verstrekt (zie kader).

Hoe persoonsgericht is de medicamenteuze behandeling van verslaafden in Nederland?

Hoe kijken betrokkenen hier tegenaan en welke mogelijkheden zien deskundigen voor een meer persoonsgerichte benadering van de medicamenteuze behandeling?

Fedde (45 jaar) is stafmedewerker bij de Belangenvereniging voor Druggebruikers MDHG. 'Ik ben op mijn achttiende begonnen met heroïne en in datzelfde jaar ben ik al in het methadonprogramma van de GGD beland. Ik zou wel met methadon willen stoppen. Ik weet dat veel andere gebruikers er ook zo over denken. Methadon maakt me suf en sloom. En we zijn afhankelijk van de verstrekking van de GGD die ons betuttelt en ons wil controleren. Ik heb gevraagd of mijn huisarts mij geen methadon wil verstrekken, maar die vindt dat hij al voldoende verslaafden in zijn praktijk heeft.'

Fedde heeft een paar jaar het middel Temgesic (buprenorfine) gebruikt, als vervanger voor methadon. Dat beviel hem goed. Het maakte hem alerter, hij had minder snel last van onthoudingsverschijnselen en hij kon zijn gebruik en bijgebruik beter reguleren dan met methadon. Het nadeel van Temgesic is de lage dosering per pil. Daarom heeft Fedde gevraagd of de GGD hem Suboxone wil verstrekken. Hij wil af van de zucht naar heroïne (craving) en Suboxone is daarvoor volgens hem beter geschikt. De GGD wil hem het middel wel verstrekken, maar zegt dat het niet wordt vergoed door de zorgverzekeraar. Fedde heeft nu zijn verzekeraar een brief geschreven met het verzoek het medicijn te vergoeden.

Nauwelijks aanwas

Het bereik van de methadonverstrekking neemt af. In 1995 werd het aantal opiaatverslaafden geschat op 25.000 personen, van wie circa 60 procent in contact stond met een instelling voor verslavingszorg.⁴ Volgens cijfers van de Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ) is het aantal opiaatverslaafden in 2006 toegenomen tot 35.000 personen, van wie circa 45 procent wordt bereikt door een instelling voor verslavingszorg. Ook kent de verslavingszorg nauwelijks aanwas van jonge of nog niet eerder behandelde opiaatverslaafden. Slechts 4 procent van de verslaafden die in 2006 werd be-

Verschijningsvormen buprenorfine

Buprenorfine is er in verschillende vormen. Het wordt in Nederland op dit moment alleen vergoed in erg laag gedoseerde sublinguaal tabletten (Temgesic). Temgesic is bedoeld voor pijnbestrijding en door de lage dosering is dit middel minder geschikt als onderhoudsmedicatie voor opiaatverslaafden. Voor hen is het combinatiepreparaat Suboxone (buprenorfine met naloxon) geschikt.

Suboxone is in Nederland als tablet beschikbaar (2 mg buprenorfine en 0,5 mg naloxon of 8 mg buprenorfine en 2 mg naloxon). Voor dit middel loopt een vergoedingsaanvraag. Tot dusver wordt Suboxone hier niet vergoed en daarom wordt het middel slechts beperkt voorgeschreven.

Subutex (per tablet 2 mg buprenorfine of 8 mg buprenorfine) is in Nederland niet beschikbaar en wordt niet vergoed.

Ooit was Nederland een voorloper

reikt door een instelling voor verslavingszorg, was nog niet eerder behandeld.⁵

Volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ontvangen circa 12.000 verslaafden in Nederland een opiatensubstitutiebehandeling in ongeveer 85 methadonprogramma's. In 95 procent van de gevallen krijgen de verslaafden methadon als vervangende medicatie.⁶

In 2002 bracht de Gezondheidsraad een advies uit aan de minister van VWS.⁷ Volgens de raad zou naast methadon ook buprenorfine ver-

krijgbaar moeten zijn als medicijn bij de behandeling van opiaatverslaving.

In juni 2007 vroegen vertegenwoordigers van de beroepsgroep van verslavingsgeneeskundigen aan minister Klink om vergoeding van Suboxone via het

geneesmiddelenvergoedingssysteem. Volgens deze artsen wordt een deel van de verslaafde patiënten niet adequaat behandeld. Vooral voor patiënten die geen methadon willen, die niet goed op methadon reageren of die voor het eerst in aanraking komen met verslavingszorg, zou Suboxone een goed alternatief zijn.⁸

Vergelijkbaar

Er lijkt weinig aanleiding om geen Suboxone te verstrekken aan opiaatverslaafden. Wereldwijd zijn gerandomiseerde onderzoeken gedaan naar het effect van buprenorfine bij de behandeling van opiaatverslaving. Daarbij zijn zaken als therapietrouw, bijverschijnselen, veiligheid en kosteneffectiviteit onderzocht en vergeleken met de behandeling met methadon.⁹⁻¹¹ In de meeste studies komt buprenorfine goed uit de bus, evenals methadon overigens.¹²

Op hoofdlijnen lijken er wat betreft behandel-effect en bijwerkingen geen grote verschillen te zijn. Wel verschillen de middelen farmacologisch van elkaar, waardoor sommige patiënten beter op methadon en anderen beter op buprenorfine reageren. In elk geval heeft Wereldgezondheidsorganisatie WHO op basis van een review van wetenschappelijk onderzoek geconcludeerd dat zowel methadon als buprenorfine effectief zijn en overal ter wereld standaard beschikbaar dienen te zijn in het repertoire van vervangende middelen voor drugsverslaafden.¹³

Meer baat

'De huidige opties voor medicamenteuze behandeling van opiaatverslaafden zijn te beperkt', zegt Gerrit van Santen, eerste genees-

kundige bij GGD Amsterdam, die verantwoordelijk is voor onder meer de methadonverstrekking aan Amsterdamse heroïneverslaafden.

'Methadon werkt voor de meesten goed, maar er zijn verslaafden die meer baat zouden hebben bij buprenorfine. Maar Suboxone wordt niet verstrekt, omdat het niet wordt vergoed.' Van Santen vermoedt dat enkele honderden verslaafden in Amsterdam die methadon weigeren, wel zouden kiezen voor buprenorfine als onderhoudsmedicatie. Deze groep wordt nu niet bereikt. Daarnaast verwacht hij dat 10 tot 15 procent van de verslaafden die methadon krijgen, beter af zouden zijn met buprenorfine.

Waar Nederland met de laagdrempelige verstrekking van methadon ooit een internationale voorloper was in *harm reduction*, gaan de ontwikkelingen rond medicamenteuze verstrekking in het buitenland aanzienlijk sneller. In de Verenigde Staten, Australië, Duitsland, Engeland, Frankrijk en Zwitserland wordt naast methadon ook buprenorfine verstrekt aan drugsverslaafden. Opvallend is verder dat behalve klinieken en programma's ook



De literatuurlijst en eerdere MC-artikelen over buprenorfine kunt u vinden via de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.



SAMENVATTING

- Veel opiaatverslaafden in Nederland ontvangen methadon als onderhoudsmedicatie.
- Voor verslaafden die niet goed reageren op methadon, is er een alternatief: Suboxone (buprenorfine in combinatie met naloxon), maar dat wordt niet vergoed door zorgverzekeraars en is daardoor niet beschikbaar voor Nederlandse drugsverslaafden.
- In het buitenland zijn goede ervaringen opgedaan met buprenorfine.
- Het opnemen van Suboxone in het geneesmiddelenvergoedingensysteem past goed binnen de persoonsgerichte benadering die Nederland wil volgen.

huisartsen in deze landen een belangrijke rol vervullen bij de verstrekking van vervangende middelen.

De inmiddels gepensioneerd directeur van het Amerikaanse National Institute on Drug Abuse (NIDA), dr. Charles Schuster, geldt als een autoriteit op het gebied van verslavingszorg. Vanaf 2003 mogen huisartsen in de VS onder bepaalde voorwaarden (zoals bijscholing) buprenorfine verstrekken aan drugsverslaafden. Op dit moment verstrekken in de VS plusminus 12.000 artsen, voornamelijk via gezondheidscentra buiten de reguliere methadonprogramma's om, buprenorfine (Subutex en Suboxone) aan circa 150.000 drugverslaafden. Schuster doet er een uitgebreide surveillance naar. 'Ik was een aanhanger van methadon. Inmiddels ben ik minstens zo enthousiast over Suboxone. Doordat huisartsen dit middel mogen verstrekken, hoeven veel drugsverslaafden geen rigide en stigmatiserende methadonprogramma's te volgen waar ze elke dag moeten komen, een plasje moeten doen en zich in de keel moeten laten kijken.'

De onderzoeksgroep van Schuster heeft 1000 artsen gevraagd naar hun ervaring met buprenorfine. Negentig procent zegt buprenorfine effectief te vinden met weinig schadelijke neveneffecten. Ook blijkt het middel veiliger dan methadon; de kans op overdosering is nihil. Een belangrijk voordeel van verstrekking van buprenorfine door huisartsen is volgens Schuster dat de capaciteit en het bereik van de verslavingszorg is toegenomen. 'Verslaafden die voorheen niet door de methadonprogramma's werden bereikt, melden zich wel bij de huisarts voor buprenorfine.'¹⁴

Kleinschaliger

Waar in de VS nog een scheiding wordt gemaakt tussen de methadonprogramma's en de verstrekking van buprenorfine door huisartsen, gebeurt dat in de meeste Europese landen niet meer. Klinieken, programma's en huisartsen kunnen kiezen of zij patiënten methadon dan wel buprenorfine verstrekken, de verzekeraar vergoedt beide middelen.


Ernst Buning is directeur van Quest for Quality in Amsterdam en oprichter van Euromethwork, een Europees netwerk van deskundigen in vervangende middelen.¹⁵ Buning geeft regelmatig trainingen aan huisartsen in Duitsland. 'Duitsland heeft een enorme inhaalslag gemaakt ten opzichte van Nederland. Veel Duitse artsen hebben patiënten die zij vervangende middelen voorschrijven. De verstrekking is daardoor kleinschaliger en prettiger voor de drugsver-

slaafden in vergelijking met de omvangrijke methadonprogramma's in Nederland.'

Van de drugsverslaafden in Duitsland die worden behandeld met een vervangend middel, krijgt 20 procent buprenorfine; de overige 80 procent krijgt methadon of polymadon. Buning heeft onlangs een dvd gemaakt waarop 15 Duitse verslaafden worden geïnterviewd over hun ervaring met buprenorfine. 'Wat mij opviel, is dat de meesten ontzettend positief zijn over buprenorfine, vooral omdat ze zich nu minder suf voelen. Vanwege die sufheid kiest een aantal verslaafden juist voor methadon. Met buprenorfine zijn ze zich sterker bewust van de psychische problemen waarmee ze ook kampen. Dat kan heel confronterend zijn.'

Antibioticum

In Engeland wordt in 70 procent van de onderhoudsbehandelingen voor heroïneverslaafden methadon verstrekt, in de overige 30 procent gaat het om buprenorfine, meldt prof. dr. John Strang, directeur van het Engelse National Addiction Centre in Londen. Bij de keus voor buprenorfine moet de arts beargumenteren dat buprenorfine geschikter is voor de patiënt dan methadon. Strang is verbaasd over de hegemonie van methadon in Nederland: 'Methadon is voor veel drugsverslaafden een uitstekend middel. Je kunt het zien als het antibioticum in de verslavingszorg. Maar een arts moet andere medicatie kunnen aanbieden als het niet werkt. In Nederland wordt, medisch gecontroleerd, ook heroïne verstrekt aan verslaafden, maar dat is een heel zwaar middel. Het is alsof je een patiënt die niet reageert op antibioticum doorstuur naar de hartchirurg.'

Onderzoekers en beleidsmakers hebben volgens Strang vaak de neiging om te zoeken naar patiëntkenmerken en subdoelgroepen voor een specifiek middel. 'Artsen hebben een ander belang, zij benaderen het verslavingsprobleem individueel. Zij kijken welk middel het beste past bij een patiënt in zijn specifieke situatie. En ze willen gewoon een alternatief als een middel bij een patiënt niet goed valt.' Een persoonsgerichte benadering dus. 



Referenties:

1. Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang. Rijk en Vier Grote Steden, 7 februari 2006.
2. NDM 2006. Utrecht: Trimbos Instituut.
3. Marenmani, I., RP Pani, D.Popovic, M.Pacini, J.Deltito, G.Perugi (2008). Improvement in the quality of life in heroin addicts: differences between methadone and buprenorphine treatment. *Heroin Addict Relat Probl*, 10(1):39-46.
4. Nota Drugbeleid; continuïteit en verandering. Kabinet, kamerjaar 1994-1995.
5. Ladis Kerncijfers Verslavingszorg 2006. Houten: IVZ.
6. 'Behandeling met methadon: het moet en kan beter.' Den Haag: GHI, maart 2005.
7. Medicamenteuze interventies bij drugverslaving. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002; publicatie nr 2002/10.
8. 'Buprenorfine/naloxon in de verslavingszorg; consensus van de beroepsgroep'. Bijlage bij de brief aan de Minister van VWS van juni 2007. De consensus wordt onderschreven door de Vereniging Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVG), Het Platform 1e geneeskundigen in de Verslavingszorg (PEGVZ) en de Nederlandse Vereniging voor de Psychiatrie, Platform Verslavingspsychiatrie (NVvP).
9. Kakko J, et al. 1-year retention and social function after buprenorfine-assisted relapse prevention treatment for heroin dependence in Sweden: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2003; 361(9358):662-668.
10. Mattick, R. P., R. Ali, et al. (2003). "Buprenorphine versus methadone maintenance therapy: a randomized double-blind trial with 405 opioid-dependent patients." *Addiction* 98(4): 441-52.
11. In: Gray A. 'Systematic review of the safety of buprenorphine, methadone and naltrexone'. WHO Geneve, September 2007.
12. Doran, C.M., Shanahan, M., Mattick, R.P, Ali, R., White, J., & Bell, J. (2003). Buprenorphine versus methadone maintenance: a cost-effectiveness analysis. *Drug and alcohol dependence.*, 71(3), 295-302.
13. Zie ook: W. van den Brink en C. Haasen (2006). Evidence-based treatment of opioid-dependent patients. *Can J Psychiatry* 51(10):635-646.
14. WHO Geneve (2008). Guidelines for the psychosocially assisted treatment of opioid dependence. Draft (version 2.8) gepresenteerd op 13 mei 2008 door N. Clarke van de WHO, Department of Mental Health and Substance Abuse, Barcelona, International Harm Reduction Conference.
15. C. Schuster (2008). 'Post marketing studies of Suboxone and Subutex'. Presentatie op 11 mei 2008, Barcelona, International Harm Reduction Conference.
16. www.euromethwork.org.