

Toxicomanie, gevangenis en methadonproblemen

Een actueel maatschappelijk probleem ook in België

In de lente van '83 werden twee Brusselse omnipracticci door de correctionele rechtbank van Brussel veroordeeld wegens het onderhouden van een toxicomanie daar zij chronisch methadon of bezitramide¹ voorgeschreven hadden aan heroïne-verslaafden als behandelingsmethode. In de herfst van '83 moeten nog enkele Brusselse psychiaters en één apotheker voor dezelfde beschuldiging verschijnen. In een omzendbrief (24.11.1982) aan het medisch korps waarschuwde de Nederlandstalige geneeskundige commissie van Brabant de geneesheren voor het voorschrijven van methadon bij de behandeling van toxicomanie met opiaten. Soortgelijke waarschuwingen vindt men terug in de omzendbrieven van de Franstalige orde van geneesheren van Brabant (d.d. 27.12.1982 en 24.2.1983), die in augustus als bijkomende straf één van de veroordeelde geneesheren voor een maand schorste. In juli '83 werd te Wenen tijdens het VII^e Wereldcongres van Psychiatrie een volledig symposium gewijd aan drugverslavingsproblemen ('stoornissen door het gebruik van middelen' volgens de DSM III-terminologie) onder de veelzeggende titel 'Are they the number one health problem for psychiatry?'.²

Onder de impuls van de Raad van Europa is men in criminologische, juridische en penitentiaire middens druk met het probleem bezig. Het seminarie over 'drugs en gevangenis' heeft in december 1982 te Messina en Palermo een zestigtal Europese specialisten, betrokken bij de behandeling van toxicomanen, bijeengebracht.² De besluiten van dit seminarie werden voorgelegd aan de zesde bijeenkomst van de algemene directeuren van de Europese penitentiaire administraties in juni 1983. Deze intense bedrijvigheid wijst op de sociale omvang van dit probleem in onze Westerse maatschappij en op de duidelijke onmacht van de penitentiaire administraties om deze doorgaans zeer moeilijke categorie van gedetineerden op te vangen.

Terwijl sommige Scandinavische landen een zekere stabilisatie melden van het aantal opgesloten middelengebruikers³, is dit niet het geval voor België en de meeste andere Europese landen. Eensgezind hebben de deskundigen zowel in Messina als in Wenen een negatieve prognose vooropgesteld, nl. dat middelengebruik zal blijven toenemen.

1. Verdovende middelen die in België verkrijgbaar zijn op medisch voorschrift. 'Mephenon' en 'Tussol' zijn merknamen voor methadon, 'Burgodin' voor bezitramide.

2. Bijeenkomst georganiseerd door de Raad van Europa en het Centre International de recherche et d'études sociologiques, pénales et pénitentiaires de Messine.

3. Middelengebruik is de vertaling van de Engelse term 'substance use'. De term 'drugs' wordt in de psychiatrische literatuur meer en meer vermeden omdat hij voor velen te specifiek verbonden is met illegale middelen.

gebruik, -misbruik en -afhankelijkheid een probleem is dat in de eerstkomende decennia niet opgelost kan worden. Gezien bovendien de huidige ongewone sterke toename zowel van alcoholgebruik als van sommige psychofarmaca is het werk voor de volgende generatie psychiaters en gezondheidswerkers meteen reeds verzekerd!

België kent *grosso modo* dezelfde evolutie als zijn buurlanden, d.w.z.:

- een kwantitatieve toename van het aantal geregistreerde gevallen, ook van de zwaardere vormen van opiatenmisbruik en opiatenafhankelijkheid;
- een toename van het aantal overlijdens wegens overdosis voor zover dit een aanwijzing kan zijn van een toenemend middelengebruik in de maatschappij;
- het stijgend gebruik van genotsmiddelen komt niet in de plaats van het sinds eeuwen bestaande alcoholgebruik; dit laatste middel is en zal nog voor lange tijd veruit de voornaamste vorm van toxicomanie blijven;
- de huidige toxicomanen beginnen vroeger met het middel- of alcoholgebruik; preventieve acties moeten nu reeds het secundair onderwijs als doelwit nemen;
- een overrepresentatie van vreemdelingen;
- stoornissen door het gebruik van middelen komen in de Franstalige gemeenschap merkkelijk frequenter voor dan in de Nederlandstalige; deze opmerking geldt niet voor alcoholmisbruik, integendeel zelfs.
- er is een toename van de polymiddelengebruikers; meer en meer ziet men mensen die zich niet aan één middel houden maar die van illegale drugs naar alcohol of geneesmiddelenmisbruik overstappen.

België volgt deze algemene trend, zij het in mindere mate. Het probleem is hier *kwantitatief* minder belangrijk dan b.v. in Nederland, een factor die het beleid van de strafrechtsinstanties in verband met drugs duidelijk beïnvloedt. In de Belgische gevangenen (1982) is ongeveer 6 % van de gedetineerdenbevolking drugdelinquent, druggebruiker en/of toxicomaan. Dit percentage schommelt van 4 % voor de beklaagden naar 8 % voor de veroordeelden. De absolute cijfers wijzen erop dat het personeel van het gevangeniswezen dagelijks geconfronteerd wordt met een driehonderdtal regelmatige middelengebruikers. Een zeventigtal van hen kan als toxicomaan beschouwd worden, d.w.z. dat zij intramuraal problemen stellen van psychische of fysieke afhankelijkheid.

Vergeleken met de meeste Europese landen liggen deze penitentiaire cijfers aan de lage kant. Het percentage middelengebruik (in brede zin) ten aanzien van de hele populatie gedetineerden bedraagt 17 % in Italië, 18 % in Nederland (1981), 24 % in Denemarken (1982), 20-30 % in Zwitserland en 31 % in Zweden (1982). Als men de gegevens dynamisch bekijkt is er in België een stijging van 1,88 tussen 1972 en 1982 van het aantal mensen die in de gevangenis verblijven wegens drugdelicten (Wet 24 februari 1921). In Nederland is daarentegen tussen 1971 en 1981 het gemeld aantal drugverslaafden in de penitentiaire inrichtingen verdertienvoudigd. Deze cijfers moeten met voorzichtigheid geanalyseerd worden omdat er tussen de verscheidene landen geen eenvormigheid bestaat wat de registratiewijze en de te registreren categorieën betreft. Nochtans blijven de Belgische cijfers zeer laag, niettegenstaande er ook rekening gehouden werd met verslaafde gedetineerden die om andere redenen dan hun verslaving in de gevangenis terecht kwamen en met enkele gedetineerden die tijdens hun verblijf

in de gevangenis middelengebruiker geworden zijn. In al de vermelde cijfers en percentages werd uiteraard alcohol buiten beschouwing gelaten.

De behandeling van gedetineerde toxicomanen in België

Uit een recent uitgevoerde enquête in de Belgische gevangnissen kan men zich een betrouwbaar beeld vormen van de situatie (Cosyns, 1983). De enquête was summier van aard maar leverde belangwekkende kwalitatieve gegevens.

1. Een volledige 'sevrage' van middelen zoals heroïne, amfetamine en hallucinogene is mogelijk in de Belgische gevangnissen. Incidenteel worden deze producten wel aangetroffen en binnengesmokkeld, maar het blijft eerder anecdotisch. Het misbruik van psychofarmaca is meer verontrustend en geeft aanleiding tot een interne trafiek in de gevangenis waar middelen (zowel de legale als de illegale) verkocht of uitgewisseld worden.

Het is een echt probleem aan het worden om de gevangnissen 'drug-vrij' te houden. In ons land zijn er reeds enkele gedetineerden die tijdens hun verblijf in de gevangenis begonnen zijn met middelengebruik. Dit vraagt een scherpere controle in de gevangenis en er bestaat een niet denkbeeldig gevaar dat de humanisering van het penitentiaire regime in het gedrang zou komen. In Zweden werden reeds bijzondere, restrictieve maatregelen genomen voor drugdelinquenten (met meer dan 2 jaar gevangenisstraf) wat hun penitentiaire regime betreft. Ook bestaat er sinds kort en om dezelfde redenen de mogelijkheid om de bezoekers te fouilleren en het bezoek bij weigering af te schaffen. Niet-toxicomane gevangenen lopen dus het gevaar slachtoffer te zijn van deze evolutie.

2. De fysieke ontwenning vindt doorgaans plaats in de psychiatrische afdeling en steeds onder de rechtstreekse supervisie van de psychiater. De fysieke ontwenning stelt geen groot probleem en gebeurt in de gevangenis evengoed als in ziekenhuizen. De ontwenning is wel verplichtend voor elke verslaafde en wordt dus, net zoals voor alcoholici, automatisch, systematisch en onmiddellijk doorgevoerd zonder noodzakelijkerwijze met de motivatie van de betrokkene rekening te houden. Daarbij wordt slechts zelden methadon in dalende dosissen toegediend bij de ontwenning (3 centra's op 15 doen het) en nooit wordt methadon op langere termijn voorgeschreven.

Deze Belgische praktijken verschillen grondig van de Nederlandse handelwijze (Roorda, 1980). Daar is de ontwenning aanbevolen maar niet verplicht. Indien gewenst kan de heroïne-verslaafde gedetineerde in de gevangenis verder methadon krijgen of op dit middel overschakelen. Daar wordt dus de voorkeur gegeven aan een systeem waarbij de verslaafde in belangrijke mate inspraak heeft zowel bij het al dan niet afkicken als bij het al dan niet toedienen van methadon. Hierbij wordt gehoopt dat de gedetineerde, eens hij voor de ontwenning gekozen heeft, meer gemotiveerd zal zijn voor de latere fazen van de behandeling en verder abtinent zal blijven – ook na zijn verblijf in de gevangenis.

Het verplicht stellen van de ontwenning heeft nochtans ook voordelen. De lichamelijke en psychische conditie van de gedetineerde verbetert spoedig en tal van somatische, psychologische en sociale vicieuze cirkels die het verslavingsgedrag in stand hielden vallen nu weg door – soms zelfs dank zij – de tijde-

lijke opsluiting. Gedwongen afkicken heeft ook het voordeel van duidelijkheid tegenover de verslaafde en van rechtvaardigheid tegenover de alcoholici aan wie die keuzemogelijkheid (abstinentie of niet) niet gegund wordt. Het nooit in circulatie brengen van methadon draagt ook bij tot het middelenvrij houden van de gevangenis.

Het komt er eigenlijk niet op aan te weten of deze behandelingswijze 'juist' is en de andere 'verkeerd'. Mijn inziens is de Nederlandse behandelingswijze in de huidige Belgische context ondenkbaar. Dit heeft niets te maken met het begrip juist-onjuist maar wel met de sociale aanvaardbaarheid van een behandelingswijze. Men mag niet vergeten dat geneeskunde uitoefenen – en dus psychiatrie – en behandelen geen zuivere theoretische aangelegenheden zijn. Behandelen is o.a. doelgericht handelen om het lijden van de patiënt te verzachten. Het betekent actief zijn in een zekere sociale context en wordt dus ook beïnvloed door die sociale context. Aan contacten met buitenlandse collega's heb ik de indruk overgehouden dat in landen waar het verslavingsfenomeen reeds fel verspreid is, dit ook aanvaard wordt als een sociaal gegeven waarmee verder moet geleefd worden. Deze maatschappelijke aanvaarding van het fenomeen beïnvloedt de behandelingsfilosofie. Gezien de geringere verspreiding van middelengebruik in België is de maatschappelijke aanvaarding geringer en de behandelingsfilosofie minder ontvankelijk voor een liberale aanpak.

3. Na de fysieke ontwenning komt de verslaafde in een psychotherapeutisch vacuüm terecht. Dit beperkt zich doorgaans tot enkele steunende gesprekken en informatie over de post-penitentiaire behandelingsmogelijkheden. In België hebben de penitentiaire autoriteiten tot nu toe niet geopteerd voor het samenbrengen van de middelengebruikers in specifieke gevangenseenheden. Zij worden integendeel zo diffuus mogelijk verspreid tussen de andere gedetineerden. Het alternatief is dus een concentratiebeleid versus een verdunningsbeleid.

Het *concentreren* van homogene groepen gedetineerden heeft ongetwijfeld nadelen. Het pathologisch of ongewenst gedrag wordt versterkt door de totstandkoming van een toxicomane subcultuur. Het krijgen van een speciaal statuut en begeleiding kan als onrechtvaardig overkomen bij de overige gedetineerden. In feite is de concentratie van middelengebruikers slechts mogelijk indien er tevens ruimte, geld, middelen en personeel beschikbaar zijn om wat aan te vangen op therapeutisch vlak. Zoniet zijn aan concentratie meer nadelen dan voordelen verbonden.

Toch zou de mogelijkheid om met 'drugvrije eenheden' te starten moeten overwogen worden. Daar komen middelengebruikers vrijwillig in terecht op basis van een therapeutisch contract. Drughandelaars en middelengebruikers met een delinquente voorgeschiedenis, die niet congruent is met de verslaving, worden automatisch geweerd. De gedetineerde verbindt zich tot de inname van geen enkel farmacon of middel en de urine wordt regelmatig gecontroleerd. Indien de urine positief bevonden wordt, wordt hij automatisch en onmiddellijk uit de eenheid weggestuurd. In de eenheid kan hij deelnemen aan informatieve groepsvergaderingen, contacten hebben met extrapenitentiaire organismen voor begeleiding en een aangepast socio-therapeutisch regime genieten. In beginsel zijn penitentiaire instellingen geen verzorgingsinstellingen en zij mogen het ook niet worden. Zij dragen anderzijds wel een verantwoordelijkheid voor de

gezondheid van de mensen die hun gedwongen toevertrouwd worden. Zij moeten dus ook in staat zijn om de nodige zorgen te verstrekken aan hun inwoners.

Onderhoudsbehandeling met methadon

Het vervangen van heroïne door de chronische toediening van methadon als behandelingsstrategie voor ernstig verslaafden is een oude geschiedenis die terugkeert tot de publikaties van Dole en Nyswander in 1965 en 1968. Methadon heeft boven heroïne het voordeel dat het oraal toegediend kan worden (dus geen spuiten meer nodig), dat het lang werkt (meer dan 24 uur tegenover de 4-8 uur van heroïne of morfine), dat het geen acute euforie veroorzaakt zoals ingespoten heroïne. Ongetwijfeld waren de verwachtingen groter dan de reële mogelijkheden van deze behandelingsmethode, die nooit zichzelf heeft kunnen waarmaken als 'de' behandeling van de groep heroïneverslaafden.

Het is snel gebleken dat methadon ook al de eigenschappen heeft van verdovende middelen, en dat het geen antagonist is van heroïne of andere verdovende middelen.

Wie regelmatig Mephenon neemt, is verslaafd en blijft een verslaafde. Vanzelfsprekend biedt de overschakeling van heroïne op Mephenon sommige voordelen op medisch vlak zonder van de financiële voordelen voor de verslaafde te spreken (terugbetaling door de ziekenkas, enz.). Deze behandelingsmethode heeft verder een slechte pers gekregen omwille van de misbruiken vanwege de verslaafden zelf. Zij schroeven hun verslaving kunstmatig op om toch maar tabletten te krijgen die dan opgespaard, verhandeld, weggegeven of zelfs opgespoten worden. Zo hoorde ik onlangs een officier van de gerechtelijke politie beweren dat een twintigtal geneesheren de grootste dealers waren van de Brusselse agglomeratie!

In Engeland hebben de geneesheren altijd de mogelijkheid gehad om ongestoord en zonder veel controle heroïne of methadon (zowel de inspuitable als de orale vorm) voor te schrijven aan heroïneverslaafden. Deze benadering van het probleem werd (o.a. in 1965) zelfs officieel goedgekeurd en aangemoedigd om twee voornamen redenen: 1. de ontwikkeling van een internationale zwarte markt te voorkomen, 2. terzelfdertijd aangepaste behandelingsmogelijkheden te bieden (Spear, 1982). Het verslavingsprobleem werd zoveel mogelijk in een medische context gehouden met de hoop het binnen deze grenzen te kunnen oplossen. Geneesheren hebben zich ongetwijfeld competitief opgesteld tegenover een zwarte markt door het voorschrijven van verdovende middelen, maar zij hebben anderzijds nieuwe verslavingen gecreëerd (b.v. het Dipipanon⁴ probleem) en regelmatig bestaande situaties verergerd door het overvoorschrijven van middelen (Spear, 1982). De handigheid van verslaafden om dokters onder druk te zetten is vaak groter dan de vaardigheid van dokters om hen te behandelen. Meerdere dokters zijn zo onwillekeurig bevoorraders van een zwarte markt geworden. Dit vrijgevig beleid werd in 1971 (the Drug misuse act) wat ingetroemd. Ook in Engeland heeft de zwarte markt en de internationale trafiek zich stevig gevestigd en is middelenmisbruik en verslaving niet langer een medische maar wel een maatschappelijke aangelegenheid.

4. Dipipanon wordt in België teruggevonden in het verdovend geneesmiddel 'Wellconal'.

In België ligt de situatie anders. De geneesheer die een onderhoudsbehandeling met methadon onderneemt, loopt het risico de wetten te overtreden in verband met het onderhouden van een toxicomanie. Inderdaad artikel 23 van het K.B. van 31.12.1930 zegt: 'Ieder geneesheer, veearts of licentiaat in de tandheelkunde, die overdreven hoeveelheden verdovingsmiddelen heeft voorgeschreven of gekocht, moet het gebruik ervan kunnen verantwoorden ten overstaan van de geneesheer die door de provinciale geneeskundige commissie van het district is afgevaardigd en door de inspecteur der apotheken wordt bijgestaan.

Ieder praktiserende die, zonder noodzakelijkheid, verdovingsmiddelen heeft voorgeschreven, toegediend of verschaft en daardoor toxicomanie heeft doen ontstaan, aanhouden of verergeren, is strafbaar met de bij de wet van 24 februari 1921 bepaalde straffen, onverminderd de toepassing van de artikelen 402 en volgende van het Wetboek van Strafrecht'.

Vragen of iemand voorstander of tegenstander is van methadon als onderhoudsbehandeling is het probleem verkeerd stellen. Pertinente vragen zijn de volgende: 1. zijn er heroïne verslaafden (en zo ja welke?) die kunnen geholpen worden met deze behandelingsmethode? Zijn er verslaafden voor wie deze behandeling de beste is? 2. Onder welke voorwaarden kan deze behandeling voorgeschreven worden? 3. Welk is de maatschappelijke aanvaardbaarheid van deze behandeling?

De voorwaarden waaraan de geneesheer zich moet houden om een onderhoudsbehandeling met methadon te ondernemen zijn zeer strikt en werden herhaald in de recente omzendbrieven van de Nederlandstalige geneeskundige commissie van Brabant. De technische kant van het probleem laat ik terzijde om vast te stellen dat deze voorwaarden (grotendeels overgenomen van de Amerikaanse Food en Drug Administration) zo strikt zijn dat een geïsoleerde praktiserende geneesheer er niet kan aan beginnen en dat ik in België geen centrum ken dat over voldoende mogelijkheden (ook wat de frequente urine-controles betreft) beschikt om deze behandeling deskundig uit te voeren.

De huidige moeilijkheden op dit vlak zijn in ons land het gevolg van gebrek-kig georganiseerde opvangstructuren voor deze moeilijke patiëntengroep. Zelfs goed bedoelde privé-initiatieven kunnen hier geen afdoend antwoord geven. Het is niet verwonderlijk dat dit gedeeltelijk braakliggend terrein op het gebied van de hulpverlening aanleiding geeft tot ongelukkige therapeutische ondernemingen die vaak meer steunen op persoonlijke ideologische vooroordelen of persoonlijke zwakheden dan op enige gegronde wetenschappelijke argumentatie.

Vooraleer te eindigen zou ik er nog willen aan toevoegen dat middelengebruikers, misbruikers en verslaafden behandelen zeker geen goed werk is voor pessimisten.

Literatuur

Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM III, Swets en Zeilinger, 1982.

COSYNS, P., De bejegening van gedetineerde toxicomanen in België, *Bulletin van het bestuur strafinrichtingen*. Ter perse.

DOLE, V.P. and NYSWANDER, M., A medical treatment for diacetylmorphine (heroïne) addiction, *J.A.M.A.*, 193, 80-84, 1965.

DOLE, V.P. and NYSWANDER, M., Succesful treatment of 750 criminal addicts, *J.A.M.A.*, 206, 2708-2711, 1968.

DSM III, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, American Psychiatric Association, 1980.

ROORDA, P.A., De verslaafde aan heroïne in het huis van bewaring, in ROORDA en ROOYMANS, *Heroïneverslaving*, Stafleu, 1980.

SPEAR, H.B., British experience in the management of opiate dependence, in *The dependence Phenomenon*, ed. by GLAFF and MARKS, M.T.P. Press, 1982.

P. Cosyns